

12º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

PROMOVER E INOVAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE



LIVRO DE ATAS

Editores

Isabel Leal, Sofia von Humboldt, Catarina Ramos,
Alexandra Ferreira-Valente, e José Luís Pais Ribeiro

PROMOVER E INOVAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

TÍTULO: 12º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE – ACTAS
EDITORES: ISABEL LEAL / SOFIA VON HUMBOLDT / CATARINA RAMOS /
ALEXANDRA FERREIRA VALENTE / J. PAIS RIBEIRO

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
RUA JARDIM DO TABACO, 34, 1149-041 LISBOA
1ª EDIÇÃO: JANEIRO DE 2018

ISBN: 978-972-8384-47-8

12º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

12º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Promover e Inovar em Psicologia da Saúde

ACTAS

Editado por: Isabel Leal, Sofia von Humboldt,
Catarina Ramos, Alexandra Ferreira Valente,
& José Luís Pais Ribeiro

25, 26 e 27 de Janeiro de 2018
Lisboa, ISPA – Instituto Universitário

PROMOVER E INOVAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Isabel Leal, Sofia von Humboldt, Catarina Ramos, Alexandra Ferreira Valente, & José Luís Pais Ribeiro
25, 26 e 27 Janeiro de 2018, Lisboa: ISPA – Instituto Universitário

ÍNDICE

PREÂMBULO	1
Os Organizadores	
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E DIVERSIDADE SEXUAL, A PARTIR DA HOMOSSEXUALIDADE	3
Adan Silva, Iolete Silva, & Suely Mascarenhas	
REALIDADE OBSTÉTRICA DO BRASIL: PANORAMA TEÓRICO E BIBLIOGRÁFICO ACERCA DAS PROBLEMÁTICAS ENVOLVIDAS	13
Adriana Navarro Romagnolo, Bruna Setin Januário, Vivian Brandão de Freitas, Neliane Lazarini de Sousa, & Miria Benincasa Gomes	
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL AOS MENINOS – UMA EXPERIÊNCIA NO CREAS	23
Adriane Andrade Costa & Adriana R. Caldeira de Oliveira	
CIBERPORNOGRAFIA E ATITUDES SEXUAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: ESTUDO EXPLORATÓRIO	33
Alexandre Gomes, Ana Fernandes, Rita Ribeiro, & Jorge Cardoso	
PSICOLOGIA AMBIENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM POLICIAIS MILITARES DE CURITIBA	43
Ana Beatriz B. Gugisch, Ana Maria Moser, & Tânia C. Silva Barbieri	
INTERVENÇÕES MINDFULNESS E REDUÇÃO DE BURNOUT EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO DE LITERATURA	53
Ana Borgas Leal & Filipa Pimenta	
CRENÇAS PARENTAIS SOBRE A RELEVÂNCIA DA RELAÇÃO AVÓS-NETOS	61
Ana Figueiredo & Isabel Leal	

REPRESENTAÇÃO DE DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM DIABETES	69
Ana M. Costa & Paula Carvalho	
QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E VINCULAÇÃO AO LUGAR	77
Ana Maria Moser, Claudia Franciane de Lima, & Luis Eduardo Pereira	
PROGRAMA DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL NA POPULAÇÃO INFANTIL: DEMONSTRAÇÃO DE EFICÁCIA	89
Ana Marreiros, Alexandra Ribeiro, Dina Santos, & Jessica Portugal	
BARREIRAS E COMO PROMOVER O BEM-ESTAR SEXUAL DOS IDOSOS SEGUNDO CUIDADORES FORMAIS	99
Ana Monteiro, Sofia von Humboldt, & Isabel Leal	
QUAL O CONTRIBUTO DA ATIVIDADE FÍSICA NOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS?	109
Ana Oliveira & Luísa Pedro	
PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA MEIA-IDADE	115
Ana Sobral Canhestro	
CRENÇAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E PREVENÇÃO DO CANCRO	127
Andrea Costa, Catarina Coelho, Sara Silva, & Isabel Leal	
PREVENÇÃO NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	137
António Ramalho Mostardinha & Anabela Pereira	
SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL: OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NO CRAS	147
Avrairan Fabrícia Alves Caetano Solon, Juliano Beck Scott, Bunier Sales de Sousa, Larissa Maria de Lima, & Isabel Fernandes de Oliveira	
ADAPTAÇÃO DA FATIGUE ASSESSMENT SCALE EM MÃES DE BEBÉS ATÉ DOIS ANOS	157
Bárbara Nazaré	
VIVÊNCIAS SOCIOAFETIVAS EM FAMÍLIAS DE JOVENS SUICIDAS EM MANAUS-AMAZÔNIA	167
Bianka Velásquez & Denise Gutierrez	

CUIDADO HUMANIZADO: DO FOCO NA DOENÇA PARA O FOCO NO SUJEITO	175
Camila Farias, Daiane Maders, Marcelene Duarte, & Mariana Lopes	
CRENÇAS ALIMENTARES: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO	181
Catarina Coelho, Andrea Costa, & Isabel Leal	
CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS E NEGATIVAS DE UMA PERDA DE PESO BEM-SUCEDIDA	191
Cátia Damião, Filipa Pimenta, & Isabel Leal	
O ATENDIMENTO CLÍNICO DA OBESIDADE NUMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA	201
Cecília Altobelli & Ivonise da Motta	
A PSICANÁLISE E A SUA APLICAÇÃO NUMA CLÍNICA-ESCOLA	211
Cláudia da Silva, Greicy dos Santos & Camila Macedo	
A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO EMOCIONAL EM ADOLESCENTES DE INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO	221
Cláudia da Silva & Ivonise da Motta	
COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL E ATITUDES PARENTAIS FACE À ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS	231
Cláudia M. Silva & Tânia Teixeira	
DANÇA PARA PARKINSON: UMA REVISÃO DE LITERATURA	241
Constança Moniz Galvão & Filipa Pimenta	
EFETIVIDADE DA CLÍNICA GESTÁLTICA NO TRATAMENTO DO TRAUMA INFANTIL: ESTUDO DE CASO	251
Daniela Bianchi & Ida Kublikowski	
CONSTRUÇÃO DA ESCALA DE CRENÇAS SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE	259
Daniela Costa, Maria Helena Arruda, & Isabel Leal	
CORPO E CUIDADO: COMPREENDENDO O HUMANO PREENCHIDO DE EXPECTATIVAS CRÓNICAS	269
Danielle de Gois Santos Caldeira, Elza Dutra, & Irene Borges Duarte	

ESTUDO SOBRE BURNOUT E ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA	279
Dina Mendes, Vânia Leal, Maria C. Rocha, Rui S. Cruz, & Ana P. Amaral	
BULLYING EM ENFERMEIROS: ESTUDO COMPARATIVO PORTUGAL CONTINENTAL E AÇORES	289
Elisabete Borges, Margarida Abreu, Cristina Queirós, Tércio Maio, & Antónia Teixeira	
ENVELHECIMENTO ATIVO, DIGNO E SAUDÁVEL: VOZ DOS IDOSOS SOBRE DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA	299
Emília Brito, Natália Ramos, & Albertina Oliveira	
BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS QUILOMBOLAS	309
Ênio Neves, Edivan Júnior, Almira Medeiros, Maria Eulálio, Vitória Maracajá, Rômulo Lustosa, & Aline Alves	
CANCRO PEDIÁTRICO: IMPACTO DO ADOECER DA CRIANÇA EM CUIDADORES	321
Filipa Costa & Liliana Gomes	
PSYCOFITNESS. O SEU MELHOR MÚSCULO É A MENTE	329
Giovani Silva, Mafalda Sampaio & Tiago Santos	
FORMAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO PSICOTERAPEUTA	339
Gonçalo Gabriel & António Pazo Pires	
TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL APLICADA A FOBIA SOCIAL NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	349
Graziela Sapienza, Caroline Negrello, & Mayara Fistarol	
O ISOLAMENTO EM ADOLESCENTES QUE UTILIZAM PRODUTOS DERIVADOS DE TABACO	357
Graziela Sapienza & Isabel C. Scarinci	
A HUMANIZAÇÃO COMO FACTOR DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	367
Helena Morgado, Mariana Carvalho, & Estela Vilhena	
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS QUILOMBOLAS	377
Iana Felipe, Maria do Carmo Eulálio, Edivan Júnior, Vitória de Farias Maracajá, Rômulo Melo, Ênio Neves, & Ayane Duarte	

O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA GRADUAÇÃO DE MÉDICOS	385
Ieda Franken, Clênia Gonçalves, Ana Costa, Valéria Araújo, & Bianca Sousa	
SERÁ SUFICIENTE OS INDIVÍDUOS TEREM ELEVADAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS PARA DECIDIR EM SAÚDE?	395
Isabel Silva & Glória Jóluskin	
GERAÇÃO CORDÃO: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NA CONSULTA DE DEPENDÊNCIAS ONLINE	405
Ivone Patrão	
ADIÇÃO À INTERNET E INTERVENÇÃO FAMILIAR: EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO UTILIZAÇÃO PROBLEMÁTICA INTERNET	411
Ivone Patrão & Ângelo Marinho	
PROJETO ACOLHIMENTO: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA ENTRE A PSICOLOGIA E PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS	419
Janaina Vidal	
RELAÇÃO DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE COM A DEPENDÊNCIA AO SMARTPHONE	429
Joana Água, Ivone Patrão, Isabel Leal	
RELAÇÃO DA DEPENDÊNCIA AO SMARTPHONE COM A SATISFAÇÃO NA RELAÇÃO AMOROSA	439
Joana Água, Ivone Patrão, & Isabel Leal	
PROFUNDIDADE E ENVOLVIMENTO EMOCIONAL EM PSICOTERAPIA	447
Joana Calhau & António Pazo Pires	
VIVÊNCIAS DE ESPIRITUALIDADE, ESPERANÇA E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM GERONTES	457
José Domingos & Maria Cristina Faria	
SÉRIES E INTERNET: ATÉ QUE PONTO ELAS INTERFEREM NA IDEACÃO SUICIDA?	467
Júlia Sprada Barbosa, Giovana Mendes, Marina Oliveira, Matheus Corrêa, Nathalia Shimabukuro, & Cloves Amorim	
NUTRITIONAL STATUS DISCRIMINATORY CAPACITY OF DIFFERENT METHODS OF OBTAINING BODY MASS INDEX	475
Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, Moema de Souza Santana, Adrielly dos Santos, & Wanderson Roberto da Silva	

A PRÁTICA DO PSICÓLOGO E A INTERSETORIALIDADE ENTRE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE	483
Juliano Scott, Avrairan Solon, Burnier Sousa, Larissa Lima, & Isabel Fernandes de Oliveira	
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	493
Juliano Scott & Isabel Fernandes de Oliveira	
MULHER TOXICODEPENDENTE E SUAS REPRESENTAÇÕES: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E PORTUGAL	503
Katrucy Medeiros, Silvana Maciel & Joana Alexandre	
MEANING-MAKING AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT FOLLOWING REFUGEE TRAUMA	513
Lisa Matos, Monica Indart, Crystal Park, & Isabel Leal	
NOVOS SIGNIFICADOS PARA VELHAS PALAVRAS	523
Luana Cássia Costa Manso & Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira	
INTERNET, MIGRAÇÕES E SAÚDE: PERCEÇÕES DE MULHERES BRASILEIRAS MIGRANTES E NÃO MIGRANTES	533
Lyria Reis	
FLORESCIMENTO, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	543
Maria Cristina Faria	
QUALIDADE DE VIDA E POBREZA NAS PESSOAS IDOSAS	553
Maria Cristina Faria & Sara Carmo	
RELAÇÃO ENTRE ACONTECIMENTOS DE VIDA E INTIMIDADE E SATISFAÇÃO RELACIONAL EM HOMENS A PARTIR DOS 40 ANOS	563
Madalena Luz de Almeida & Isabel Leal	
GRUPOS ABERTOS NA CLÍNICA PSICOLÓGICA UNIVERSITÁRIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE	573
Maíra Bonafé Sei & Daniel Polimeni Maireno	
SENSIBILIZARTE E HUMANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE	583
Maíra Bonafé Sei & Debora Corsino	
IDADES DOS AFETOS: CRENÇAS SOBRE A RELAÇÃO INTERGERACIONAL	593
Márcia Seguro & Isabel Leal	

SÍNDROME DE BURNOUT: INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA ATRAVÉS DA PSICOLOGIA POSITIVA	603
Maria Áurea Maciel Boechat & Rute F. Meneses	
CRENÇAS SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE E AUTOEFICÁCIA	611
Maria Arruda & Isabel Leal	
A VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES ÍNTIMAS: ASSOCIAÇÕES COM A CONFIANÇA INTERPESSOAL E ESPERANÇA	621
Maria da Luz Vale Dias & Bárbara Minas	
SUICÍDIO: ESTAMOS MESMO FALANDO DISSO?	633
Maria Lúcia Ortolan & Hernani Pereira dos Santos	
QUEM PRECISA DE CUIDADO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES?	643
Mariana Barboza Lopes, Camila Peixoto Farias, Daiane Philippsen Maders, & Marcelene Souza Duarte	
DEPENDÊNCIA DA INTERNET, PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDANTES DE ENSINO SUPERIOR	651
Marisa Marques, Ana Melo, António Queirós, Anabela Pereira, & Carla Oliveira	
ATUAÇÃO PSICOLÓGICA EM IST/HIV-AIDS: A AMPLIAÇÃO DO REPERTÓRIO PROFISSIONAL EM CONSTRUÇÃO	661
Mônica Lima & Emilly Sala	
FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: DIMENSÕES DA SUPERVISÃO COMPARTILHADA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	671
Mônica Lima, Fernanda Rebouças, & Leila Grave	
PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE: UM ESTUDO DE CASO DE UMA CRIANÇA EM RISCO COM PERTURBAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL	681
Nuno Cravo Barata & Ana Eloísa Carvalho	
QUALIDADE DE VIDA E AJUSTE DIÁDICO DO DOENTE EM HEMODIÁLISE	691
Nuno Cravo Barata & Daniela Múrias	
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E CONFLITOS NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES ÍNTIMAS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	703
Raquel Nunes, Paula Carvalho, Marta Alves, Ana Cunha, & Manuel Loureiro	

PERCEÇÃO DAS MULHERES SOBRE ASSISTÊNCIA E VIVÊNCIA DO PARTO	713
Rebeka Pessoa de Almeida, Carolina Mastelini Amorim Miyazaki, Silvia Nogueira Cordeiro	
CURA RECONECTIVA™: DO DESCONHECIMENTO GENERALIZADO À EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E SUAS IMPLICAÇÕES	721
Rute F. Meneses	
INVISIBILIDADE FEMININA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO EM TECNOLOGIA E CIÊNCIAS	731
Salette Silva Farias & Alcina de Oliveira Martins	
ASMA INFANTIL E ESTRESSE FAMILIAR: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE INTERVENÇÕES FAMILIARES	741
Sandra Amaral, Filipa Pimenta, & Clemax Sant'Anna	
ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO IPOP-A	751
Sara Bailote Silva, Marta Pedreira, & Isabel Leal	
DIFERENÇAS DE GÊNERO NO BEM-ESTAR SEXUAL EM IDOSOS	759
Sara Silva, Sofia von Humboldt, & Isabel Leal	
FATORES QUE INFLUENCIAM O BEM-ESTAR SEXUAL: ESTUDO EXPLORATÓRIO EM IDOSOS	769
Sara Silva, Sofia von Humboldt, & Isabel Leal	
DESAFIOS PSICOLÓGICOS NUM CONTEXTO DE TERAPIA CENTRADA NA PESSOA: A PERSPETIVA DOS IDOSOS	779
Sofia von Humboldt & Isabel Leal	
ESTUDO SOBRE O MAL-ESTAR SEXUAL NA ADULTÍCIA AVANÇADA: ANÁLISE DE UMA AMOSTRA A TRANSNACIONAL DE IDOSOS	787
Sofia von Humboldt & Isabel Leal	
AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO E PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NA ARTRITE REUMATÓIDE	795
Sónia Alves, Ana Isabel Cunha, Marta Pereira Alves, & Cláudia Vaz	
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E QUALIDADE DE VIDA DO AMAZONAS (BRASIL)	805
Tatiane de Aguiar Romano & Suely Mascarenhas	

IMAGEM CORPORAL POSITIVA EM ADULTOS EMERGENTES: UM ESTUDO EM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO	813
Teresa Medeiros, Ana Cunha, Cláudia Lima, Vanessa Ponte, Sheila Furtado, & José Carlos Silva Mendes	
DIAGNÓSTICO DE DOENÇA E LITERACIA EM SAÚDE: QUE ASSOCIAÇÕES?	823
Vânia Carneiro, Isabel Silva, & Glória Jóluskin	
SAÚDE MENTAL E A PRESENÇA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM AERONAUTAS	831
Walkyria Busato Will, Cloves Antonio de Amissis Amorim, Julianna Rodrigues Beltrão, Ana Maria Moser, & Leonardo Gabriel Chimelli Gheller	
PROJETO IN_DEPENDÊNCI@S: PROMOÇÃO DA GESTÃO SAUDÁVEL DOS COMPORTAMENTOS ONLINE	839
Andrea Costa, Ana Isabel dos Santos, & Ivone Patrão	
INDICADORES TRIANGULARES DE SAÚDE EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	849
Carla Bernardett Santos, Ana Carina Peixoto, & Rute F. Meneses	
CONVERSANDO SOBRE A ENTREGA DE UM FILHO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	861
Rita Tropa Marques, Yara Ishara, & Ivonise Fernandes da Motta	

PREÂMBULO

Promover e inovar em psicologia da saúde é o tema proposto para o 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, que se realiza em Lisboa, no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, numa organização conjunta da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde e do William James Center for Research do ISPA – Instituto Universitário.

Como habitualmente, o primeiro objectivo deste congresso que se realiza a cada dois anos, é juntar os investigadores e profissionais que desenvolvem a sua actividade neste extenso campo designado como de Saúde e que, cobrindo os tradicionais contextos de saúde – hospitais e centros de saúde – se espraia depois em direcções muito diversas em que a saúde é considerada um valor de todos os dias: a educação, o mundo organizacional, as instituições de iniciativa privada, empresarial, social, de apoio e assistenciais.

Claro que o juntar num mesmo espaço físico todos estes investigadores, académicos, professores, alunos e profissionais da psicologia permitindo interacções directas está ao serviço daquilo que tem sido apanágio da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde nestes mais de 20 anos de actividade: a promoção e divulgação da Psicologia da Saúde e da investigação científica. Serve, sobretudo, como forma de partilha de conhecimento e de experiências. Pretende-se, assumidamente, possibilitar a partilha do *estado da arte* daquilo que são as práticas, reflexões, contributos teóricos e dados de investigação em direcção ao desenvolvimento continuado e alicerçado do conhecimento científico adentro da Psicologia da Saúde.

À Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde junta-se na organização deste congresso o William James Center for Research do ISPA – Instituto Universitário, numa prática já consagrada pelos muitos anos de

realização de diferentes congressos e que consiste em rodar por diferentes universidades e unidades de investigação o palco desta iniciativa.

Em 2018, o 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, contará com 461 comunicações, sendo 6 delas conferências proferidas por conferencistas convidados e 455, submetidas e aceites pela Comissão Científica do congresso e apresentadas em simpósios e comunicações livres nos formatos orais e escritos.

Das comunicações apresentadas, cujos resumos são apresentados num suplemento da revista *Psicologia, Saúde & Doenças*, órgão oficial da SPPS, alguns dos autores submeteram os artigos respectivos à apreciação do Conselho Científico que procedeu à revisão de todos os trabalhos e escolheu 29 textos para serem apresentados no 1º número de 2018 da revista *Psicologia, Saúde & Doenças* e 88 para serem publicados no livro de Actas do Congresso.

Algumas das comunicações submetidas, e ainda um maior número de artigos, não foram aceites para apresentação e publicação, por diversas razões que vão desde a não observância das normas propostas, à fragilidade teórica e/ ou metodológica, até à impossibilidade dos autores procederem às alterações propostas no curto tempo disponível para a preparação dos textos.

O desafio que a SPPS coloca a si mesma em cada novo congresso é de conseguir num tempo recorde, disponibilizar o livro de atas do congresso no primeiro dia do mesmo, exigindo da parte da Comissão Científica, uma notável colaboração que aqui se reconhece e agradece.

Promover a Psicologia da Saúde e inovar, num tempo em que a saúde não tem sido uma prioridade dos poderes estabelecidos, é um desafio que se coloca a todos e que esperamos que este 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde possa ser um marco de encontros, caminhos e soluções.

Os Organizadores

APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E DIVERSIDADE SEXUAL, A PARTIR DA HOMOSSEXUALIDADE

Adan Silva¹ (✉ adansilva.1@hotmail.com), Iolete Silva¹, & Suely Mascarenhas¹

¹ Universidade Federal do Amazonas, Brasil

O presente artigo foi escrito a partir das reflexões geradas por uma pesquisa no campo da Psicologia. A proposta foi entrecruzar contribuições da discussão sobre gênero e diversidade sexual com o referencial teórico da Psicologia da Saúde, pensando como tal entrecruzamento pode fornecer subsídios para ampliar as práticas da Psicologia da Saúde. Optou-se por um recorte na homossexualidade, a partir da fala dos próprios sujeitos acerca do que pensam sobre o que são, para tornar a pesquisa exequível. Propõe-se aqui dois movimentos: um primeiro, em que se apresenta o campo da Psicologia da Saúde, um segundo, onde se traça uma discussão em torno de gênero e diversidade sexual, e, por fim, apresenta-se a pesquisa: seus resultados e discussão.

Psicologia da Saúde e possibilidades de aproximação da temática sexualidade/diversidade sexual

Para Capitão, Scortegagna e Baptista (2005), a psicologia no campo da saúde está se constituindo como uma das formas de se pensar o adoecimento e os modos pelos quais homens e mulheres podem manter-se de forma saudável. Nesse sentido, para Straub (2014), um tema fundamental da Psicologia da Saúde seria o estudo dos muitos fatores que interagem para determinar a saúde, a partir da aplicação de princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria da saúde e o tratamento e prevenção de doenças, a partir do entrelaçamento de condições sociais, fatores biológicos e até mesmo traços de personalidade. O autor chama atenção de que, a partir da análise do contexto social, a perspectiva de

gênero em psicologia ganha contornos específicos, tanto em barreiras que tais condições encontram nos serviços de saúde, quanto no fato de que a profissão médica tenha tradição em tratar homens e mulheres de maneira diversa.

Para Ribeiro (2011), uma das características da Psicologia da Saúde, para além de focar seu interesse nos aspectos de saúde e de doenças não mentais é, também, o deslocar da atenção do polo “doença” para o polo “saúde”, passando a considerar a saúde como objeto epistemológico diferente das doenças, com definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos. Compreende-se, com o autor, que as mudanças que ocorreram a partir de 1970 com a concepção de saúde alteraram mesmo o próprio papel da Psicologia no sistema de saúde. A definição atual coloca a saúde num contexto alargado de bem-estar humano em geral.

Um ponto interessante levantado por Almeida e Malagris (2011) é a de que a Psicologia da Saúde é a área da Psicologia que estuda o comportamento humano no contexto da saúde e da doença, buscando compreender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e comportamentos associados à doença. A atuação do psicólogo da saúde, poderia ser, então, centrada na promoção da saúde e da prevenção de doença, nos serviços clínicos a indivíduos saudáveis ou doentes e em pesquisa e ensino. A maioria dos profissionais, conforme os autores, trabalha em hospitais, clínicas e departamentos acadêmicos de faculdades e universidades.

Pode-se depreender que, como Psicologia que pensa a saúde, uma primeira aproximação com a sexualidade/diversidade sexual estaria exatamente pela “ampliação” que se faz da saúde como um conjunto multifatorial e não apenas como ausência de doença. Nesse diapasão, a própria sexualidade, quando vivida saudavelmente torna-se promotora (ou não) de saúde, sendo, portanto, um aspecto fundamental do sujeito a ser considerado pela Psicologia da Saúde. Uma outra possibilidade de aproximação seria exatamente pelas possibilidades da atuação do psicólogo da saúde, que trabalha, conforme pontua Straub (2014) como professor, pesquisador e/ou clínico, necessitando aprofundar-se nas discussões de gênero e diversidade sexual para melhor atender às demandas cotidianas.

Por fim, pensando também na citação de Almeida e Malagris (2011), percebe-se a amplitude da atuação profissional do psicólogo da saúde, o

que o deve aproximar de todas as formas de promoção de saúde, incluindo uma sadia vivência de sua sexualidade, a partir da autoaceitação e autodeterminação de suas vivências no campo da sexualidade e da expressão de gênero.

Gênero, saúde e diversidade sexual: Pensando a orientação sexual para uma Psicologia da Saúde

De maneira geral, entende-se, na presente escrita, gênero na perspectiva de Scott (1990), como o saber a respeito das diferenças sexuais – construída culturalmente em um processo histórico e social, o que torna a categoria livre de naturalizações, sendo transformável, maleável, passível de metamorfoses. Saúde aqui é trabalhada na perspectiva ampliada para além de ausência de doenças e atrelada a processos econômicos e sociais, conforme documentos da Organização Mundial de Saúde e demais órgãos internacionais. A diversidade sexual compreende todo o espectro de possibilidades de “ser no mundo” da sexualidade e a orientação diz respeito para onde se volta o desejo do sujeito, como uma bússola apontando para determinado norte.

Borges, Canuto, Oliveira e Paz (2013), ao revisarem produções acadêmicas dos programas de graduação e pós-graduação do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) que versam sobre gênero, sexualidade, homossexualidade e/ou homossexuais, percebem que o ensino da Psicologia ainda se concentra predominantemente nos estudos das identidades, em uma visão normativa, polarizada e patologizada quanto ao gênero e às sexualidades. Essa constatação é importante no intuito de repensar a prática do profissional de saúde, tendo em vista o papel de autoridade que, conscientemente ou não, é assumido pelo psicólogo e que pode ser um fator de aproximação ou de afastamento.

Ao visitar o tema, as autoras, por meio da revisão bibliográfica empreendida, mostram-nos as duas principais posturas dos estudos de gênero na Psicologia: a abordagem empiricista e a abordagem construcionista. Para a primeira, as diferenças sexuais estariam pautadas na existência de diferenças inatas e estáveis entre os sexos. Já na chamada abordagem construcionista, pós-moderna, tem-se um antiessencialismo e antirrealismo, pressupondo que o mundo social e os indivíduos sejam produtos de

um processo social e que não existam essências dentro das coisas que as tornem o que são.

Paiva (2008) salienta a associação feita pelo senso comum entre o psicólogo e a sexualidade. Entretanto, ela salienta que o trabalho desse profissional seria beneficiado se houvesse uma redescoberta desse conceito (sexualidade), por propiciar que se superassem abordagens baseadas em valores pessoais e em outras com pretensões universalistas. A autora enxerga no construcionismo uma alternativa ao modelo clássico de uma sexualidade que se desvincule de valores e noções pessoais. Para ela, o paradigma construcionista “definiu como compreender a sexualidade como fenômeno social, a desigualdade entre os sexos, a subordinação das mulheres, a discriminação sexual; nas últimas três décadas dedicou-se fortemente a compreender a epidemia da Aids e a violação de direitos sexuais” (Paiva, 2008, p. 643).

Nesse sentido, a Psicologia da Saúde pode aproximar-se do campo da sexualidade, inclusive pensando temas como doenças sexualmente transmissíveis, relações de poder e saúde, potencialidades e vulnerabilidades da sexualidade, entre outros. Importante momento é o dos anos 1970, com a produção feminista destacando o questionamento acerca da inevitabilidade e a naturalidade da desigualdade entre os sexos e da subordinação feminina. A categoria *gênero* surge nesse momento, como relevante categoria de análise social, com destaque para a historiadora Joan Scott (Paiva, 2008).

Em interessante estudo sobre gênero e saúde, Alves, Silva, Ernesto, Lima e Souza (2011) discutem a necessidade de compreender os fatores que influenciam os homens a procurarem menos que as mulheres os serviços de Atenção Primária à Saúde. Como constatado pelos pesquisadores, há uma maior mortalidade e sobremortalidade masculina quando comparadas as causas de morte e, por outro lado, maior procura feminina pelos serviços de saúde. As autoras percebem uma estrita relação entre um modelo culturalmente construído de masculinidade e sua influência nos cuidados com a própria saúde.

Entre os autores parece haver certa unanimidade em superar o que se chama de determinismo biológico para explicar a desigualdade entre os gêneros. Mattos, Cordeiro, Araújo e Almeida (2015), ao investigarem a desigualdade de gênero entre homens e mulheres a partir de um estudo de revisão narrativa de publicações compreendidas entre 1990 e 2012 sobre a

temática, concluem pela necessidade de entendimento do processo de construção social das diferenças entre homens e mulheres e de como isto tem contribuído para uma desigual distribuição de poder e, conseqüentemente, de mais geração de desigualdade de gênero, o que impacta diretamente o campo da saúde.

Entender gênero torna-se uma necessidade para o profissional da Psicologia de Saúde, principalmente para aqueles que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme prelecionam Martins, Abade e Afonso (2016), trabalhando no SUS, o psicólogo precisa buscar a perspectiva da integralidade nos diversos locais que compõem a rede, o que requer uma dimensão dialógica, pautada na escuta atenta dos profissionais às necessidades de saúde das pessoas. Isso implicaria compreender as especificidades, as potencialidades e as vulnerabilidades da população em seu contexto de existência, tendo os direitos humanos como norteador e atravessador de todos os processos. Isso incluiria também a perspectiva de gênero, por meio de políticas públicas voltadas para as singularidades dos diferentes públicos. A perspectiva de gênero, seria, inclusive, um pressuposto da integralidade ao cuidado à saúde.

MÉTODOS

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco sujeitos, dentro de um enfoque qualitativo de pesquisa. Os sujeitos foram escolhidos por amostra proposital, conforme critérios de Denzin e Lincoln (2000). Como critérios de participação, tivemos o reconhecimento do sujeito de ser homossexual (ser assumidamente gay). Não houve pré-requisito em relação a ser homossexual masculino ou feminino, nem em relação ao grau de escolaridade (a título de informação, todos possuíam Ensino Médio Completo, sendo um entrevistado estudante de nível superior). Os sujeitos possuíam entre 18 e 25 anos. Após coleta das entrevistas, estas foram analisadas por meio da análise de conteúdo, conforme proposta de Bardin (1977). Foi escolhida a análise temática para exposição dos resultados, por acreditar-se que torna os dados mais lógicos, referenciando-se a partir da perspectiva do leitor. A pesquisa foi aprovada

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e procurou resguardar todas as instruções preconizadas na resolução pertinente, incluindo assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como garantia do anonimato, os nomes dos entrevistados foram trocados por P1, P2, P3, P4 e P5.

RESULTADOS

Categoria 1. Homossexualidade como 'natural': "nasci assim"

Em um primeiro momento, as falas circulam em torno do que os sujeitos acreditam ser a origem da homossexualidade. Para muitos, as primeiras experiências se confundem com o que os entrevistados consideram como "início", o que traz embutido uma ideologia machista que vê na atividade sexual sinônimo de identidade sexual. Também se pôde captar nesse primeiro ponto certa contradição, pois em muitos momentos os entrevistados dizem identificar-se como homossexuais como algo "desde sempre", "não teve influências", "que dá sinais desde a infância", em outros momentos há ligação entre ato sexual e orientação sexual. Essa primeira categoria também atrelou a vivência de ser homossexual a algo "normal", "muito bom", "nada de diferente". Nenhum dos entrevistados revelou qualquer "trauma infantil" ou vivência de abuso sexual, algo ainda muito pensado via senso comum. Também se percebeu uma "naturalização do natural" bem como do "normal", visto que quatro participantes afirmaram ser "naturalmente homossexuais", mas, ao serem questionados sobre o que significa ser "normal" ou "naturalmente" homossexuais, não souberam explicar tais definições. Talvez essas ideias queiram expressar o que os cinco entrevistados afirmaram em uníssono: a homossexualidade é algo que se manifesta bem antes da vida adulta.

Categoria 2. Homossexualidade enquanto construção social: Fatores culturais

Nesta categoria estão agrupados os conteúdos ligados ao sujeito em suas relações sociais e como estas impactam a construção da sexualidade

gay, dentro de determinado sistema cultural. Muitos dos conteúdos aqui expostos vieram a partir do que os entrevistados chamaram de “críticas”. Em torno desse núcleo pôde-se agrupar como as pessoas, grupos, instituições com quem os entrevistados convivem “moldaram” a construção subjetiva dos diferentes sujeitos. As falas evidenciaram situações de sofrimento psíquico em diversos contextos: escola, igreja, família. Entretanto, todos os sujeitos que relataram sofrimento trouxeram uma concepção da vivência homossexual como tão intrínseca, arraigada em si, que as diferentes expressões de sofrimento nunca provocaram mudanças na expressão sexual. Os sujeitos pareceram criar rotas para lidar com o sofrimento, sem necessitarem abandonar quem são. O momento de maior preocupação para o homossexual parece ser o “assumir-se gay”, onde a maioria das violências (físicas, psicológicas e/ou simbólicas) emergiram e são relatadas como difíceis. Isso parece ser um campo onde se podem pensar possibilidades de intervenção do psicólogo da saúde, em sentido preventivo, principalmente aqueles que trabalham na saúde pública.

Categoria 3. Sentidos da homossexualidade

Nessa categoria foram agrupadas falas que permitem visualizar o que o sujeito significou subjetivamente sobre “ser homossexual”. De modo geral, os entrevistados alegaram nunca ter parado para pensar a própria vida segregada da própria sexualidade tal como construída. Os sujeitos ligam a homossexualidade a uma expressão feliz, a gostos culturais peculiares que o singularizam. Para todos os sujeitos, viver a homossexualidade é vivê-la em tudo aquilo que pode oferecer. Um dado interessante foi como os sujeitos historicizaram o “tornar-se gay”: os entrevistados foram unânimes em falar que em casa e na escola nunca ouviram falar de educação sexual na perspectiva das singularidades homossexuais. A maioria aprendeu com os amigos “como” ser gay e como eram os relacionamentos. A escola é relatada pelos entrevistados como “descoberta”.

Categoria 4. Homossexualidade é identidade

Ao término da entrevista, solicitou-se aos sujeitos que falassem livremente sobre que representação possuem da homossexualidade. De modo

geral, pode-se notar o quanto a indissociabilidade sujeito-sexualidade é presente nos discursos dos entrevistados, corroborando a perspectiva de saúde adotada pelos organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde. Nesse sentido, esse conceito que pensa as condições econômicas, sociais e históricas precisa ser incorporado pelo psicólogo da saúde, já que aumenta seu campo de visão para melhor atuar, não correndo o risco de invisibilizar configurações subjetivas tão importantes como a sexualidade. Também pode-se perceber, nas falas dos sujeitos, como a homossexualidade é recheada de sentidos e significados, o que aproxima a necessidade de encarar as sexualidades, diversidade de gênero sob uma perspectiva menos reducionista e determinista e mais interligada ao contexto cultural. Aproximamo-nos, dessa forma, das perspectivas construcionistas aqui descritas, como as apresentadas por Paiva (2008), Borges et al. (2013) e demais autores que propugnam pelo extrapolamento da dimensão unicamente biológica, vendo no sujeito um ser ativo, histórico e social.

Na primeira parte da discussão teórica aventamos algumas possibilidades (em três pólos) de aproximação da Psicologia da Saúde do gênero, orientação sexual e diversidade sexual. Gostaríamos aqui de retomá-las e corroborá-las, já que o trabalho tende a confirmar nossas hipóteses.

DISCUSSÃO

De posse das categorias em análise, pôde-se perceber que as diferentes sexualidades possuem muito a oferecer ao psicólogo da saúde. Como exposto, a partir da escuta do que o sujeito tem a dizer, o profissional propositivo tem a oportunidade de atuar promovendo saúde física e mental, campo dessa atuação em específico. Espera-se que o presente estudo tenha levantado a importância de o sujeito ser entendido enquanto construção, para que a atuação psicológica seja pautada pela ética profissional e não por julgamentos morais e/ou religiosos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH, 14*(2), 183-202.
- Alves, R. F., Silva, R. P., Ernesto, M. V., Lima, A. G. B., & Souza, F. M. (2011). Gênero e saúde: O cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática, 13*(3), 152-166.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Borges, L. S., Canuto, A. A. A., Oliveira, D. P., & Vaz, R. P. (2013). Abordagens de gênero e sexualidade na psicologia: Revendo conceitos, repensando práticas. *Psicologia: Ciência e Profissão, 33*(3), 730-745. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300016>
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica, 4*(1), 75-82.
- Denzin, J. C., & Lincoln, Y. S. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Martins, A. M., Abade, F. L., & Afonso, M. L. M. (2016). Gênero e formação em psicologia: sentidos atribuídos por estudantes à saúde do homem. *Psicologia em Revista, 22*(1), 164-184. doi: 10.5752/P.1678-9523.2016V22N1P164
- Mattos, A. I. (2015) Desigualdades de gênero: Uma revisão narrativa. *Saúde.Com 11*(3), 266-279. doi: 10.22481/rsc.v11i3.280.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011) A psicologia da saúde. In R. F. Alves (Org.), *Psicologia da saúde: Teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 23-64). Campina Grande: EDUEPB.
- Paiva, V. (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo, 13*, 641-651. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000400002>
- Scott, J. (1990) Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade, 16*(2), 5-22.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: Uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed.

REALIDADE OBSTÉTRICA DO BRASIL: PANORAMA TEÓRICO E BIBLIOGRÁFICO ACERCA DAS PROBLEMÁTICAS ENVOLVIDAS

Adriana Navarro Romagnolo¹ (✉ adriananavarro.psicologia@gmail.com), Bruna Setin Januário¹, Vivian Brandão de Freitas¹, Neliane Lazarini de Sousa², & Miria Benincasa Gomes¹

¹Universidade Metodista de São Paulo, Brasil; ²Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Brasil

Entre as décadas de setenta e oitenta do século passado houve uma mobilização internacional no sentido de avaliar a assistência ao parto em âmbito mundial. Os principais assuntos em pauta eram os elevados índices de cesárea e a excessiva medicalização do processo de parto sem evidências científicas em vários lugares do mundo. Pontos importantes considerando que há bem pouco tempo o parto era um processo fisiológico normal (WHO, 2010). Em 1985 realizou-se a *Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto*, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1985). Essa reunião foi considerada um marco tanto para a saúde pública quanto para a defesa dos direitos da mulher e do bebê. A partir de então, estudos como este vêm sendo realizados no sentido de desenvolver uma assistência obstétrica que envolva as melhores práticas, priorizando o bem-estar da mãe e do bebê, de maneira integral (Patah & Malik, 2011).

A *Carta de Fortaleza*, documento desenvolvido nesse mesmo encontro, preconiza a liberdade da mulher para escolher a melhor posição no trabalho de parto e no momento do nascimento; a opção de ter acompanhante durante o parto e todo o trabalho de parto; o fim de alguns procedimentos médicos que, além de não apresentarem benefícios, podem gerar prejuízos quando aplicados rotineiramente. Esta reunião configurou o início de mudanças no cenário obstétrico daquele momento (ANS, 2008; Diniz, 2005).

No que se refere à realidade brasileira, observa-se a reprodução do padrão mundial. As mulheres com gestação de baixo risco são desnecessariamente expostas às situações adversas e iatrogênicas que o excesso de

tecnologia impõe, independentemente de sua situação socioeconômica (Andreucci & Cecatti, 2011). Esta realidade gera impacto em outras áreas da vida que se estendem para além do momento do nascimento. Estudos longitudinais mostram implicações da via de parto, por exemplo, na amamentação. As pesquisas indicam que a cesárea eletiva, em comparação com a cesárea de emergência ou o parto normal, gera um início tardio da amamentação e oferece pelo menos três vezes mais risco da interrupção da amamentação no primeiro mês de vida (Pereira, Fonseca, Oliveira, Souza, & Mello, 2013; Priror et al., 2012; Weiderpass, Barros, Victora, Tomasi, & Halpern 1998; Zanardo et al., 2010).

O objetivo do estudo é analisar a realidade obstétrica brasileira visando obter um panorama teórico e bibliográfico acerca das problemáticas envolvidas nesse tema, principalmente no que se refere a aspectos emocionais relacionados ao ciclo gravídico-puerperal.

MÉTODOS

O presente estudo foi realizado com o método qualitativo do tipo bibliográfico. Segundo Gil (1996), esse método de pesquisa bibliográfica é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Foi realizado um levantamento teórico utilizando livros com autores associados ao tema escolhido, bem como bases de dados online, entre elas SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde Pública), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe) e Colaboração Cochrane. Também foram utilizadas apostilas disponíveis em sites do Ministério do Brasil e dados da Organização Mundial de Saúde.

RESULTADOS

O cenário obstétrico brasileiro atual divide-se em três grandes polos, são eles: o parto com assistência humanizada, cirurgias cesarianas eletivas e partos com violências obstétricas, os quais definimos abaixo.

Parto com assistência humanizada

O conceito de atenção humanizada do parto envolve o entendimento de que ele é um evento no qual a díade mãe-bebê são protagonistas em detrimento da equipe de saúde, que, em um momento de tamanha importância e repleto de significados que é o parto-nascimento, deve se colocar ao lado da mulher e da família, em uma posição de quem escuta e apoia antes da que intervém (Brasil, 2001, 2010; Rede Saúde, 2002).

A literatura aponta que, ao considerar a humanização relacionada ao parto, alguns cuidados merecem especial consideração: o acolhimento e cuidado pela equipe de saúde; o empoderamento da mulher para o trabalho de parto e o parto; a inclusão da mulher na tomada de decisões; e a concepção da gravidez e do nascimento como processos saudáveis e fisiológicos (ANS, 2008; Brasil, 2014; Ciello et al., 2012; Diniz, 2005; Wolff & Waldow, 2008).

Quanto às indicações atuais da OMS e Ministério da Saúde, os protocolos de trabalho de parto envolvem o fornecimento de bebidas isotônicas, a adoção da posição vertical ou liberdade de movimento, e o uso de métodos não-farmacológicos para aliviar a dor – como massagem, banho de chuveiro ou de imersão em água morna para aumentar o conforto materno e facilitar o trabalho de parto. Essas técnicas são acessíveis e de baixo custo, podendo ser fornecidas tanto nos serviços de saúde públicos quanto privados (Brasil, 2014; Diniz, 2003, 2005; WHO, 2010).

Violência Obstétrica (VO)

A VO é tipificada em alguns países, como é o caso da Venezuela e da Argentina. De acordo com as definições dadas pelas leis desses países, a VO é caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, ou seja, de sua saúde sexual e reprodutiva, pelos profissionais de saúde (servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições de saúde públicas ou privadas), por meio do tratamento desumano (abuso da medicalização ou negação desta quando necessária) e patologização dos processos fisiológicos, gerando perda da autonomia e capacidade de decidir sobre seus corpos e sexualidade de maneira livre (Belli, 2013; Ciello et al., 2012).

Estudo recente da FIOCRUZ (2014) mostra que uma entre quatro mulheres brasileiras relata ter passado por violência obstétrica. Há a hipótese de esses índices terem sido subestimados, pois uma quantidade significativa de mulheres não tem consciência de que não receber esclarecimentos sobre o que será feito com seu corpo, não dar consentimentos sobre determinadas intervenções, ter seu parto acelerado por conveniência profissional ou receber indicação de cesárea eletiva são, também, violências obstétricas (Andrade & Lima, 2014; ANS, 2008).

As intervenções mais usadas como rotina no Brasil em mulheres de baixo risco, apesar de não terem evidências médicas para essa prática são: episiotomia (observada em mais de 50% das mulheres é a única cirurgia feita sem o consentimento da mulher e sem que ela seja informada sobre suas indicações e contraindicações); posição litotômica (utilizada em 90% das mulheres); gotejamento de ocitocina, “dilatação” e ruptura artificial de membrana amniótica (utilizado em 40% das mulheres); e a manobra de Kristeller (ACOG, 2014; Amorim & Katz, 2008; Carvalho et al., 2010; Ciello et al., 2012; Leal et al., 2014; WHO, 2009).

Quanto à violência obstétrica relacionada ao tratamento desumano dos profissionais e técnicos, pesquisas recentes assinalam: tratar uma mulher em trabalho de parto de maneira a fazê-la se sentir inadequada, humilhada, inferiorizada, incapaz; impedir ou dificultar que a mulher tenha um acompanhante de sua escolha durante todo o seu parto e trabalho de parto (esse direito, apesar de comumente negligenciado, é resguardado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005); exigir que a mulher se submeta a procedimentos desnecessários e, muitas vezes dolorosos, como raspar os pelos pubianos, realizar lavagem intestinal, receber exames de toque com a porta aberta, manter-se em posição ginecológica com portas abertas; discriminar ou ridicularizar a mulher por alguma característica ou condição pessoal; submeter a mulher a vários exames de toque realizados por vários profissionais diferentes sem seu consentimento prévio, mesmo que para o processo de aprendizagem da prática médica etc. (Belli, 2013; Bowser & Hill, 2010; Brasil, 2014; Ciello et al., 2012; Diniz, 2005; Leal et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008).

Cirurgia cesariana eletiva

De acordo com o Manual Merck Sharp & Dohme Corp (2009): A cesariana é o parto cirúrgico por meio de uma incisão feita no abdômen e no útero da mãe. Recorre-se a esse processo quando os médicos consideram

que é mais seguro do que o parto vaginal para a mãe, para o bebê ou para ambos.

Inicialmente, a cesariana era realizada em caso de óbito materno com o objetivo de salvar a vida do bebê. Posteriormente, foi ampliado seu uso, porém, ainda no sentido de salvar vidas, frequentemente em gestações de alto risco. Para a Organização Mundial de Saúde, não existem justificativas para índices superiores a 15% de cesarianas em qualquer região do mundo. Esse procedimento, contudo, vem sendo realizado em larga escala por vários motivos como: redução da sensação de dor, realização de laqueaduras, interesses médicos, receio de processos, conforto para mulher, entre outros. Observa-se, contudo, que o aumento dessa via de parto não é homogênea em todas as regiões. Em populações subdesenvolvidas e de baixa renda a cesárea vem sendo usada com escassez, deixando de salvar vidas pela precária disponibilidade de hospitais e profissionais de saúde aptos a realizá-la. Por outro lado, em populações economicamente privilegiadas o uso é excessivo, desnecessário e, muitas vezes, está associado a consequências negativas à mãe e ao bebê (Betrán et al., 2007; Chiavegatto, 2013; WHO, 2009, 2010).

A taxa de cesárea no Brasil é a mais alta do mundo segundo pesquisa realizada pela FIOCRUZ (2014). Verifica-se que essas taxas chegam a 52% sendo que, na rede suplementar, 88% dos nascimentos foram cirúrgicos, sendo a grande maioria agendada para 36 a 38 semanas de gestação. Chiavegatto (2013), analisando as taxas de cesárea na cidade de São Paulo, identificou um aumento significativo dessa cirurgia em véspera de datas importantes (feriados e comemorações festivas), além da redução progressiva desses partos aos domingos. Considerando os partos vaginais, os autores verificaram homogeneidade entre os dias do ano. Estes dados sugerem conveniência médica na escolha de datas, evitando a interrupção do feriado para assistir a um parto e ferindo a bioética. Outra questão que se coloca aqui é que, com o agendamento antecipado, há grande chance de o bebê não estar suficientemente maduro para nascer (Chiavegatto, 2013; Ferrari, 2009; Leal et al., 2014; Patah & Malik, 2011; Uzcátegui & Cabrera, 2010).

DISCUSSÃO

No Brasil, as mulheres com níveis socioeconômicos mais elevados dão à luz em hospitais privados. Enquanto essas estão mais propensas a

receber uma cascata de intervenções e medicalização até chegar a uma cesariana, estão menos expostas ao tratamento desumano da violência obstétrica. Aquelas que utilizam o serviço público e, em sua maioria, vivenciam um parto normal, tendem a ser submetidas à episiotomia e tratamentos desumanos pelos profissionais de saúde (Leal et al., 2014).

No que se relaciona à melhoria da assistência obstétrica, o Ministério da Saúde tem desenvolvido um conjunto de estratégias a fim de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal além de ampliar o acesso, a qualificação e a humanização da atenção nas mais diversas situações, como durante o pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao puerpério, ao recém-nascido e à situação de abortamento. Na direção de qualificar a assistência ao parto, observa-se que a mulher em trabalho de parto e parto necessita receber um cuidado humanizado, o que envolve a possibilidade de acesso aos avanços científicos e principalmente, o exercício da cidadania, priorizando sua liberdade de escolha nos encaminhamentos durante as ações que permeiam o processo de parir (Brasil, 2001). Ainda assim, cabe ressaltar que mesmo com todas as cartilhas e diretrizes disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, muitas instituições ainda não adotam as recomendações exigidas.

A humanização da assistência ao parto é um tema discutido há bastante tempo, porém, ainda de pouca repercussão e compreensão entre aqueles que não possuem contato com o assunto. Ainda assim, é uma discussão que tem ganhado força e que tem crescido bastante nos diferentes veículos de comunicação. Podemos observar grande importância no campo da Psicologia devido aos fortes impactos biológicos, psíquicos e sociais que a gestação, o parto, o puerpério e a maternidade representam não só na vida da mulher, mas de todos aqueles em seu convívio, bem como para a contribuição na construção de políticas públicas a fim de promover melhorias na realidade atual.

REFERÊNCIAS

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). *Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus*, n.º1.

Disponível em <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde (BR). (2008). *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: Cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: ANS.

Amorim, M. M. R., & Katz, L. (2008). O papel da episiotomia na obstetria moderna. *Femina*, 36(1), 47-54.

Andrade, M. A. C., Lima, J. B. M. C., & BRASIL. Ministério da Saúde. (2014). O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. *Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento* (pp. 19-46). Brasília: Ministério da Saúde.

Andreucci, C. B., & Cecatti, J. G. (2011). Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: Uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6), 1053-1064. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos [Obstetric violence: Another form of Human Rights violation]. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34.

Betrán, A. P., Meriáldi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., & Wagner, M. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 21(2), 98-113. doi: 10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x

Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Harvard School of Public Health. University Research Co., LLC. Disponível em http://tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf

Brasil – Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. (2001). *Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil – Ministério da Saúde. (2014). *Humaniza SUS 4: Humanização do parto e do nascimento*. Disponível em http://www.abenfomg.com.br/site/arquivos/outros/107_Caderno_Humanizasus_v4_HUMANIZA%C3%87%C3%83O_PARTO_2014.pdf

Carvalho, V. F. D., Kerber, N. P. D. C., Busanello, J., Costa, M. M. G. D., Gonçalves, B. G., & Quadros, V. F. D. (2010). Práticas prejudiciais ao parto:

Relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11, 92-98.

Chiavegatto, A. D. P. (2013). Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no Município de São Paulo. *Ciência & Saúde coletiva*, 18(8), 2413-2420.

Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L., & Santos, K. S. (2012). *Parto do Princípio. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde coletiva*, 10(3), 627-37.

Diniz, C. S. G. (2003). *O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto*. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina USP. Disponível em http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivaextensao_2_cartilhaparto.pdf

Ferrari, J. (2009). A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Revista Bioética*, 17(3), 473-495.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. (2014). Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e Nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 30.

Gil, A. C. (1996). *Como elaborar projetos de pesquisa*, São Paulo: Atlas.

Leal, M. D. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., ... & Gama, S. G. N. D. (2014). Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de saúde pública*, 30, S17-S32. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

Merck Sharp & Dohme Corp. (2009). Complicações do Parto. In *Seção 22: Problemas de saúde da mulher*. Manual MSD. Portugal. Disponível em <http://www.manuaismsd.pt/?id=275&cn=2049&ss=>

Patah, L. E. M., & Malik, A. M. (2011). Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 185-194. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>

Pereira, C. R. V. R., Fonseca, V. D. M., Oliveira, M. I. C. D., Souza, I. E. D. O., & Mello, R. R. D. (2013). Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(2), 525-534. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026>

- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*, 95(5), 1113-1135. doi: 10.3945/ajcn.111.030254
- Rede Saúde. (2002). *Dossiê Humanização do Parto*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.
- Uzcátegui, U. O., & Cabrera, C. (2010). Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 70(1), 47-52.
- Weiderpass, E., Barros, F. C., Victora, C. G., Tomasi, E., & Halpern, R. (1998). Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: Estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 32(3), 225-231.
- WHO – World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437.
- WHO – World Health Organization. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. Disponível em <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>
- WHO – World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children’s Fund, Mailman School of Public Health. (2009). *Monitoring emergency obstetric care: A handbook*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/obstetric_monitoring.pdf
- Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: Mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e sociedade*, 17(3), 138-151.
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*, 37(4), 275-279. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x

VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL AOS MENINOS – UMA EXPERIÊNCIA NO CREAS

Adriane Andrade Costa¹ (✉ adrianepsi.costa@gmail.com), & Adriana R. Caldeira de Oliveira¹

¹PPGPSI/UFAM – Manaus, Amazonas, Brasil

Na atualidade, a violência sexual é sinalizada como um complicador da saúde pública em decorrência do alto índice de prevalência na população, bem como aos diversos prejuízos que podem acometer as vítimas, seja em seu desenvolvimento afetivo, social, comportamental ou cognitivo (Habigzang & Caminha, 2004). A violência sexual, além de ser uma violação de direitos, pode ocasionar consequências negativas de diversas ordens, afetando o físico, o emocional, o mental e o social de um indivíduo e de sua família (Costa, 2017).

Dados do Disque Direitos Humanos – Disque 100 alertam que no primeiro semestre de 2015 foram registradas 66.518 denúncias sobre violações de direitos, onde 63,2% são violações de direitos humanos de crianças e adolescentes (42.114). Destas 21,90% são referentes à violência sexual. O perfil das vítimas por gênero revela que meninas, com 45%, são as maiores vítimas com registro de denúncias, seguido pelos meninos com 39%; 16% das denúncias não tiveram o gênero da vítima informado. A faixa etária mais atingida é de 08 a 11 anos, somando 20%, seguido das faixas etárias de 04 a 07 e de 12 a 14 anos, representando cada uma 19% respectivamente (Brasil, 2015). A concretização da denúncia é algo complexo que deve ser entendido numa compreensão histórico-cultural, onde a maioria dos casos, principalmente de violência contra meninos, ou não são denunciados ou são sub-notificados (Hohendorff, Habigzang, & Koller, 2012).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) em seu artigo 87, inciso III, ao falar sobre as diretrizes da política de atendimento as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, preconiza que estas

recebam atendimento especializado. Este atendimento especializado também é ofertado nos Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). O CREAS é definido como um serviço que atende indivíduos e suas famílias em risco ou violação de direitos, ofertando atendimento e atuando no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes visando à proteção e à garantia integral de direitos da população infanto-juvenil (Brasil, 2011b).

Violência sexual contra crianças e adolescentes

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (2013) entende a violência sexual, nas modalidades de abuso sexual e exploração sexual, como todo ato, de qualquer natureza, atentatório ao direito humano ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticado por agente em situação de poder e de desenvolvimento desigual em relação à criança e adolescente vítimas.

Habigzang e Caminha (2004) definem a violência sexual como toda ação cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a vítima, onde a criança e o adolescente são usados pelo agressor a fim de obter satisfação sexual. O abuso sexual pode prescindir de contato físico como o assédio sexual, abuso sexual verbal, telefonemas obscenos, voyerismo, exibicionismo e pornografia ou pode ocorrer com contato físico através de manipulação da genitália, mama, ânus, e ato sexual com ou sem penetração oral, vaginal ou anal (Habigzang & Caminha, 2004). O Conselho Federal de Psicologia – CFP (2009) define exploração sexual infanto-juvenil como uma relação de exploração e poder, a qual o corpo da criança ou adolescente é usado e ofertado a fim de obtenção de proveito deste, bem como, satisfazer a demanda de consumidores do mercado do sexo.

Violência sexual contra meninos

Hoje no Brasil há significativo interesse sobre estudos e pesquisas a cerca da violência sexual contra crianças e adolescentes e, embora essas pesquisas sejam realizadas sem a ênfase no sexo das vítimas, ao realizar um estudo mais aprofundado sobre o perfil dos participantes, contata-se

que há predominância acentuada de vítimas do sexo feminino (Hohendorff et al., 2012). Paralelo a essa constatação verifica-se a escassez de estudos sobre violência sexual contra meninos.

Dados do Disque Direitos Humanos – Disque 100 do primeiro semestre de 2015 nos informam que do total de denúncias recebidas sobre violência sexual contra crianças e adolescentes, 39% das vítimas eram do sexo masculino e 16% das denúncias não tiveram o sexo da vítima informado (Brasil, 2015). Estimativas indicam que uma a cada quatro meninas e um a cada seis meninos experimentaram alguma forma de violência sexual na infância ou na adolescência (Hohendorff, cit. in Sanderson, 2005). Apesar destes dados, não é possível afirmar se a violência sexual contra meninos no Brasil ocorre em menor frequência ou se é menos notificada em relação aos casos com meninas.

Hohendorff, Habigzang, Rodrigues e Koller (2012b) levanta a hipótese de que a violência sexual feminina é notificada com maior frequência do que a violência contra meninos. Isso pode ocorrer em decorrência da dificuldade dos meninos em relatar o ocorrido; a banalização devido a estereótipos de masculinidade e força e a “cultura esperada” da violência contra meninas. “Assim, o relato de meninos e homens sobre suas experiências de violência sexual é dificultado devido ao medo das reações e vergonha dos familiares e pessoas próximas” (p. 398).

Alguns estudos realizados com o público masculino revelaram condições que podem ser associadas a fatores de risco para a violência sexual: residir somente com a mãe, ou com nenhum dos pais; possuir pais recasados ou separados, abusadores de álcool ou com comportamentos criminais; meninos negros ou pardos; e fatores socioeconômicos, como pertencimento a camadas sociais de níveis mais baixos (Hohendorff, 2012, apud Holmes & Slap, 1998; Kristense, 1996). Estudos realizados no Brasil sugerem que as vítimas masculinas tenham até 12 anos de idade (Hohendorff et al., 2012).

Um fator importante que diferencia as consequências entre os casos de violência sexual entre meninos e meninas é a preocupação quanto à orientação sexual. A violência pode levar os meninos a sentirem-se confusos quanto a sua sexualidade e muitas vezes temem a homossexualidade, haja vista a ocorrência do episódio (na maioria das vezes) comumente acontecer numa relação homossexual (entre um homem e um menino). Esse conflito sobre a orientação sexual pode ser exacerbado pelas reações familiares ao levantar suposições ou insinuações quanto ao comporta-

mento da vítima, principalmente quando ocorre demora em revelar a violência (Hohendorff et al., 2012b).

O presente artigo tem o objetivo apresentar, através de uma revisão de literatura, as pesquisas e produções científicas a cerca da violência sexual contra meninos no Brasil e, de que maneira o CREAS tem realizado o atendimento e acompanhamento dessas vítimas. Com um enfoque específico à atuação do psicólogo frente a esta demanda, destacando as políticas de atendimento e acompanhamento para este tipo de violência dentro do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

MÉTODO

Para se alcançar o objetivo proposto para este artigo foi utilizada como metodologia a revisão bibliográfica na modalidade de artigo de revisão de literatura (ARL). A American Psychological Association (APA, 2012) descreve como avaliações críticas de matérias que já foram publicados, considerando o progresso das pesquisas na temática abordada. “Os ARLs são textos nos quais os autores definem e esclarecem um determinado problema, resumizam estudos prévios e informam aos leitores o estado em que se encontra determinada área de investigação” (Koller, 2014, p. 40).

Após a escolha da temática a ser revisada, foram escolhidos três descritores que orientaram as buscas nas bases de dados: CREAS, Atendimento psicossocial, Violência sexual em meninos. As bases de dados utilizadas foram escolhidas pela relevância que possuem na área da psicologia no Brasil e pelo volume de publicações que dispõem, sendo elas: Scielo, Bvs-psi e Pepsico. A busca nos periódicos teve como limitadores publicações em língua portuguesa a partir de 2001, que foi o ano de criação do Programa Sentinela, que deu origem ao CREAS.

É importante pontuar que as buscas nos periódicos identificaram artigos em mais de uma base de dados, ou seja, os artigos se repetiam. Com o descritor “Atendimento psicossocial” encontrou-se quatro artigos diferentes; com o “CREAS” encontrou-se oito artigos diferentes e, com o termo “violência sexual em meninos” foram identificados quatro artigos. Uma observação relevante a ser feita é que dos 4 artigos sobre violência

sexual em meninos, três são escritos pelos mesmos pesquisadores e nenhum deles enfoca o atendimento ofertado no SUAS.

O ARL não limita suas pesquisas apenas a artigos publicados em periódicos o que possibilitou também que o levantamento bibliográfico se estendesse para livros de autores que pesquisam sobre a violência sexual infanto-juvenil no Brasil bem como dissertação de mestrado e tese de doutorado. Também foi usada uma cartilha empregada pelo grupo Tecendo Redes na qualificação de profissionais do CREAS da região metropolitana de Manaus. Todo o material relativo a Política Pública de Assistência Social foi consultado pelo meio de seu portal oficial, www.mds.gov.br onde as publicações podem ser baixadas e consultadas.

RESULTADOS

Hohendorff et al. (2012) ao fazer um “levantamento breve não sistemático” em três bases de dados nacionais achou apenas uma publicação sobre violência sexual contra meninos. Almeida et al. (2009) discorre, através de um estudo de caso de um menino de 13 anos, como a diferença de gênero da vítima de violência sexual faz diferença no seu percurso de superação da violência sofrida e enfoca especificamente a experiência e vivência no sexo masculino. E este foi um dos apontamentos de Hohendorff et al. (2012) ao perceber a quase inexistência de publicações científicas sobre violência sexual contra vítimas do sexo masculino.

Em 2016, ao fazer um levantamento semelhante ao de Hohendorff et al. (2012), também se pesquisou em três bases de dados nacionais brasileiras publicações referentes à violência sexual contra meninos e foram encontradas apenas quatro publicações, a de Almeida, Penso e Costa (2009) e mais três publicações feitas pelo próprio Hohendorff e colaboradores, Hohendorff et al. (2012a); Hohendorff et al. (2012b) e Hohendorff, Silva, Andrade, Habigzang e Koller (2014). Sinalizando que no espaço de cinco anos apenas três publicações sobre violência sexual contra meninos foram publicizadas, o que é muito pouco dada à importância e relevância desta temática. Essas três publicações foram o desmembramento da dissertação de mestrado de Hohendorff (2012) cujo título é “Adaptação e

avaliação de uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual”.

A primeira dessas publicações fala sobre dados epidemiológicos, características e consequências da violência sexual contra meninos. A segunda discorre sobre a produção e utilização de um documentário – SUPERAR – para vítimas masculinas de violência social; até então não havia nenhuma produção audiovisual que versasse especificamente sobre violência sexual contra meninos e homens. O terceiro artigo aborda a adaptação e avaliação de uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual; essa adaptação foi realizada a partir de uma metodologia em grupoterapia cognitivo-comportamental adaptado do modelo desenvolvido por Luísa Habigzang com meninas vítimas de violência sexual.

Pela sucinta descrição do enfoque de cada um dos quatro artigos já se pode perceber que nenhuma dessas publicações foi contextualizada ou tiveram dados coletados dentro de um CREAS. A metodologia proposta por Hohendorff et al. (2014) tem como local de implementação as políticas de saúde e a proposta por Almeida et al. (2009) teve seu local de aplicabilidade o sistema judiciário.

Na literatura pesquisada foram identificadas divergências e similaridades sobre o papel do psicólogo no CREAS e na política da Assistência Social para o atendimento as vítimas de violência sexual. Optou-se em discorrer sobre essas divergências numa lógica cronológica. Zavaschi (1991) relata que o objetivo do atendimento no CREAS é minimizar o trauma vivido pelas vítimas através do apoio emocional. Mallak e Vasconcelos (2002) nos diz que a psicoterapia individual é a estratégia indispensável. A Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2005) pontua que o papel do psicólogo na política da assistência social é fortalecer a função protetiva da família.

Amorim (2007) afirma que a atuação do psicólogo na assistência social envolve embasamento teórico bem definido, planejamento, registro e avaliações sistemáticas. O CFP (2009) nos diz que o atendimento psicossocial é um instrumento de efetivação da garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Freire e Alberto (2013) fala sobre a falta de capacitação especializada e da inadequação da importação do modelo clínico de atendimento para as políticas públicas, por ser um modelo insuficiente para uma leitura mais ampla do contexto social e familiar onde ocorre a

violência. Para Florentino (2014) o psicólogo deve identificar quais os danos emocionais já instalados e sua gravidade em decorrência da violência sofrida.

Uma diferenciação importante deve ser feita neste momento, o enfoque da proposta de Hohendorff et al. (2014) é de intervenção clínica e o proposto por Almeida et al. (2009) é de intervenção psicossocial. No subtema Acompanhamento psicossocial no CREAS, algumas importantes considerações foram postas, dentre elas que o trabalho no CREAS é de cunho terapêutico e que este não deveria ser confundido com o atendimento psicoterapêutico.

Se o acompanhamento no CREAS deve ter seu enfoque na metodologia da intervenção psicossocial porque temos autores que nos descreveram a importância do atendimento clínico e individual? A resposta está na mudança da política em 2011 quando o então Programa Sentinela foi incorporado ao CREAS e perdeu seu viés psicoterápico individual para uma lógica de acompanhamento familiar e de restituição de direitos, restaurando e estimulando a função protetiva da família. O profissional deve atuar na perspectiva da prevenção e da promoção. A abordagem psicossocial sem dúvida, pode e deve ter efeitos terapêuticos, mas ela se distingue da psicoterapia pela forma de intervenção e pelos objetivos (CFP, 2009).

Com a crescente demanda de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual e com o caráter de urgência que se faz necessário para o acompanhamento especializado dessas vítimas, a implantação dos CREAS veio justificado, através das políticas públicas, para preencher essa lacuna de serviço especializado para o atendimento de crianças e adolescentes, bem como suas famílias, vítimas de violações de direitos (Brasil, 2011b). Faz-se necessário ainda progredir na garantia dos direitos das crianças e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e em período especial de desenvolvimento, todavia capazes de opinar sobre sua própria vida e com condições de autonomia para conquistarem melhores condições de existência.

Diante da escassez de estudos brasileiros sobre a violência sexual contra meninos, a atuação profissional de psicologia torna-se um grande desafio uma vez que o referencial técnico-científico e metodológico é quase inexistente. Isso associado ao fato de que o atendimento prece-

nizado no SUAS e especificamente no CREAS, não privilegia abordagens diferentes para meninos e meninas vítimas de violência sexual.

Nota-se que a diferença entre meninas e meninos vítimas de violência sexual não é tão grande (em termos quantitativos/estatísticos) para justificar a carência de estudos sobre meninos vitimizados no Brasil. Isso pode nos indicar a necessidade de maior visibilidade social sobre a violência sofrida por meninos para que os profissionais e a sociedade possam reconhecer esses casos também como um problema de saúde pública, como ocorre com as meninas; e possibilitar espaços de atendimento/escuta qualificados, para estes meninos que novamente são violados ao não receberem a atenção especializada e direcionada de que necessitam e ao não se levar em consideração as diferenças de gênero nas possíveis consequências a médio e longo prazo em decorrência da violência.

Hohendorff et al. (2012b) defendem a necessidade de modelos de intervenção específicos para meninos e homens que devem ser planejados e subsidiados em práticas baseadas em evidências para que sua eficácia possa ser comprovada, o que já ocorre em outros países mas não no Brasil. Não se trata da simplesmente da “importação” de modelos de atendimentos pois questões ambientais e culturais devem ser levados em consideração ao ser pensar tais modelos de intervenção.

A que se pensar sobre a importância da diferença de gêneros não apenas na vivência e consequências em decorrência da violência sexual mais também no “estigma social” que pode trazer vivências de dúvidas sobre a sua sexualidade e de qual seu lugar na sociedade após o menino, que deveria ser o “machão, fortão e invencível” ser vítima de uma violência sexual (Hohendorff et al., 2012a). Em suma, urge que novas pesquisas e publicações sejam realizadas no Brasil a cerca da violência contra meninos com metodologias próprias e que privilegie a diferença de gêneros.

REFERÊNCIAS

- Almeida, T. M. C., Penso, M. A., & Costa, L. F. (2009). Abuso sexual infantil masculino: O gênero configura o sofrimento e o destino? *Estilos da Clínica*, 19(26), 46-67.

- American Psychological Association. (2012). *Manual de publicação da APA* (6ª ed.). Porto Alegre: Penso.
- Amorim, S. M. F. (2007). Ética do psicólogo. In *Programa de assistência a crianças e adolescentes vítimas de tráfico para fins de exploração sexual* (pp. 361-372). Fortaleza: Expressão Gráfica.
- Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei n.º 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília – DF.
- Brasil. (2005). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: MDS.
- Brasil. (2011a). *Lei do SUAS*. Lei n12.435, de 6 de julho de 2011. Brasília-DF.
- Brasil. (2011b). *Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social*. Brasília: MDS.
- Brasil. (2013). *Plano Nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: SDH.
- Brasil. (2015). *Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Balanço semestral do Disque Direitos Humanos Disque 100*. Brasília: SDH.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: Referências para a atuação do psicólogo*. Brasília: CFP.
- Costa, A. A. (2017). *Contato sexual entre crianças: “Jogos sexuais ou violência sexual?”*. Um olhar a partir dos casos acompanhados nos CREAS. Projeto de qualificação de mestrado (não publicado), Universidade Federal do Amazonas, Manaus-AM.
- Faleiros, E. V. T. S., & Campos, J. O. (2012). *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes*. Cecria/MJ-SEDH-DCA/FBB/UNICEF.
- Florentino, B. R. B. (2014). Abuso sexual, crianças e adolescentes: Reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS. *Fractal Revista Psicologia*, 26(1), 59-70. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922014000100006>
- Freire, M. L., & Alberto, M. F. P. (2013). Centro de referência especializada de assistência social: Suporte organizacional para atuação do psicólogo. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(2), 67-182.
- Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2004). *Auxo sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2012). Violência sexual contra meninos: Dados epidemiológicos, características e consequências.

Psicologia USP, 23(2), 395-415. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642012005000007>

Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F., Rodrigues, L. S., & Koller, S. H. (2012). Produção e utilização de um documentário sobre violência sexual contra meninos. *PSICO*, 43(2), 228-236.

Hohendorff, J. V., Silva, R. R., Andrade, R., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2014). Adaptação e avaliação de uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(3), 424-433. doi: 10.1590/1678-7153.201427302

Koller, S. H., Couto, M. C. P. de P., & Hohendorff, J. V. (2014). *Manual de produção científica*. Porto Alegre: Penso.

Mallak, L.S., & Vasconcelos, M. G. O. M. (Org.). (2002). *Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar*. Carapicuíba, SP: Fundação Orsa Criança e Vida.

Ribeiro, J. H. S. (2013). *Espaços violados: Uma leitura sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes em Manaus*. Manaus, AM: UEA Edições.

Zavaschi, M. L. S., Tetelbom, M., Gazal, C., & Shansis, F. M. (1991). Abuso sexual na infância: Um desafio terapêutico. *Revista de Psiquiatria*, 13(3), 136-145.

CIBERPORNOGRAFIA E ATITUDES SEXUAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Alexandre Gomes¹ (✉ alex.gamppa@gmail.com), Ana Fernandes¹, Rita Ribeiro¹, & Jorge Cardoso¹

¹Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Portugal

A pornografia pode ser entendida como uma representação de conteúdos e comportamentos sexuais explícitos, tendo como objetivo primordial provocar excitação sexual (Morgan, 2011). Apesar da ciberpornografia/pornografia *online* constituir um formato ainda relativamente recente, a sua utilização é cada vez mais comum (Griffiths, 2012). Existe uma enorme quantidade e diversidade de pornografia disponível na internet, que se caracteriza pela fácil e anónima acessibilidade, bem como pela gratuidade ou custo baixo (Cooper, 1998).

O impacto da pornografia depende do tipo de materiais visualizados, da frequência da exposição, e das características pessoais e contextuais dos utilizadores (Layden, 2010). Relativamente aos efeitos positivos associados ao consumo de pornografia, a investigação tem referenciado: atitudes menos repressivas e inibidas face à sexualidade, aumento dos conhecimentos sexuais, maior amplitude de práticas sexuais, favorecimento da comunicação sexual, e clima erótico facilitador da verbalização de desejos e fantasias sexuais (Daneback, Traeen, & Mansson 2009; Kohut, Fischer, & Campbell, 2017). Quanto aos efeitos negativos, incluem: atitudes desadequadas face aos papéis de género, expectativas sexuais irrealistas, diminuição do interesse sexual no parceiro, menor satisfação relacional e sexual, desvalorização ou legitimação da violência sexual, e adição sexual (Allen, Kannis-Dymand, & Katsikitis, 2017; Kohut, Fischer, & Campbell, 2017; Morgan, 2011). Relativamente a este último aspeto, refira-se que não existe uma operacionalização e um instrumento de medida consensualmente aceite para avaliar o consumo problemático de pornografia (Short, Black, Smith, Wetterneck, & Wells, 2012).

A investigação tem demonstrado que os homens, comparativamente com as mulheres, efetuam mais frequentemente um uso compulsivo da pornografia *online* (Peter & Valkenburg, 2010; Twohig, Crosby, & Cox, 2009). Verificou-se ainda que os homens apresentam uma maior tendência para consumir pornografia sozinhos, associada a práticas masturbatórias, enquanto as mulheres tendem a fazê-lo no contexto relacional, visando a desinibição e estimulação do envolvimento sexual, por vezes transpondo os comportamentos pornográficos visualizados para a relação (Albright, 2008).

No que concerne à relação entre a pornografia e as atitudes sexuais, Schneider (2000) constatou que a adição ao cibersexo era um dos principais preditores de menor intimidade sexual. Num trabalho com indivíduos solteiros envolvidos em relações amorosas, aqueles que relataram exposição a conteúdos pornográficos demonstraram uma qualidade relacional inferior à daqueles que não recorriam a estes materiais (Maddox, Rhoades, & Markman, 2011). Reforçando estes dados, numa amostra de estudantes universitários, o consumo de pornografia revelou-se negativamente associado à satisfação com a relação (Morgan, 2011). Um outro estudo, igualmente com alunos universitários, demonstrou que os que consumiam pornografia *online* eram mais desinibidos sexualmente, tendo ainda sido concluído que o visionamento de material sexualmente explícito na internet constituía um preditor de atitudes sexuais permissivas (Lo & Wei, 2005).

Com base na revisão de literatura, foram estabelecidos os seguintes objetivos: (1) caracterizar a perceção da adição à pornografia *online* e as atitudes sexuais em estudantes universitários portugueses, analisando se estas variáveis diferem em função do género, estado civil e ausência/ /presença de relacionamento amoroso; (2) Avaliar se existe alguma relação entre a perceção da adição à pornografia *online* e as atitudes sexuais em estudantes universitários portugueses.

MÉTODO

Participantes

Este estudo contempla uma amostra de 257 estudantes universitários portugueses, com as seguintes características: 153 participantes (59,5%) do

sexo feminino e 104 (40,5%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos; 247 participantes solteiros (96,1%) e 10 casados/união de facto (3,9%); 144 participantes (56%) encontravam-se numa relação, facto que não se verificava com os restantes 113 (44%).

Material

Neste estudo foi utilizado um questionário sociodemográfico, o *Cyber Pornography Use Inventory-9* (CPUI-9) (Grubbs, Volk, Exline, & Pargament, 2015) e a Escala de Atitudes Sexuais (EAS) (Alferes, 1999). O CPUI-9 destina-se a avaliar a perceção de adição à pornografia *online*, sendo constituído por três subescalas: Compulsividade – perceção de controlo, que o indivíduo acredita ter, no que toca ao consumo de pornografia *online*; Esforço de Acessibilidade – esforço que o indivíduo realiza para conseguir consumir pornografia *online*; *Distress* – culpa que o indivíduo possa perceber quando consome pornografia *online*. A pontuação total do instrumento varia entre 9-63 pontos, sendo que os valores mais elevados indicam um maior consumo de pornografia *online*. O CPUI-9 apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,88$) (Grubbs et al., 2015).

A EAS visa avaliar as atitudes sexuais, identificando e decompondo os *scripts* sexuais, analisando também a relação entre amor e sexualidade. Esta escala é composta por 43 itens, agrupados em cinco subescalas: Permissividade Sexual – atitudes sexuais face ao “sexo ocasional” ou “sem compromisso” e à simultaneidade e diversidade de parceiros sexuais; Comunhão – atitudes do indivíduo referentes ao sexo enquanto experiência sublime de intimidade psicológica e física; Instrumentalidade – atitudes relativas ao sexo enquanto atividade destinada à obtenção de prazer físico; Sexo Impessoal – atitudes face ao sexo como “bem material” ou “mercadoria”; e a Responsabilidade Sexual – importância dada à educação sexual e à responsabilidade perante o planeamento familiar, estando relacionada com as práticas sexuais. Foi encontrada validade de construto e de critério e uma boa consistência interna ($\alpha=0,83$) (Alferes, 1999).

Procedimento

Foram obtidas as autorizações dos autores para a utilização dos instrumentos, tendo sido realizada a tradução para português e a retroversão para

Inglês do CPUI-9, que posteriormente foi alvo de teste antes de se chegar à versão final. Através do *Google Formulários*, foi colocado *online* o protocolo de investigação, que incluiu o consentimento informado, dados sociodemográficos e os dois instrumentos referidos. A amostra foi recolhida entre abril e maio de 2017. Os dados foram tratados através do IBM-SPSS, versão 22.0.

RESULTADOS

Apurou-se um *alpha* de Cronbach 0,78 no CPUI-9 e de 0,86 no EAS, demonstradores de uma boa consistência interna em ambos os instrumentos.

Para analisar se as variáveis em estudo diferiam em função dos aspetos sociodemográficos, realizou-se a *ANOVA One-way* para a perceção da adição à pornografia *online* e para as atitudes sexuais (Quadro 1). Testaram-se os respetivos pressupostos: relativamente à distribuição normal, avaliou-se a assimetria (inferior a 3) e a curtose (inferior a 10) (Marôco, 2014), tendo-se verificado uma distribuição normal em todas as subescalas à exceção do Esforço. Para analisar a homogeneidade de variâncias, realizou-se o teste de *Levene*, através do qual se confirmou a homogeneidade das variâncias ($p \geq 0,05$) em todas as subescalas.

Quadro 1

Análise de Univariância Unifactorial (ANOVA one-way) para o CPUI-9 e para o EAS

	Variáveis sócio-demográficas	F (gl)	p
CPUI-9 (Total)	Género	55,08 (1,225)	<0,001
Compulsividade		94,93 (1,225)	<0,001
Esforço		21,20 (1,225)	<0,001
EAS (Total)	Género	22,38 (1,225)	<0,001
Permissividade	Género	36,26 (1,225)	<0,001
	Estado civil	5,95 (1,225)	0,01
	Relacionamento amoroso	6,19 (1,225)	0,01
Comunhão	Relacionamento amoroso	5,08 (1,225)	0,02
Prazer	Género	4,11 (1,225)	0,04
Sexo impessoal	Género	18,33 (1,225)	<0,001
	Estado civil	3,91 (1,225)	0,04

Para concluir a análise estatística, realizaram-se Correlações de Pearson entre os totais e subescalas do CPUI-9 e da EAS, visando avaliar a existência de alguma relação entre a percepção da adição à pornografia *online* e as atitudes sexuais (Quadro 2).

Quadro 2

Estatística descritiva (Média, Desvio Padrão, Alpha de Cronbach) e correlações

Variáveis	α	<i>M</i>	<i>DP</i>	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1.CPUI ^a	0,78	4,89	0,69	0,88***								
2.	0,82	1,75	1,18	1								
3.	0,69	1,23	0,68	0,63***								
4.	0,64	1,44	0,85	0,24***	0,16***							
5.EAS ^b	0,86	3,12	0,45	0,40***	0,29****	0,10						
6.	0,71	2,52	0,63	0,40***	0,31***	0,12*	0,77***					
7.	0,82	3,94	0,61	0,17**	0,06	0,01	0,63***	0,14*				
8.	0,71	2,42	0,70	0,28***	0,20**	0,04	0,57***	0,37***	0,20**			
9.	0,74	2,80	0,73	0,34***	0,26***	0,10	0,78***	0,72***	0,23***	0,29***		
10.	0,82	3,12	0,45	-0,01	0,04	0,07	0,41***	0,04	0,47***	0,01	0,16**	

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. α =Alfa de Cronbach; *M*=Média; *DP*=Desvio padrão; CPUI^a=Percepção da adição da pornografia *Online*; EAS^b=Escala de Atitudes Sexuais; 2. Compulsividade; 3. Esforço; 4. Distress; 6. Permissividade; 7. Comunhão; 8. Prazer; 9. Sexo Impessoal; 10. Responsabilidade sexual.

Relativamente ao consumo de pornografia *online* verificaram-se diferenças significativas entre os participantes masculinos e femininos no Grau de Adição Percecionado [$F(1,225)=55,08$; $p < 0,001$], na Compulsividade [$F(1,225)=94,93$; $p < 0,001$] e nos Esforços para Aceder à Pornografia [$F(1,225)=21,20$; $p < 0,001$], todos mais elevados entre os homens. No que concerne às atitudes sexuais também se encontraram diferenças significativas entre os respondentes masculinos e femininos [$F(1,225)=22,38$; $p < 0,001$], constatando-se que os homens revelam mais atitudes valorativas da esfera funcional da sexualidade. Considerando o estado civil, registaram-se diferenças significativas nas atitudes de Permissividade [$F(1,225)=5,95$; $p = 0,01$] e de Sexo Impessoal [$F(1,225)=3,91$; $p = 0,04$], ambas mais comuns entre os solteiros. No que respeita ao relacionamento amoroso, verificaram-se diferenças significativas entre as atitudes sexuais de Permissividade [$F(1,225)=6,19$; $p = 0,01$] e de Comunhão [$F(1,225)=5,08$; $p = 0,02$], regis-

tando-se valores mais elevados entre os participantes que referiram encontrar-se numa relação amorosa.

Verificaram-se correlações significativas e positivas entre a adição à pornografia *online* e as atitudes sexuais ($r=0,36$; $p<0,001$), nomeadamente a Permissividade ($r=0,38$; $p<0,001$), Comunhão ($r=0,12$; $p=0,04$), Prazer ($r=0,24$; $p<0,001$) e Sexo Impessoal ($r=0,32$; $p<0,001$). Relativamente às subescalas do CPUI-9, a Compulsividade revelou-se correlacionada de forma significativa e positiva com a Permissividade ($r=0,40$; $p<0,001$), Comunhão ($r=0,17$; $p=0,06$), Prazer ($r=0,28$; $p<0,001$) e Sexo Impessoal ($r=0,34$; $p<0,001$). A subescala Esforço correlacionou-se significativamente e positivamente com a Permissividade ($r=0,31$; $p<0,001$), Prazer ($r=0,20$; $p=0,001$) e Sexo Impessoal ($r=0,26$; $p<0,001$).

DISCUSSÃO

Os estudantes masculinos, em comparação com os femininos, demonstraram um maior consumo de pornografia *online*, bem como uma mais elevada compulsividade no acesso a conteúdos sexualmente explícitos, estando estes dados em linha com os encontrados por outros estudos (Peter & Valkenburg 2010; Twohig et al., 2009). Paralelamente, os participantes masculinos indicaram atitudes sexuais reveladoras de maior adesão ao sexo ocasional e diversidade de parceiros sexuais, uma visão da sexualidade mais orientada para a dimensão física do prazer e uma maior propensão para relativizar a presença de vínculos afetivos no contexto do envolvimento sexual. Estes resultados parecem dar conta de atitudes sexuais mais liberais entre os homens, indo ao encontro daqueles que atribuem às mulheres um maior conservadorismo sexual (Sümmer, 2015).

Podemos considerar como expetáveis as diferenças encontradas ao nível do estado civil, designadamente o facto dos indivíduos solteiros terem relatado mais atitudes sexuais sinalizadoras de uma perspetiva de envolvimento sexual dissociado de compromisso afetivo. Em articulação com este dado, é igualmente compreensível uma maior tendência, quando comparados com os sujeitos numa relação duradoura, para se centrarem numa visão do sexo como “bem material”, bem como para demonstrarem

uma maior aceitação das relações sexuais com parceiros ocasionais. Já os participantes envolvidos num relacionamento amoroso, tenderam a perceber as relações sexuais como uma experiência de intimidade psicológica e física.

As associações encontradas entre as variáveis em estudo apontam no sentido da maior frequência da procura e consumo de pornografia *online* estar mais fortemente relacionada com atitudes sexuais que privilegiam o aproveitamento das oportunidades sexuais e da obtenção de prazer. Contudo, tal não significa que os indivíduos que apresentam uma visão da sexualidade mais coesa entre as dimensões física e emocional, não recorram à pornografia. Embora a literatura sobre esta temática seja reduzida, a relação por nós encontrada entre o visionamento de pornografia e as atitudes sexuais permissivas já havia sido documentada (Lo & Wei, 2005).

A metodologia de recolha da amostra, o tamanho da mesma, bem como o facto de apenas contemplar estudantes universitários, não permitem qualquer generalização destes resultados. Sugere-se, para futuros trabalhos, a adoção de um instrumento que permita diferenciar entre consumos problemáticos e não-problemáticos de pornografia, tentando aprofundar as motivações associadas e avaliar o papel preditivo de variáveis como o stress, as emoções negativas e a solidão.

REFERÊNCIAS

- Albright, J. M. (2008). Sex in America online: An exploration of sex, marital status, and sexual identity in internet sex seeking and its impacts. *Journal of Sex Research, 45*(2), 175-186. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/00224490801987481>
- Alferes, V. R. (1999). Escala de atitudes sexuais. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. A. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 131-148). Braga: SHO/APPORT.
- Allen, A., Kannis-Dymand, L., & Katsikitis, M. (2017). Problematic internet pornography use: The role of craving, desire thinking, and metacognition. *Addictive Behaviors, 70*, 65-71. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.02.001

- Campbell, L., & Kohut, T. (2017). The use and effects of pornography in romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 6-10. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.03.004
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1(2), 187-193. doi: 10.1089/cpb.1998.1.187
- Daneback, K., Traeen, B., & Mansson S. A. (2009). Use of pornography in a random sample of Norwegian heterosexual couples. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 746-753. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9314-4>
- Griffiths, M. (2012). Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addiction Research and Theory*, 20(2), 111-124. Disponível em <http://dx.doi.org/10.3109/16066359.2011.588351>
- Grubbs, J. B., Volk, F., Exline, J. E., & Pargament, K. I. (2015). Internet pornography use: Perceived addiction, psychological distress, and the validation of a brief measure. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 4(1), 83-106. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2013.842192>
- Kohut, T., Fisher, W. A., & Campbell, L. (2017). Perceived effects of pornography on the couple relationship: Initial findings of open-ended, participant-informed, “bottom-up” research. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 585-602. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-016-0783-6>
- Layden, M. A. (2010). Pornography and violence: A new look at the research. In J. R. Stoner Jr. & D. M. Hughes (Eds.), *The social costs of pornography: A collection of papers* (pp. 57-68). New Jersey, NY: Witherspoon Institute.
- Lo, V., & Wei, R. (2005). Exposure to internet pornography and Taiwanese adolescents’ sexual attitudes and behavior. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 49(2), 221-237. Disponível em http://dx.doi.org/10.1207/s15506878jobem4902_5
- Maddox, A., Rhoades, G., & Markman, H. (2011). Viewing sexually-explicit materials alone or together: Associations with relationship quality. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 441-448. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9585-4>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Morgan, E.M. (2011). Associations between young adults’ use of sexually explicit material and their preferences, behaviors, and satisfaction. *Journal of Sex Research*, 48(6), 520-530. doi: 10.1080/00224499.2010.543960
- Peter, J. & Valkenburg, P. (2010). Processes underlying the effects of adolescents’ use of sexually explicit internet material: The role of perceived realism.

Communication Research 37(3), 375-399. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1177/0093650210362464>

Schneider, J. P. (2000). Effects of cybersex addiction on the family: Results of a survey. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7(1-2), 31-58. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008400206>

Short, M. B., Black, L., Smith, A. H., Wetterneck, C. T., & Wells, D. E. (2012). A review of Internet pornography use research: Methodology and content from the past 10 years. *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*, 15(1), 13-23. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2010.0477>

Sümmer, Z. H. (2015). Gender, religiosity, sexual activity, sexual knowledge, and attitudes toward controversial aspects of sexuality. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2033-2044. doi: 10.1007/s10943-014-9831-5

Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Cox, J. M. (2009). Viewing Internet pornography: For whom is it problematic, how, and why? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16(4), 253-266. doi: 10.1080/10720160903300788

PSICOLOGIA AMBIENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM POLICIAIS MILITARES DE CURITIBA

Ana Beatriz B. Gugisch¹ (✉ anagugisch@gmail.com), Ana Maria Moser¹, & Tânia C. Silva Barbieri¹

¹Departamento de Psicologia, Escola de Ciências da Vida Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Brasil

A definição biológica de ambiente inclui noções de perigo, de conservação da natureza e da sua beleza, nos é instintivo achar a natureza e a vida no geral bela. Mas para a Psicologia Ambiental, a ênfase está em estudar “a pessoa em seu contexto, tendo como tema central as inter-relações – e não somente as relações – entre a pessoa e o meio ambiente físico e social” (Moser, 1998, p. 121). Com enfoque na “crise das pessoas-no-ambiente”, a preocupação tem como foco nas rápidas mudanças ambientais, Pinheiro (1997) afirma que este ramo da psicologia deve estar presente com estudos teóricos e práticos dentro destes novos espaços, visando às consequências e funcionamentos dos indivíduos dentro deste.

A congruência entre o sujeito e o ambiente se mede em termos de qualidade de vida e bem-estar, entretanto a globalização vem dificultando esse fenômeno, pois por definição, desenvolvimento sustentável é aquele que é “capaz de satisfazer as necessidades da geração atual sem prejudicar a habilidade das futuras gerações satisfazerem suas próprias necessidades”, e a globalização com seus meios de comunicação e comércios tendem a uniformizar a cultura e estilos de vida, o que pode gerar patologias pela desconsideração da subjetividade (Moser, 1988).

Dentre as patologias ou agravantes do funcionamento mental, que surgem neste novo formato social e cultural, está o estresse. Este pode ser entendido tanto como um estímulo, como resposta a uma situação, entretanto voltando a etimologia da palavra, ela significa “pressão” e “insistência”, durante o século XVII a palavra era designada como “fadiga”; no século seguinte e no próximo o termo era utilizado como “força” e

“pressão”, se assemelhando a nossa conceituação popular atual (Silva, 2010). Já no âmbito biológico, o estado de estresse tem como função diminuir os prejuízos trazidos pelos estressores, sendo assim nesse sentido, também será uma reação. Há a necessidade de diferenciação de estado de vigilante, estresse e ansiedade, apesar da possibilidade deste último estar presente no ‘estar estressado’, isso se deve em parte ao que se denomina de síndrome geral da adaptação, onde a primeira fase é a de alarme (minutos ou horas), onde a homeostase corporal é alterada; após vem a fase de resistência (horas depois do estressor), aqui há uma tentativa de incluir de forma adaptativa o estressor; por fim há a fase de exaustão ou descompensação, onde há efetivamente a instalação da patologia, sendo que o estresse pode ser físico, psíquico ou misto, e ainda, agudo ou crônico, dependendo da duração da patologia (Cortez & Silva, 2007). Coleta e Coleta (2008) afirmam que a percepção que o sujeito tem sobre seu ambiente e às situações que é exposto é crucial para o estudo do estressor e estresse, pois a visão sobre o estímulo ajudará a determinar a resposta que este sujeito virá a emitir, reafirmando a questão do critério subjetivo na definição de estressores presentes no ambiente.

O próprio ambiente pode ser fonte de estresse, como ressalta Murta e Tróccoli (2004), físicos: muitos ruídos, demasia de estímulos sonoros ou em alta intensidade, iluminação, temperatura, ventilação, entre outros; químicos: cheiros fortes, desagradáveis ou gases poluentes em excesso; biológicos: vírus ou bactérias presentes no ambiente que podem levar a incômodos ou enfermidades frequentes; ergométricos: má postura, uma disposição de objetos e móveis desconfortável; psicossocial: falta de suporte de supervisores, problemas com colegas de trabalho. Silva (2010) fala sobre a importância da adaptação ao ambiente como potencial estressor, pois como salienta Moser (1988) o social e cultural não podem ser isolados ou esquecidos, pois influenciam, mediam e modificam a forma que os indivíduos percebem seu meio, assim como a reação que tem a ele.

Portanto, o ambiente por si só, assim como o trabalho e tudo o que se inclui nisso (colegas, chefes, tarefas e exigências) podem ser estressores. Quando o foco é na profissão de policial militar inclui-se ainda o quesito de que situações desafiadoras e estressantes estão muito presentes no cotidiano desta profissão e isto pode levar a um desequilíbrio patológico nestes profissionais (Oliveira & Santos, 2010). Quesito ressaltado por Silva e Vieira (2010), é da formatação de hierarquia e regras dentro da instituição,

que privilegia a questão de exigências e pouca flexibilidade quanto a elas, fortalecendo a possibilidade do cotidiano repleto de estressores e, portanto, a possibilidade de desenvolvimento da patologia. Os autores afirmam que o aumento expressivo no número de homicídios em 24 anos, a taxa de crescimento foi de 356% durante o período de 1979 a 2003, só piora quando o assunto é estresse e tensão no trabalho, principalmente quando se trata da força tática e de patrulhamento da polícia militar.

De uma forma genérica, todos os empregos exigem esforços em três áreas: física, cognitiva e psíquica, e como afirma Silva e Vieira (2010), quando uma das partes encontra-se comprometida, há um dano no todo, prejudicando de forma completa o indivíduo. Ryff (1989) sugere que a saúde depende de um bem-estar subjetivo, Considerando esse comprometimento dentro da organização militar, é extremamente preocupante, pois como um órgão de segurança, hierárquico e robotizado, o prejuízo pode ser generalizado pela sobrecarga de outro profissional, além do ponto que fora discutido na Psicologia Ambiental e Estresse, que ao conter um indivíduo na organização, os outros também serão afetados, assim, a patologia de um integrante é a patologia da própria organização (Silva & Vieira, 2010). Nesse sentido, uma das estratégias possíveis para minimizar as consequências de dessa categoria é o estudo detalhado da função com o auxílio da abordagem proposta pela psicologia ambiental.

Na área cognitiva há também itens importantes a serem observados dentro da neuropsicofisiologia. Quando há uma demanda adaptativa algumas áreas cerebrais são ativadas e promovem alterações de substâncias que em um caso agudo de estresse retornam ao nível padrão. As áreas principais nesse processo são o hipocampo, amígdala e córtex pré-frontal, estas são responsáveis pelo aumento de alguns hormônios no sangue (Gimenes & Andrade, 2004; Melo, 2014). Sendo importante ressaltar que “a resposta ao evento estressor (é) modulada conforme o estímulo aversivo e o tempo de exposição” (Melo, 2014, p. 14).

Dentre as reações relevantes para o presente estudo, há o processo do estresse onde ocorre alteração nos níveis de cortisol, este é desencadeado por uma situação que exige adaptação, seja de curto ou longo prazo, onde o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA) acaba por elevar os níveis de cortisol influenciando os processos metabólicos e imunológicos. Todo o processo de liberação hormonal supracitado alteram a memória e também aprendizagem, sendo de forma aguda, propício para uma melhora nesses

sistemas, mas em uma prolongada exposição num déficits nas áreas (Gimenes & Andrade, 2004; Melo, 2014).

O objetivo é comparar a qualidade de vida de policiais militares que dentro de sua função relacionam-se com a comunidade e em contato direto com a natureza e animais, e de policiais militares que usualmente em sua função somente tem contato com a comunidade.

MÉTODO

É um estudo com delineamento quantitativo e transversal.

Participantes

Participaram 60 policiais, sendo 30 sujeitos em cada grupo. Os quais foram escolhidos, dentre seus colegas de batalhão, pela disponibilidade de tempo no dia e horário marcado com o responsável. Houve uma variedade entre 2 a 30 anos de serviço na Polícia Militar, e no tipo de serviço prestado. Quanto a distribuição por gênero, o grupo 1 foi constituído 50% por mulheres e 50% por homens. O grupo 2 se constituiu 20% por mulheres e 80% por homens, correspondendo a 6 e 24 respectivamente. Devido ao caráter militar da instituição foi dada a liberdade para os participantes não se identificarem na coleta de dados.

Material

Foram utilizados três instrumentos, sendo dois quantitativos e um qualitativo, o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (Ryff, 1989). E a variável qualitativa, uma pergunta a ser respondido de forma escrita e anônima, “Quais as contribuições do convívio com animais você tem no seu trabalho?”.

Procedimento

As aplicações dos instrumentos foram realizadas de forma coletiva, duraram em média 3 horas por grupo, realizadas em dois dias em cada

local de coleta. Após trâmite no comitê de ética, sob a Certificação De Apresentação Para Apreciação Ética (CAAE): 61194516.4.0000.0020, foram contatadas as instituições e agendadas as coletas de dados.

RESULTADOS

Utilizando o gabarito do ISSL foi levantado o escore obtido nas três fases obtendo a pontuação total, conforme parâmetros do inventário foi identificados os indivíduos que apresentavam stress e qual fase se encontravam. Os dados dos grupos estão discriminados na Figura 1.

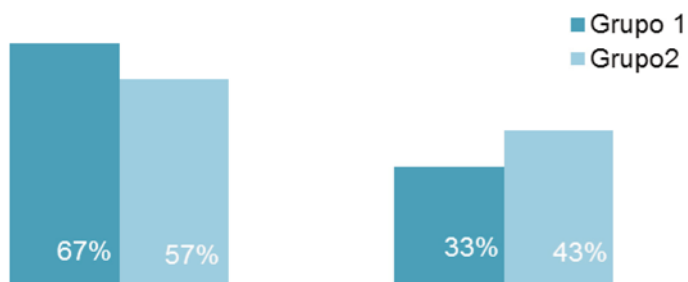


Figura 1. Histograma comparativo das porcentagens obtidas no ISSL (N=60)

Pode-se observar pelos dados da Figura 1 que a maioria dos entrevistados no Grupo 1 (67%) e do Grupo 2 (57%) não apresentam estresse. Em ambos os grupos houve a prevalência na fase 2, de Resistência, quando apresentado estresse. Salienta-se que 7% do Grupo 2 indicaram estar na fase de exaustão.

Ao tratar os dados de estresse nos grupos, foi possível identificar que mesmo nos indivíduos classificados sem estresse do Grupo 2 a média de sintomas por fase foi acima do outro grupo, como podemos ver no Figura 1, há uma diferença de 0,30, 0,67 e 1,23, em cada conjunto de quadros, de sintomas físicos e psicológicos, do instrumento.

Em relação a qualidade de vida, o instrumento Escala de Bem-Estar Psicológico (Ryff) avalia as seis dimensões propostas por Ryff, dando um

escore a cada uma e também o escore bruto, a Figura 2 foi elaborada contendo a média obtida pelos entrevistados do Grupo 1 e Grupo 2 para cada uma das dimensões bem como a média da pontuação total.

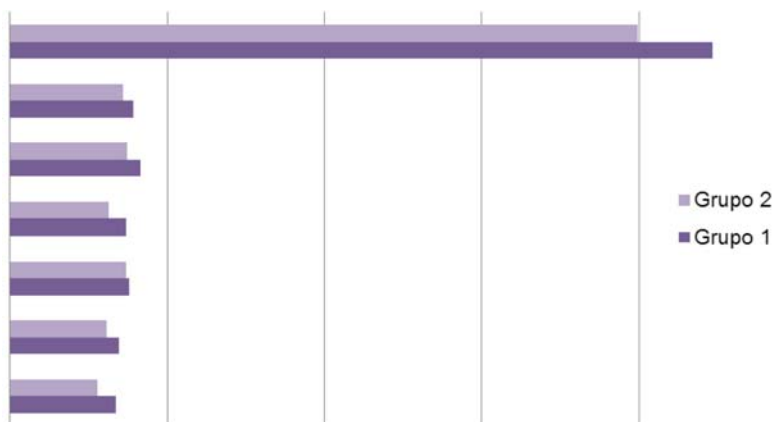


Figura 2. Histograma comparativo das médias obtidas em cada uma das dimensões do Bem-estar Psicológico (N=60)

Pode-se ressaltar pelos dados da Figura 2 que a média da pontuação total do Grupo 1 foi maior do que a média da pontuação total do Grupo 2. Observa-se também que a média de cada dimensão foi maior no Grupo 1, tendo a maior discrepância na Dimensão 1 com 2,33 pontos e a menor, com 0,47 na 3ª.

Elaborada a partir das respostas abertas aplicadas ao Grupo 1, o quadro 1 contém a porcentagem das categorias utilizadas na análise da questão aberta “Quais as contribuições do convívio com animais você tem no seu trabalho?”. As categorias foram divididas por temas: Relacionais (1), onde foram incluso amizade; boa companhia; relacionamento interpessoal; confiança; parceiro; interação; respeito; cumplicidade e afeto. A segunda é caracterizada por Bem-estar (2), além deste abrange os termos qualidade de vida; estresse; relaxamento; alegria; felicidade; satisfação; tranquilidade; calma; gratificante; terapêutico. A última se refere ao Físico e Neurológico (3) compreende as palavras neuromotor; psicomotor; atenção; desenvolvimento; mente; músculos; físicos.

Quadro 1

Porcentagem das categorias referente à questão “Quais as contribuições do convívio com animais você tem no seu trabalho?” aplicada ao Grupo 1

Categoria	Participantes	Incidência
Relacionais	40%	26%
Bem-Estar	67%	51%
Físico e Neurológico	23%	23%

Pode-se observar pelos dados da Quadro 1 que a subjetividade é enfatizada pela forma como os entrevistados nomeiam as consequências dessa interação.

DISCUSSÃO

Conforme literatura (Oliveira & Santos, 2010; Silva & Vieira, 2010) sobre o tema, pela rigidez e características do trabalho do policial militar é necessária adequação ao contexto, sendo que em diversos casos, onde o indivíduo não consegue alcançar a adaptação, o estresse acaba por se instalar. Nos resultados obtidos pode-se observar que a porcentagem de policiais militares identificados com estresse por meio do ISSL foi relativamente baixa quando comparado com o estudo realizado por Dantas, Brito, Rodrigues, e Maciente (2010), os quais utilizaram o mesmo inventário de estresse em 38 policiais militares do sul de Minas Gerais, obtiveram na amostra 44,7% com estresse e 55,3% sem estresse, prevalecendo a fase de Resistência em 70% dos casos. Foram identificadas diferenças importantes entre as pesquisas. Conforme demonstrado na Figura 1, os dados da pesquisa realizada em Minas Gerais foram próximos aos dados do Grupo 2, com diferença de 1,7% na incidência de estresse. Entretanto quando comparado ao Grupo 1 foram destoantes, onde em 67% não foi identificado estresse, enquanto no estudo de Dantas et al., (2010) apresenta 55,3% dos sujeitos. Na presente pesquisa, portanto, há uma menor incidência de estresse nos policiais militares do que nos sujeitos da pesquisa citada.

Ao analisar os dados de estresse entre os grupos, pode-se hipotetizar que os menores níveis de Estresse devem-se ao processo onde ocorre alteração nos níveis de cortisol, que é desencadeado por uma situação adaptativa, seja de curto ou longo prazo, onde o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal acaba por elevar os níveis de cortisol influenciando os processos metabólicos e imunológicos. Todo esse processo de liberação hormonal altera a memória e aprendizagem. Quando de forma aguda, propicia uma melhora nesses sistemas, mas em uma prolongada exposição em déficits nas áreas. Foi identificada, através de estudos com a saliva de participantes de terapia assistida por animais, uma baixa no nível de cortisol do plasma dos indivíduos que tinham contato com animais, assim havendo uma redução do estresse comportamental. Isso se justifica pela interpretação atenuada da situação estressante quando há a presença de um animal, provocando modificações significativas no psicológico, alterando o bem-estar (Costa, 2000; Gimenes & Andrade, 2004; Melo, 2014).

Nos resultados obtidos na Escala de Bem-Estar Psicológico (Ryff) foi possível identificar alterações significativas demonstradas entre os escores brutos, e Grupo 1 também se destacou com médias maiores nas seis dimensões da escala. Hipotetiza-se a probabilidade destas serem devidas ao convívio com o animal na rotina e ambiente de trabalho, o qual promove modificações da percepção sobre situações negativas e estressantes, elevação da autoestima, diminuição da ansiedade, promoção de relacionamentos sociais saudáveis e um sentimento de integração entre o indivíduo e seu ambiente de trabalho. Possivelmente essa quebra de rotina que o animal propicia durante o trabalho, pela característica imprevisível de suas reações, influencia a representação de dificuldades e estímulos aversivos, onde há um nível positivo e benéfico de exigência adaptativa. Melo (2014) afirma que o estresse na forma aguda, impulsiona a capacidade de aprendizagem, memória, autonomia, autorregulação, desenvolvimento de potencialidades, sentimento de satisfação, gratidão e companheirismo, que possivelmente afeta no bem-estar subjetivo destes policiais. E nesse aspecto pode afetar os resultados referentes a adaptação, na qual há o reestabelecimento de secreções hormonais como cortisol e adrenalina, que são estimuladas pela situação adversa e voltam ao nível base quando sanada tal exigência, ocorrendo assim a recomposição neuropsicofisiológica desse sujeito. Voltando a normalidade há possibilidade de menor incidência dos sintomas físicos e psicológicos do

estresse patológico, estes que são avaliados no ISSL, e indiretamente afetam os escores finais da Escala de Bem-Estar Psicológico (Ryff), como por exemplo, insônia, sentimento de insatisfação e desmotivação, autorregulação, gastrite, dermatites, entre outros aspectos sintomatológicos (Costa, 2000; Gimenes & Andrade, 2004; Melo, 2014).

Ao nos depararmos com as palavras chaves encontradas na resposta à questão do convívio com o animal no trabalho, pode-se perceber o quão positivos são esses relatos, dentre todos os entrevistados, não houve respostas que indicassem aspectos negativos da presença do animal. Diante disso os temas são de extrema relevância para ser possível a compreensão da percepção desse animal no ofício destes policiais, tanto como parceiro de trabalho, quanto estímulo que modifica a intensidade percebida de estímulos aversivos ou que exigem um maior esforço do indivíduo, como supracitado, a adaptação (Costa, 2000; Melo, 2014; Gimenes & Andrade, 2004).

Portanto, pode-se perceber que há uma diferença entre os grupos, entretanto não é possível afirmar que a variável determinante seja a presença do animal na rotina do ofício. Há a necessidade de maior investigação de causas e com maiores detalhes sobre a influência do animal na representação sobre situações estressantes e satisfação no trabalho, assim como no próprio bem-estar subjetivo do trabalhador. Assim como seria interessante uma restrição entre público, determinando função, tempo de profissão e idade dos participantes, o que não foi possível neste experimento.

REFERÊNCIAS

- Carvalho, L., & Malagris, L. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3), 570-582.
- Coleta, A. S. M. D., & Coleta, M. F. D. (2008). Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. *Psico-USF*, 13(1), 59-68. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000100008>
- Cortez, C. M., & Silva D. (2007). Implicações do estresse sobre a saúde e a doença mental. *Arquivos Catarina de Medicina*, 36(4), 96-108.

- Costa, M. (2000). *Ambientes virtuais na reabilitação cognitiva de pacientes neurológicos e psiquiátricos*. Tese – UFRJ, Rio de Janeiro, p. 30.
- Dantas, M. A., Brito, D. V. C., Rodrigues, P. B., & Maciente, T. S. (2010). Avaliação de Estresse em Policiais Militares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(3), 66-77.
- Gimenes, R., & Andrade, D. E.(2004). *Implantação de um projeto de equoterapia: Uma visão do trabalho psicológico*. Disponível em <http://www.equoterapia.com.br/artigos/artigo-15.php>. Acesso em 29 jun. 2017.
- Melo, L. (2014). *Impacto da intervenção assistida por animais nas habilidades sociais, motivação e estresse em crianças cursando o ensino fundamental: Um estudo etológico, neurofisiológico e neuropsicológico*. 139 f. Dissertação (pós-graduação). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia. Disponível em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/16888>
- Moraes, A. P. P. (2012). *Stress, sintomas físicos, psicológicos e enfrentamento de situações estressoras em profissionais da saúde que atuam em hospitais*. 90f. Dissertação (mestrado), Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, 2012. Disponível em <http://hdl.handle.net/11449/97433>
- Moser, G. (1998). Psicologia ambiental. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 121-130, Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100008>
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação de Intervenção em Estresse Ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(1), 039-047. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000100006>
- Pinheiro, J. Q. (1997). Psicologia Ambiental: A busca de um ambiente melhor. *Estudos de Psicologia*, 14, 377-398.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and social Psychology*, 57, 1069-1081. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Silva, J. F. C. (2010). *Estresse Ocupacional e suas principais causas e consequências*. Universidade Candido Mendes, Instituto a Vez do Mestre.
- Silva, M. B., & Vieira, S. B. (2008). O Processo de Trabalho do Militar Estadual e a Saúde Mental. *Saúde e Sociedade*, 17(4), 161-170. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000400016>

INTERVENÇÕES MINDFULNESS E REDUÇÃO DE BURNOUT EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO DE LITERATURA

Ana Borgas Leal¹ & Filipa Pimenta²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ² ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

Burnout, “queimar até à exaustão”, é o termo, proveniente do inglês, utilizado para descrever uma síndrome psicológica multifatorial, definida como uma resposta prolongada no tempo a stressores interpessoais no trabalho (Maroco et al., 2016). Sabe-se hoje, no entanto, que pode ser também encontrada em amostras tão diversos como mães a tempo inteiro ou estudantes universitários (Maroco et al., 2016).

Vários estudos sugerem que fenómenos como a falta de rendimento escolar, o abandono académico prematuro, perturbações físicas e psicológicas, incluindo ideação suicida, em estudantes universitários, estão correlacionados com o burnout (Maroco & Campos, 2012). As pressões sociais e profissionais referentes ao financiamento dos estudos, aproveitamento escolar, relação com professores e colegas, e a incerteza relativamente ao futuro profissional são alguns dos fatores que tornam os estudantes universitários mais vulneráveis ao burnout (Jordani, Zucoloto, Bonafé, Maroco, & Campos 2012). Disso dá conta o estudo de Jordani et al. (2012) com estudantes brasileiros de Odontologia, onde 61,7% apresentavam burnout, bem como o estudo da American College Health Association (ACHA, 2015), em que 30% dos estudantes reportaram que o stress teria interferido com o seu desempenho académico no último ano.

O burnout é composto por três dimensões chave: exaustão emocional extrema (esgotamento), elevada despersonalização em relação à profissão (cinismo) e uma baixa realização profissional (competência) (Maslach & Leiter, 2017). Maroco e Campos (2012) sugerem que o burnout em estudantes universitários é melhor caracterizado apenas por duas

dimensões: exaustão física e psicológica, decorrente das exigências do estudo, e despersonalização em relação ao curso.

Apesar da ubiquidade da síndrome de burnout e da urgência em encontrar respostas para a prevenir e resolver, são ainda escassas as avaliações rigorosas da eficácia de algumas intervenções propostas na literatura. É urgente desenvolver trabalho no sentido de perceber o que é realmente eficaz e o que não é (Maslach & Leiter, 2015).

Entre as várias formas de intervenção, com sustentação empírica relevante, os programas de meditação mindfulness têm sido apontados como um potencial tratamento para o burnout (Leiter, Bakker, & Maslach, 2014). Mindfulness, ou atenção plena, pode definir-se como a consciência que emerge de prestar atenção, de forma intencional e sem julgamento à experiência presente, momento a momento (Kabat-Zinn, 2003).

Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão de literatura abrangendo intervenções baseadas em meditação mindfulness, implementadas para a redução do burnout em estudantes universitários.

MÉTODO

A revisão de literatura seguiu uma metodologia aproximada às orientações PRISMA-P (Shamseer et al., 2015).

A pesquisa foi efetuada através da combinação dos termos: “mindfulness” OR “atenção plena” AND “burnout” AND “college students” OR “university students” OR “estudantes universitários”.

Como fontes de informação foram consideradas oito bases de dados, seis das quais incluídas na EBSCO Host (PsycINFO; PsycARTICLES; Psychology and Behavioural Sciences Collection; Medline; E-Journals; Academic Search Complete), além da PubMed e da Web of Science.

Foi avaliada uma lista de artigos, com base na aplicação de critérios de inclusão e de exclusão, de acordo com o que se enuncia a seguir. Critérios de inclusão: a) participantes serem estudantes universitários; b) os estudos investigarem o impacto de intervenções mindfulness; c) avaliarem a síndrome de burnout; d) terem natureza quasi/experimental, escritos em inglês, espanhol, português, francês ou italiano, e publicados em

revistas/jornais, revistos por pares. Critérios de exclusão: a) participantes com patologias; b) apresentarem apenas resultados qualitativos; c) estudos não empíricos (e.g. revisões de literatura, meta-análises, dissertações); d) publicações noutras línguas não mencionadas anteriormente; e) estudos sem texto completo disponível.

A pesquisa, feita em Julho de 2017, resultou na identificação de 40 documentos. Após a eliminação de duplicados, recorrendo ao EndNote, restaram 19 manuscritos. O processo de seleção, de acordo com os critérios acima enumerados, encontra-se descrito na Figura 1.

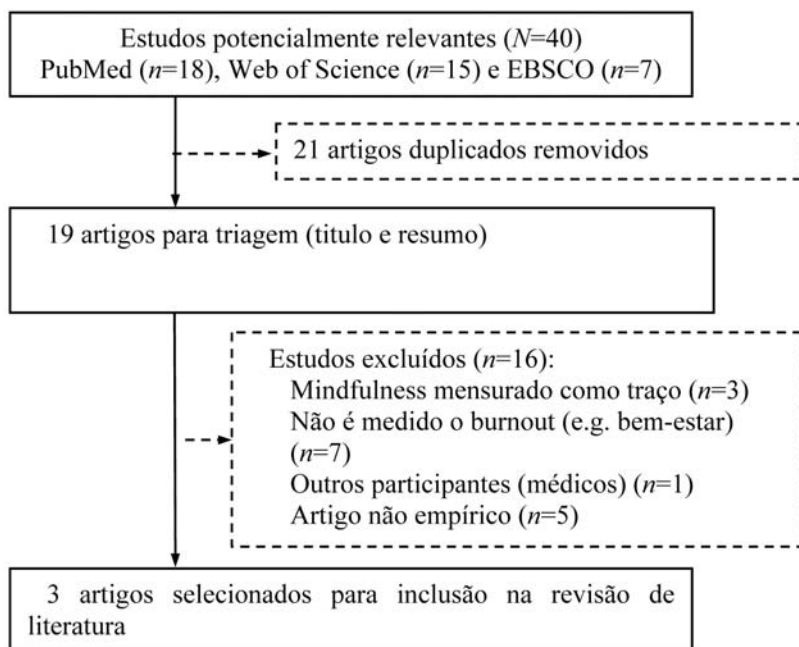


Figura 1. Processo de seleção de artigos

RESULTADOS

No total, 3 artigos foram ao encontro dos critérios de inclusão. Os mesmos apresentam-se resumidos no Quadro 1.

Quadro 1

Características dos estudos selecionados

Autores	Caracterização Amostra	Instrumento burnout Momentos avaliação	Intervenção	Resultados
Arias, Justo, & Mañas, (2010)	Grupo experimental <i>Esgotamento:</i> $M=18,09; DP=5,24$ <i>Cinismo:</i> $M=17,73; DP=4,96$ <i>Competência:</i> $M=14,82; DP=3,68$ 38 estudantes (psicologia) <i>Idade:</i> $M=24,36; DP=4,72$	MBI-GS 3 momentos (Pré, Pós-teste e Follow-up aos 6 meses)	Mindfulness 10 sessões presenciais	Melhorias significativas no grupo experimental no Pós-teste, em: <i>esgotamento</i> ($z=3,63; p<0,005$) e <i>cinismo</i> ($z=5,92; p<0,001$). Adicionalmente há melhorias noutras variáveis como <i>cansaço emocional</i> ($z=4,78; p<0,001$) e envolvimento em tarefas académicas, ao nível da dimensão da <i>absorção</i> ($z=5,44; p<0,001$). Entre o Pós-teste e o Follow-up, não há diferenças significativas em nenhuma das variáveis.
de Vibe et al., (2013)	Grupo experimental <i>Burnout:</i> $M=32,3; DP=12,4$ 288 estudantes (psicologia e medicina) <i>Idade:</i> $M=23,8; DP=5,2$	MBI 2 momentos (Pré e Pós-teste)	MBSR 6 sessões presenciais	Não houve alterações na variável <i>burnout</i> no Pós-teste. Adicionalmente registou-se um efeito significativo no <i>bem-estar subjetivo</i> ($F(1,287)=16,16, p<0,001$) e no <i>distress</i> ($F(1,287)=44,55, p<0,001$), quando comparado com o grupo de controlo
Kinser, Braun, Deeb, Carrico, & Dow, (2016)	<i>Esgotamento:</i> $M=22,5; DP=11,9$ <i>Cinismo:</i> $M=6,3; DP=5,3$ <i>Competência:</i> $M=37,5; DP=6,8$ 27 estudantes (saúde) <i>Idade:</i> $M=33,7; DP=15,6$	MBI-HS 2 momentos (Pré e Pós-Teste)	Mindfulness 8 sessões presenciais	Melhorias significativas no Pós-teste no <i>esgotamento</i> e no <i>cinismo</i> ($p<0,05$). Não há diferenças significativas na <i>competência</i>

Nota. MBI-GS=Maslach Burnout Inventory-General Survey; MBI=Maslach Burnout Inventory; MBSR=Mindfulness Based Stress Reduction; MBI-HS=The Maslach Burnout Inventory-Human Services.

DISCUSSÃO

Os estudos explorados nesta revisão de literatura indicam que as intervenções baseadas em meditação mindfulness levam a uma diminuição do burnout em estudantes universitários (Arias, Justo, & Mañas, 2010; Kinser, Braun, Deeb, Carrico, & Dow, 2016). No estudo de Vibe et al. (2013) a intervenção não conduziu a uma alteração significativa do burnout, o que leva a considerar que este tipo de intervenção é protetora e impede, pelo menos, o seu aumento.

Os resultados obtidos por Arias, Justo e Mañas (2010) vão ao encontro da hipótese de que os programas de intervenção mindfulness conduzem a uma diminuição significativa do cansaço emocional e a um aumento do envolvimento com as tarefas académicas. A dimensão absorção, que remete para a imersão prazerosa do estudante nas atividades universitárias, é aquela que mais aumenta, como resultado da intervenção mindfulness (Arias et al., 2010). Vibes et al. (2013) observaram como resultado da intervenção mindfulness uma melhoria do bem-estar subjetivo e no distress.

Algumas das tendências observadas nestes estudos são ainda mais promissoras, se tivermos em conta que são consistentes com os resultados obtidos nos artigos excluídos desta revisão de literatura, mas que não deixam de ser relevantes quando se avaliar a pertinência da intervenção mindfulness: 7 estudos empíricos que avaliaram o impacto de programas de intervenção mindfulness, mas noutras variáveis, sem incluir o burnout (e.g. bem-estar emocional, satisfação e envolvimento com o curso, empatia, bem-estar); 3 estudos em que se avaliou o efeito do traço mindfulness (e.g. na resiliência); e 1 estudo em que se avaliou o efeito de uma intervenção mindfulness na redução do burnout, mas em médicos.

Leiter et al. (2014) sublinha a necessidade de desenvolver mais estudos para identificar quais os mecanismos associados ao sucesso do mindfulness na atenuação do burnout. Hipoteticamente, a sua eficácia pode dever-se a vários aspetos: ao uso como técnica de relaxamento (diminuindo a exaustão); à melhoria de estratégias de coping focadas nas emoções (aumentando a eficiência e a confiança); ao treino da atenção sem julgamento (evita sentimentos de cinismo).

Pode afirmar-se que o mindfulness é útil em populações estudantis, promovendo bem-estar e atenuação de burnout. A sua aplicação poderá ser eficiente em contexto universitário; porém, são ainda poucos os estudos com esta população.

Reconhecem-se as limitações deste tipo de estudos, nomeadamente a dimensão reduzida das amostras, e a metodologia de amostragem. Estudos futuros que permitam avaliar até que ponto este tipo de intervenções influenciam os níveis de burnout dos estudantes universitários em anos subsequentes e/ou até mesmo no desempenho da sua vida profissional parecem ser bastante pertinentes.

REFERÊNCIAS

- American College of Health Association (2015). *National college health assessment spring 2015 reference group executive summary*. Retirado de http://www.acha-ncha.org/reports_ACHA-NCHAIIB.html
- Arias, J., Justo, C., & Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena. *Estudios Sobre Educación, 19*, 31-52.
- Chamberlain, D., Williams, A., Stanley, D., Mellor, P., Cross, W., & Siegloff, L. (2016). Dispositional mindfulness and employment status as predictors of resilience in third year nursing students: A quantitative study. *Nursing Open, 3*(4), 212-221. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.56>
- de Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friborg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Medical Education, 13*(1), 107. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-13-107>
- Kinser, P., Braun, S., Deeb, G., Carrico, C., & Dow, A. (2016). “Awareness is the first step”: An interprofessional course on mindfulness & mindful-movement for healthcare professionals and students. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 25*, 18-25. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.08.003>
- Jordani, P. C., Zucoloto, M. L., Bonafé, F. S. S., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2012). Aspects of university life and burnout syndrome. *Psychology, Community & Health, 1*(3), 246-256. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v1i3.17>

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Leiter, M. P., Bakker, A. B., & Maslach, C. (2014). *Burnout at work: a psychological perspective*. New York: Psychology Press. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4324/978131589416>
- Maroco, J., & Campos, J. (2012). Defining the Student Burnout Construct: A Structural Analysis from Three Burnout Inventories. *Psychological Reports*, 111(3), 814-830. Disponível em <http://dx.doi.org/10.2466/14.10.20.PR0.111.6.814-830>
- Maroco, J., Maroco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 24-30. Disponível em <http://dx.doi.org/10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6460>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2015). It's time to take action on burnout. *Burnout Research*, 2(1), iv-v. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2015.05.002>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding burnout: New models. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 36-56). Oxford: Wiley-Blackwell
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *British Medical Journal*, 349(3), g7647. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g7647>

CRENÇAS PARENTAIS SOBRE A RELEVÂNCIA DA RELAÇÃO AVÓS-NETOS

Ana Figueiredo¹ (✉ anamafalda.ff@gmail.com) & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ²ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

Nos últimos anos, tem-se observado um crescente interesse na relação avós-netos. Este aspeto deve-se essencialmente a mudanças sociais e demográficas, tais como o aumento da esperança de vida. Inevitavelmente, também no contexto familiar ocorreram alterações, nomeadamente no papel que os avós representam, uma vez que passa a ter outra importância (Oliveira, Vianna, & Cárdenas, 2010).

A literatura diz-nos que as crianças são influenciadas, direta ou indiretamente, pelos seus avós, nomeadamente através das interações que estabelecem entre si. Os avós podem, então, ser vistos como modelos para os seus netos. Quando aliados aos pais das crianças, acabam por reforçar aprendizagens (Coleman, 1988).

No que diz respeito aos papéis que os avós podem desempenhar num contexto familiar, estes dividem-se em três funções: emocional, instrumental e simbólica. A primeira engloba aspetos relacionados com a afetividade e a vinculação na relação. A segunda categoria descreve um envolvimento dos avós mais ativo na vida dos seus netos, a partir do qual são capazes de transmitir valores e tradições e outras competências, tais como prestar cuidados e apoio na educação dos netos. Por último, a função simbólica relaciona-se com a partilha da história da família dos mais velhos para os mais novos (Kornhaber, 1996).

Na relação avós-netos, os pais são vistos como o elemento de ligação, que tem o poder de favorecer ou não essa relação. No entanto, este aspeto é condicionado pela própria relação que estes estabelecem com os seus pais (Dunifon, 2013). Ignorar as múltiplas ligações entre avós, netos e a geração do meio, os pais, acaba por ser uma grande limitação para a realização de estudos sobre o tema, acrescentando que, quanto maior for o tempo de

contacto entre as gerações, maiores são os laços estabelecidos entre a família (Hagestad, 2006). De modo geral, as descobertas acerca dos papéis mediadores dos pais indicam que a qualidade das relações entre pais e avós está associada a um maior contacto e maior proximidade emocional entre avós e netos (Matthews & Sprey, 1985).

Existem várias evidências de como o contacto e a qualidade da relação entre avós e netos é mediada pela qualidade da relação entre os avós e os seus filhos, ou seja, os pais (Barranti, 1985). Os pais são capazes de criar condições e fornecer um contexto emocional, que promove a relação avós-netos.

Muitos dos estudos realizados até à data, no que respeita aos benefícios que a relação avós-netos apresenta para ambas as partes, têm em conta o ponto de vista dos avós e/ou dos netos. Todavia, pouco ênfase é dado à opinião dos pais, ou seja, às crenças que estes têm relativamente à relevância deste tipo de relação. Pretende-se, então, analisar as crenças parentais acerca da relação avós-netos.

Uma crença pode ser definida como sendo um conhecimento, considerado como verdade para qualquer indivíduo, ou como uma experiência, e, aqui, pode ser subjetiva, dado que cada pessoa pode interpretar de forma diferente o mesmo acontecimento. Pode, ainda, ser o reflexo de expectativas, quando se trata de crenças acerca do futuro (Burrus & Carney, 2015). Uma crença é uma estrutura de sentimentos construída socialmente, que antecede determinadas práticas; é uma identidade cognitiva única (Santiago-Delefosse, 2012). Em última análise, as crenças podem relacionar-se com o senso comum, com valores religiosos e morais socialmente aceites.

A principal questão de investigação deste estudo é “Quais as crenças que os adultos com filhos, até aos 12 anos de idade, têm sobre a relevância da relação avós-netos?”. Pareceu relevante verificar se existiriam diferenças nas crenças tendo em conta o sexo dos participantes, o facto de serem do meio rural ou meio urbano, bem como o seu estado civil.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo apresenta uma metodologia quantitativa exploratória com uma amostra não probabilística de conveniência, sendo que o

único critério de seleção é ter pelo menos um filho até aos 12 anos de idade, inclusive.

A amostra é constituída por 309 participantes, dos quais 222 são do sexo feminino e 87 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 62 anos ($M=39,977$ e desvio padrão= $5,754$).

Procedimento

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas de resposta aberta, no sentido de recolher o máximo de informação possível. Através do método de análise de conteúdo, agrupou-se a informação por temática, neste caso, tendo em conta as funções dos avós – emocional, instrumental e simbólica. A análise de conteúdo é definida por Campos (2004) como um conjunto de técnicas que permite analisar dados qualitativos, que, nos dias de hoje, é utilizado em diversos estudos científicos, nomeadamente na área da saúde.

Construiu-se um questionário sócio-demográfico com o intuito de caracterizar a população inquirida e, após a elaboração do questionário de crenças, aplicou-se um pré-teste com o intuito de identificar possíveis falhas. Por fim, procedeu-se à aplicação do protocolo de investigação, em formato papel e *online*, e os dados foram posteriormente analisados através do programa informático SPSS.

Material

O protocolo de investigação é composto por um questionário sócio demográfico e por um questionário de crenças parentais sobre a relação avós-netos, constituído por 45 itens, medidos por uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, desde o “Discordo Totalmente” ao “Concordo Totalmente”. Posteriormente, este instrumento foi estudado nas suas qualidades psicométricas.

RESULTADOS

Inicialmente, a fim de se estudar a Validade da escala, realizou-se uma Análise Factorial Exploratória. Os testes de KMO e Bartlett, onde se

obteve um valor de 0,84, considerado bom por Pestana e Gagueiro (2003), verificam que os itens estão correlacionados entre si, dado que $p < 0,05$.

Relativamente ao valor Variância Total Explicada, obteve-se uma percentagem cumulativa de 30,95. Na Matriz de Componente Rotativa, através do processo de Rotação de Varimax, acabou por se considerar como a melhor opção a Análise Factorial Exploratória a três factores, dado que o pretendido seria analisar as três funções dos avós, a saber: Instrumental, Emocional, e Simbólica (Caldeira, 2010).

Após se terem excluído os itens sem valor estatisticamente significativo, dos 45 itens iniciais da escala, restaram 22. Com o objetivo de atribuir um nome a cada uma das dimensões, compararam-se os itens de cada uma delas, de modo a que o nome, de alguma forma, se relacionasse com todas elas. As afirmações que correspondem à dimensão 1, “Papel dos Avós”, estão mais próximas da função instrumental, ainda que tenham aspetos relacionados com a emocional, sendo que é composta por 10 itens. A segunda dimensão tem o nome de “Função Simbólica” dos avós, à qual correspondem 5 afirmações. Por fim, à terceira dimensão atribuiu-se o nome de “Comparação entre Pais e Avós” na forma como lidam com as crianças, englobando 7 itens. Esta apresenta alguns itens que poderão, também, estar relacionados com questões emocionais.

De seguida, testou-se a Fiabilidade, ou seja, a Consistência Interna da Escala. Esta é definida por Pestana e Gagueiro (2003) como a proporção da variabilidade nas respostas. Como tal, o Alpha de Cronbach, que varia entre 0 e 1, é a medida utilizada para averiguar a consistência interna de um conjunto de variáveis. Na dimensão 1, obteve-se um Alpha de 0,83, considerado bom, na dimensão 2 o Alpha obtivo foi de 0,63, o que é fraco, e, finalmente, na dimensão 3, o Alpha foi de 0,65, o que é razoável. Por fim, determinou-se a Sensibilidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância de cada um dos factores é inferior a 0,05, as variáveis não apresentam uma distribuição normal (Pestana & Gagueiro, 2003).

Através da análise da Estatística Descritiva das Dimensões da Escala, verificou-se que os níveis de média mais alta se encontram na dimensão Papel do Avós (PA) (4,36), de seguida na dimensão Função Simbólica (FS) (3,67) e, por fim, na dimensão Comparação entre pais e avós (CPA) (2,88).

Relativamente à questão de investigação, verificou-se que as crenças dos participantes se centraram maioritariamente no Papel dos Avós, onde

a média foi superior, significando que os pais atribuíram maior importância a esta área. No que respeita à Função Simbólica, as respostas encontram-se mais repartidas, significando que as crenças estão muito dispersas. Semelhante acontece na terceira dimensão, apesar de a média ser inferior às restantes.

A correlação entre as dimensões permitiu concluir que a dimensão Papel do Avós (PA) está significativamente correlacionada com a dimensão Função Simbólica (FS), mas também que a dimensão Papel do Avós (PA) se encontra significativamente correlacionada com a dimensão Comparação entre pais e avós (CPA). Isto é, os participantes associaram o papel dos avós à função simbólica, bem como o papel dos avós ao papel que os pais e os avós desempenham.

Interessava ainda averiguar se existiriam diferenças nas crenças acerca da relação entre avós e netos tendo em conta o sexo dos participantes. Para isso, foi feita uma comparação dos níveis médios de crenças por sexo. Concluiu-se então que existem de facto diferenças significativas entre homens e mulheres, nomeadamente na dimensão 1, que diz respeito ao Papel dos Avós $p < 0,05$. Neste caso, os níveis médios das crenças nesta dimensão são superiores nas mulheres comparativamente com os dos homens. Efectuou-se ainda uma comparação dos níveis médios de crenças tendo em consideração a zona de habitação. Verifica-se que apenas existem diferenças significativas nos níveis das crenças na dimensão 2, que corresponde à Função Simbólica dos avós $p < 0,001$, sendo que os valores são superiores no meio rural.

Por fim, pretendia-se verificar se existem diferenças nos níveis médios de crenças, mediante o estado civil, concluindo-se que não existem diferenças significativas nos níveis de crenças correspondentes ao estado civil, sendo que o *p-value* é superior a 0.05 em todas as funções.

DISCUSSÃO

Seria de esperar que os resultados espelhassem as três funções dos avós acima referidas – instrumental, emocional, simbólica – em cada uma

das dimensões. Todavia, o que se obteve não caracteriza exatamente as funções.

Observou-se que os participantes deram maior ênfase a aspetos relacionados com a dimensão PA, uma vez que a média foi superior na mesma. Como tal, as crenças que os pais têm acerca da relação avós-netos baseiam-se maioritariamente no papel que os avós desempenham na vida dos mais novos, mais especificamente em fatores instrumentais e emocionais, ainda que considerem relevante a função simbólica dos mesmos.

Tal como Becker e Steinbach (2012) afirmaram, é importante considerar um conjunto de fatores, tais como valores, atitudes, género e até a localidade, quando se pretende analisar a qualidade das relações intergeracionais.

O suporte que os avós fornecem aos seus netos é visível de várias formas, sendo que se pode verificar em pequenos cuidados e auxílio aos pais na educação dos netos, como podem estar ao seu encargo. Independentemente desse aspecto, Wendy (2008) considera que, de uma forma ou outra, os avós têm iniciativa de apoiar os seus netos ao longo do seu crescimento, de modo geral.

Sendo que se pretendia investigar se as crenças variavam tendo em conta outras variáveis, estabeleceram-se algumas comparações, nomeadamente entre o sexo, a zona de habitação e o estado civil dos participantes. Concluiu-se, em primeiro lugar, que foram as mulheres que responderam de forma estatisticamente mais significativa à dimensão Papel dos Avós. Hagestad (2006) demonstrou, no seu estudo, que participantes do sexo feminino responderam positivamente acerca do papel dos avós na vida dos seus netos, sendo que estes devem fornecer apoio, não só às crianças ao longo do seu desenvolvimento, mas também aos pais durante esse processo.

Como referido anteriormente, os laços são, na sua maioria, mais complexos quando se trata da relação que os netos estabelecem com a linhagem materna (King & Elder, 1995). Quando se trata do papel dos avós na vida dos netos, a maioria dos sujeitos que considera que os avós devem fornecer certos cuidados e segurança ao longo das suas vidas são do sexo feminino. (Hagestad, 2006).

Ao averiguar se existiriam diferenças ao nível das crenças, tendo em conta a zona de habitação – meio rural ou meio urbano, constatou-se, que na dimensão Função Simbólica as respostas do meio rural desempenham

um papel mais significativo, com um maior peso estatístico. Isso poderá dever-se ao facto de, por exemplo, nas aldeias, as relações familiares serem mais valorizadas, bem como a história de família, partilha de experiências e transmissão de valores.

Em famílias que vivem em meio rural, os netos tendem a viver mais perto dos seus avós, logo, têm um contacto mais frequente. Nestas famílias são relatadas relações intergeracionais de melhor qualidade, quando comparando com famílias de outros meios (King & Elder, 1995).

Bullock (2004), na sua investigação acerca do papel dos avós na comunidade rural, observou que os avós que criam os seus netos estão sujeitos a alguns tipos de factores, tais como stress financeiro. Porém, apresentam maiores níveis de satisfação a nível pessoal, bem como familiar, dado que influenciam de uma forma positiva as gerações futuras. De notar que, em meio rural, os avós desempenham um papel significativo para com os seus netos, o que corrobora os resultados obtidos no presente estudo. O envolvimento dos avós na vida dos seus netos pode dever-se a vários factores, nomeadamente com o aumento do número de famílias monoparentais, assim como o aumento de mães empregadas (Dunifon, 2013). Por fim, quando se pretendia observar se o estado civil influenciaria a representação das crenças parentais acerca da relevância da relação avós-netos, não foram encontradas diferenças significativas.

REFERÊNCIAS

- Barranti, C. C. R. (1985). The grandparent/grandchild relationship: Family resource in an era of voluntary bonds. *Family Relations*, 34(3), 343-352. doi: 10.2307/583572
- Bullock, K. (2004). The changing role of grandparents in rural families: The results of an exploratory study in southeastern North Carolina. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85(1), 45-54. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1606/1044-3894.258>
- Burrus, J., & Carney, L. C. (2015). Social belief and attitudes: Personality and the isms. In J. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2, 162-167.

- Campos, C. J. G. (2004). Método de Análise de Conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614.
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95-S120.
- Dunifon, R. (2013). The Influence of Grandparents on the Lives of Children and Adolescents, *Child Development Perspectives*, 7(1), 55-60. doi: 10.1111/cdep.12016
- Hagestad, G. O. (2006). Transfers between grandparents and grandchildren: The importance of taking a three-generation perspective. *Zeitschrift für Familienforschung*, 18(3), 315-332.
- King, V., & Elder Jr, G. H. (1995). American children view their grandparents: Linked lives across three rural generations. *Journal of Marriage and the Family*, 57(1), 165-178. doi: 10.2307/353825
- Kornhaber, A. (1996). *Contemporary grandparenting*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Matthews, S. H., & Sprey, J. (1985). Adolescents' relationships with grandparents: An empirical contribution to conceptual clarification. *Journal of Gerontology*, 40(5), 621-626. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/40.5.621>
- Oliveira, A. R. V., Vianna, L. G., & Cárdenas, C. J. (2010). Avosidade: Visões de avós e de seus netos no período da infância. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 461-474.
- Pestana, M. H., & Gagueiro, J. N. (2003). Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS. *Edições silabo* (3ª ed.). Lisboa.
- Santiago-Delafosse, M. (2012). Deconstructing the notion of 'belief' in Psychology: Commentary on 'Beyond belief', *Journal of Health Psychology*, 17(7) 974-976. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1177/1359105311435947>
- Wendy, M. (2008). The role played by grandparents in family support and learning: considerations for mainstream and special schools. *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 23(3), 126-135. doi: 10.1111/j.1467-9604.2008.00383.x
- Wyer, R. S., & Albarracín, D. (2005). Belief formation, organization, and change: Cognitive and motivational influences. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 273-322). New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

REPRESENTAÇÃO DE DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM DIABETES

Ana M. Costa¹ (✉ meritxell-th@ubi.pt) & Paula Carvalho¹

¹Universidade da Beira Interior, Portugal

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crónicas mais frequentes, constituindo atualmente uma problemática a nível universal (Rodríguez & Plata, 2015). A recorrência da sintomatologia, a inexistência de um tratamento totalmente efetivo e a severidade das possíveis complicações associadas, fazem com que esta doença crónica tenha impacto não apenas ao nível físico como também psicológico (Araújo et al., 2013; Ozdemir, Hocaoglu, Koçak, & Ersoz, 2011). Estes aspetos têm contribuído para o crescente interesse pelo estudo da qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com DM. Apesar de não existir consenso entre os autores quanto à definição de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde, define o constructo como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Ferreira & Santos, 2009, p. 406). A qualidade de vida deriva então da avaliação individual e subjetiva que cada pessoa faz da sua vida, tendo em consideração a perceção que possui do seu bem-estar físico, emocional e social (Shamshirgaran, Ataei, Alamdari, Safaeian, & Aminisani, 2016).

A individualidade com que cada pessoa vai compreender a doença é diretamente influenciada por 5 componentes sobre a doença, nomeadamente: identidade, causa, duração, consequências e controlabilidade (Harvey & Lawson, 2009). São estas perceções idiossincráticas que vão condicionar as representações cognitivas e emocionais que desempenham um papel fundamental ao nível do tratamento e comportamentos de autocuidado adotados (Abubakari et al., 2013; Walker, Lynch, Williams, Voronca, & Egede, 2015). Concretamente no que diz respeito ao estudo da relação entre a representação de doença e a qualidade de vida, é aceite de

um modo genérico, que quanto mais negativa for a representação de doença pior tenderá a ser a qualidade de vida percebida pelos sujeitos (Mohamed et al., 2016). Contudo, importa salientar que estamos perante uma relação bidirecional, uma vez que uma melhor qualidade de vida contribui para uma representação de doença e do tratamento mais positiva (Walker et al., 2015).

Os objetivos do estudo são: (1) Avaliar a qualidade de vida em pessoas com DM; (2) Avaliar as representações cognitivas e emocionais que os utentes têm acerca da DM; (3) Avaliar a correlação entre as representações cognitivas e emocionais sobre a DM e a qualidade de vida dos participantes.

MÉTODO

A presente investigação é quantitativa, com desenho correlacional, descritivo e transversal.

Participantes

A seleção dos participantes para o estudo foi realizada a partir de um processo de amostragem por conveniência em duas unidades hospitalares. Constituíram critérios de inclusão ter diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2; estar em seguimento nas consultas de diabetologia do Centro Hospitalar Cova da Beira ou do Centro de Saúde da Covilhã e inexistência de perturbação do estado de consciência. A amostra desta investigação é constituída por 75 sujeitos, 39 (52,0%) são do sexo masculino e 36 (48,0%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 36 e os 80 anos de idade ($M=67,48$; $DP=10,45$). Destes sujeitos 70 (93,3%) foram diagnosticados com DM tipo 2 e 5 (6,7%) com diagnóstico de DM tipo 1 (Quadro 1). No que respeita à caracterização clínica da amostra a maioria dos participantes (54,7%) tem diagnosticado mais algum problema de saúde crónico e no que concerne a existência de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, apenas 13 sujeitos (17,3%) responderam positivamente. Ao nível da reação perante o diagnóstico, a maioria (58,7%) relata aceitação, 10 pessoas (13,3%) tristeza, 8 (10,7%) medo/preocupação, 6 (8,0%) revolta e uma minoria (5,3%) revela surpresa ou choque.

Quadro 1

Características sociodemográficas

Variáveis		<i>n</i>	%
Género	Masculino	39	52
	Feminino	36	48
Habilitações Literárias	Até ao 4º ano	48	64
	9º ano	15	20
	6º ano	6	8
	12º ano	6	8
Estado Civil	Casado	52	69,3
	Viúvo	12	16
	Divorciado	6	8
	União de Facto	3	4
	Solteiro	2	2

Material

O protocolo de investigação é constituído por um questionário socio-demográfico e uma ficha clínica, o Brief Illness Perception Questionnaire e o World Health Organization Quality of Life – Brief. Assim, para avaliar as representações cognitivas (identidade, causa, consequências, duração, controlo pessoal e controlo do tratamento) e emocionais de doença (reações negativas como raiva, tristeza e angústia) utilizou-se o Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). Este constitui uma versão reduzida construída a partir do Illness Perception Questionnaire-Revised (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) e posteriormente adaptado por Figueiras e Alves (2007). O World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF) consiste numa versão breve, construída em 1998 a partir do WOQOL-100 (Canavarró et al., 2003). O questionário é composto por 26 itens que estão agrupados em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). A escala apresenta ainda uma faceta que objetiva aceder à qualidade de vida geral e à perceção geral de saúde do indivíduo (Canavarró et al., 2003).

Procedimentos

Houve o preenchimento de consentimento informado de modo a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos, sendo que a avaliação foi feita individualmente, sempre na presença da investigadora. O estudo decorreu depois de ter sido aprovado pela comissão de ética das respetivas instituições de saúde.

Todas as análises foram realizadas no software SPSS (IBM SPSS Statistics 22.0). Para a caracterização da amostra em termos de variáveis sociodemográficas e clínicas recorremos a estatísticas descritivas (cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão). Como as variáveis em estudo eram contínuas e uma vez cumpridos os pressupostos para o recurso a testes paramétricos, para comparar médias entre dois grupos independentes recorreu-se ao teste-*T* e para averiguar a existência de associações entre as variáveis, utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson.

RESULTADOS

No que diz respeito à análise descritiva dos resultados do WHOQOL-BREF, a média obtida no domínio físico foi de $M=68,8$, valor superior ao alcançado no estudo de validação ($M=59,94$). Valores igualmente superiores foram visíveis no domínio psicológico, com $M=74,6$ ($M=64,41$), no domínio das relações sociais, $M=73,8$ ($M=64,47$), no domínio do ambiente, $M=73,6$ ($M=58,79$) e ainda na avaliação da faceta geral, $M=61,4$ ($M=49,09$). Estes valores parecem sugerir que a população deste estudo tem uma perceção de qualidade de vida acima da média.

Ainda no que concerne à análise descritiva dos resultados e de modo a proporcionar um melhor nível de compreensão das representações de doença nesta amostra, foram analisadas as respostas que compõem as diferentes dimensões desta escala (Quadro 2, 3 e 4).

No que concerne à avaliação da associação entre a qualidade de vida e a representação de doença, constatou-se que a qualidade de vida está negativamente correlacionada com: o domínio das consequências, $r=-0,46$, $p<0,001$; o número e a gravidade dos sintomas vivenciados, $r=-0,371$, $p<0,001$ (identidade de doença); o grau de preocupação, $r=-0,50$, $p<0,001$ e a resposta emocional, $r=-0,57$, $p<0,001$. Resultados opostos foram revelados sobre o controlo pessoal da doença $r=0,41$, $p<0,001$, o controlo do tratamento $r=0,43$, $p<0,001$ e o nível de compreensão da diabetes $r=0,41$, $p<0,001$, uma vez que estas variáveis revelaram estar positiva e significativamente correlacionadas com a qualidade de vida dos utentes. Pelo contrário, no que diz respeito à noção da cronicidade desta doença e

à percepção sobre as causas da mesma, não se evidenciaram correlações estatisticamente significativas.

Quadro 2

Dimensões avaliadas no IPQ-Bref

	Muitíssimo <i>n</i> (%)	Muito <i>n</i> (%)	Moderado <i>n</i> (%)	Nem muito nem pouco <i>n</i> (%)	Pouco <i>n</i> (%)	Praticamente nenhum <i>n</i> (%)	Nenhum <i>n</i> (%)
Controlo Doença	5 (6,7%)	23 (30,6%)	19 (25,3%)	19 (25,3%)	8 (10,7%)	1 (1,4%)	–
Controlo Tratamento	20 (26,7%)	26 (34,7%)	19 (25,4%)	7 (9,3%)	3 (3,9%)	–	–
Consequências	4 (10,6%)	14 (18,7%)	17 (22,6%)	11 (14,7%)	20 (26,7%)	4 (10,6%)	5 (6,7%)
Resposta Emocional	1 (1,3%)	21 (28,0%)	10 (13,3%)	10 (13,3%)	8 (10,6%)	8 (10,6%)	17 (22,7%)
Identidade	6 (8,0%)	14 (18,7%)	19 (25,3%)	–	11 (14,7%)	7 (9,4%)	12 (16,0%)
Preocupação	12 (16,0%)	15 (20,0%)	17 (22,6%)	9 (12,0%)	11 (14,7%)	8 (10,7%)	3 (4,0%)
Compreensão	13 (17,3%)	14 (1,6%)	23 (30,7%)	9 (12,0%)	10 (13,4%)	6 (8,0%)	–

Quadro 3

Dimensão de duração, avaliada no IPQ-Bref

	Para sempre <i>n</i> (%)	Nem muito nem pouco <i>n</i> (%)	Muito tempo <i>n</i> (%)	Pouco tempo <i>n</i> (%)
Duração	63 (84,0%)	8 (10,7%)	3 (4,0%)	1 (1,3%)

Quadro 4

Causas da DM, avaliadas no IPQ-Bref

Causas	<i>n</i> (%)
Desconhecida	25 (33,3%)
Tipo de alimentação	17 (22,7%)
Hereditariedade	15 (20,0%)
Stress ou preocupação	5 (6,7%)
Outros Problemas de saúde físicos	5 (6,7%)
Comportamentos de risco	3 (4,0%)
Excesso de peso	2 (2,7%)
Estado emocional	2 (2,7%)
Sedentarismo	1 (1,3%)

DISCUSSÃO

Apesar da generalidade da literatura sugerir o impacto negativo da diabetes na qualidade de vida, os resultados globais obtidos neste estudo sugerem que a presente amostra tem uma percepção acima da média. Estes resultados são congruentes com os valores encontrados noutras investiga-

ções recentes, cujas amostras apresentaram em média uma percepção de qualidade de vida boa (Araújo et al., 2013; Shamshirgaran et al., 2016). Vários estudos referem que a qualidade de vida vai depender da interpretação emocional subjetiva que cada pessoa faz sobre o seu estado de saúde, ou seja, uma pessoa que se considere saudável tende a apresentar melhor percepção de qualidade de vida (Araújo et al., 2013). Nesta amostra, a preocupação revelou uma associação forte e negativa em relação ao constructo avaliado. Estes resultados são suportados por Yaraghchi et al. (2012), que identificaram uma forte associação entre o nível de preocupação e a severidade da sintomatologia, podendo este fator ser determinante ao nível da qualidade de vida percebida pelos utentes.

Relativamente à avaliação da dimensão do controlo pessoal, obtiveram-se evidências que esta se encontra forte, positiva e significativamente correlacionada com a qualidade de vida dos utentes. Segundo dados encontrados na literatura, a percepção de um bom controlo pessoal da diabetes está positivamente relacionada com a maior adesão à terapêutica, o aumento da autoeficácia perante os autocuidados, o menor pessimismo relativo à progressão da doença e, desse modo, a uma melhor qualidade de vida percebida (Eiser, Riazi, Eiser, Hammersley, & Tooke, 2001; Mohamed et al., 2016). Para além do referido, um locus de controlo interno está associado ao maior investimento na compreensão da doença e, conseqüentemente, a uma maior adesão à terapêutica e melhor qualidade de vida (Mohamed et al., 2016). Estes resultados foram corroborados na presente investigação, onde se concluiu que o nível de compreensão da diabetes também se encontra positivamente correlacionado com a qualidade de vida.

Ao contrário do que é defendido por alguns autores, no que diz respeito à noção da cronicidade da diabetes e à percepção sobre as causas da mesma, não se evidenciaram correlações estatisticamente significativas. Segundo Mohamed et al. (2016), isto ocorre pelo facto de as consequências constituírem o principal foco de preocupação ao invés da duração da doença. Congruentemente, no presente estudo encontrou-se que a representação cognitiva relativa às consequências apresenta uma forte associação negativa com a qualidade de vida percebida pelos utentes.

Relativamente à avaliação da representação cognitiva da identidade da doença, também foi encontrado no presente estudo uma associação negativa com a qualidade de vida. Isto pode estar relacionado com o fato

das representações de identidade negativas poderem influenciar a percepção do número e da severidade dos sintomas da diabetes, tendo repercussões ao nível da qualidade de vida (Yaraghchi et al., 2012). Por este motivo, constatou-se na presente investigação que à medida que a percepção individual sobre o número e gravidade dos sintomas aumenta, a percepção de qualidade de vida tende a diminuir.

Assim, foi possível constatar que o diagnóstico de DM pode contribuir diretamente para a diminuição da qualidade de vida através não apenas do seu impacto a nível físico e comportamental, como também ao nível cognitivo e emocional, através das representações individuais e subjetivas de doença. Isto conduz à reflexão sobre o carácter fulcral da adoção de uma abordagem biopsicossocial que entende a pessoa enquanto ser idiossincrático que sente, pensa e se comporta de forma individual e interrelacionada.

REFERÊNCIAS

- Abubakari, A. R., Jones, M. C., Lauder, W., Kirk, A., Anderson, J., Devendra, D., & Naderali, E. K. (2013). Ethnic differences and socio-demographic predictors of illness perceptions, self-management, and metabolic control of type 2 diabetes. *International Journal of General Medicine*, 6, 617-628. Disponível em <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S46649>
- Araújo, K. O., Andrade, A. N., Costa, T. S., Freitas, M. A., Nascimento, M. M., & Silva, E. N. (2013). Avaliação da Qualidade de Vida de Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista de Enfermagem*, 7(9), 5583-5589.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Serra, A. V., Pereira, M., Rijo, D., . . . Carona, C. (2003). WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a População Portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Eiser, J. R., Riazi, A., Eiser, C., Hammersley, S., & Tooke, J. E. (2001). Predictors of psychological well-being in types 1 and 2 diabetes. *Psychology & Health*, 16(1), 99-110. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/08870440108405492>

- Ferreira, F. S., & Santos, C. B. (2009). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família. *Revista de Enfermagem*, 17(3), 406-411.
- Figueiras, M. J., & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health*, 22, 143-158. doi: 10.1080/14768320600774462
- Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26, 5-13. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x
- Mohamed, R. A., Ibrahim, N., Budin, S. B., Omar, A. M., Kamaruddin, N. A., & Ismail, R. (2016). Inter-relationship of illness perception, personality and quality of life among type 2 diabetes patients: a cross sectional survey. *The social science*, 11(3), 234-241. doi: 10.3923/sscience.2016.234.241
- Ozdemir, I., Hocaoglu, Ç., Koçak, M., & Ersoz, H. O. (2011). Quality of life and psychiatric symptoms in the patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychiatric and Neurological Sciences*, 24(2), 128-1238. doi: 10.5350/DAJPN2011240206t
- Rodríguez, L. M., & Plata, G. E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 17(1), 131-148.
- Shamshirgaran, S. M., Ataei, J., Alamdari, M. I., Safaeian, A., & Aminisani, N. (2016). Predictors of health-related quality of life among people with type II diabetes Mellitus in Ardabil, Northwest of Iran, 2014. *Primary Care Diabetes*, 10, 244-250. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2015.11.004>
- Walker, R. J., Lynch, C. P., Williams, J. S., Voronca, D., & Egede, L. E. (2015). Meaning of illness and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 29, 665-669. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2015.04.006>
- Yaraghchi, A., Rezaei, O., Mandegar, M. H., & Bagherian, R. (2012). The relationship between Illness perception and quality of life in Iranian patients with coronary artery bypass graft. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 46, 3329-3334. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.06.061

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E VINCULAÇÃO AO LUGAR

Ana Maria Moser¹ (✉ ana.moser@pucpr.br), Claudia Franciane de Lima¹, & Luis Eduardo Pereira¹

¹Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Brasil

A apropriação do espaço, na Psicologia Ambiental, envolve processos psicossociais que elencam a cognição, o simbolismo, a estética, o afeto e o relacional. Para Pol (1996), é na relação com outros sujeitos, grupos e situações objetivas ligadas ao modo de viver e de morar, que vai se desenvolvendo o sentimento de pertença ao espaço. Segundo Twigger (1994), a vinculação ao lugar é sobre desenvolver e manter os princípios de identidade, designadamente, a autoestima, distinção, continuidade e eficácia. Para o idoso, o lugar está carregado de valores, o lar é um repositório de objetos e de espaços referente à ligação simbólica com o passado. Os aspectos de vinculação ao lugar orientam e motivam o comportamento às cognições e avaliações, de modo a atingir uma identidade positiva. O lugar organiza as experiências temporais e suas interpretações subjetivas, representando um importante papel na formação e no suporte da identidade (Speller, 2005). Torna-se importante estudar os aspectos passíveis de influenciar a forma como a pessoa idosa experiencia seu envelhecimento, para melhor intervir em sua qualidade de vida. Analisar a qualidade de vida e bem-estar psicológico; e investigar o fenômeno da vinculação ao ambiente na construção e manutenção da identidade dos idosos residentes na comunidade Ilha das Peças, município de Guaraqueçaba, no litoral do Paraná, e em Curitiba, capital paranaense.

MÉTODOS

Participantes

Os participantes foram distribuídos em Grupo I (residentes na Ilha das Peças) e Grupo II (residentes em Curitiba). Participaram do Grupo I onze

idosos na faixa etária de 60 a 81 anos. O Grupo II contou com a participação de dezenove idosos de 62 a 87 anos.

Material

A investigação compreendeu um procedimento quali-quantitativo, pela utilização de um roteiro de entrevista semi-estruturada com sete questões abertas, a Escala de Bem-estar Psicológico (Ryff) com 18 questões resposta tipo Likert e um questionário sócio demográfico, e entrevista com as questões abertas gravadas, transcritas e analisadas pela metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo (Lefevre & Lefevre, 2005).

Procedimento

Referente ao Grupo I: foi agendada uma entrevista com a liderança comunitária de Ilha das Peças (Guaraqueçaba/Pr), com a finalidade de explicar o objetivo da pesquisa e solicitar autorização para realizar a coleta na comunidade. Sendo autorizado o ingresso na comunidade, as coletas foram realizadas nas próprias residências dos idosos que aceitaram participar. Simultaneamente, para a coleta de dados do Grupo II, foi agendada uma entrevista com a coordenação de um centro de convivência de pessoas idosas, vinculado a uma paróquia de Curitiba, com a finalidade de explicar o objetivo da pesquisa e solicitar autorização para realizar a coleta. Após a autorização, foi realizada uma reunião com os frequentadores, na qual foi explicada a natureza da investigação e os mesmos foram convidados a participar. As coletas ocorreram paralelamente às atividades ofertadas pelo centro.

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, realizou-se a coleta. Depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram recolhidos os dados.

RESULTADOS

A fim de discriminar a porcentagem dos dados obtidos pelo questionário sociodemográfico para os respondentes do Grupo I e do Grupo II, foi elaborado o Quadro 1.

Quadro 1

Dados sociodemográficos do Grupo I e do Grupo II

	Grupo I	Grupo II
Idade	60 a 81	62 a 87
Gênero	70% Fem. 30% Masc.	89,5% Fem. 10,5% Masc.
Escolaridade	70% fundamental incompleto; 10% fundamental completo; 10% médio incompleto; 10% ausência de escolaridade.	57,9% fundamental incompleto; 15,8% médio completo; 10,5% ausência de escolaridade; 10,5% superior completo; 5,3% fundamental completo.
Profissão anterior a aposentadoria	42% pescador (a); 17% vendedor (a) camarão; 17% cozinheiro; 8% amarração no Porto; 8% doméstica; 8% auxiliar de enfermagem.	14% do lar; 14% doméstica; 14% cozinheira/doceira; 9% professor (a); 9% costureira; 9% lavrador (a); 5% bancário (a); 5% comerciante; 5% marceneiro; 5% enfermeira; 5% escriturário; 5% inspetora colégio.
Estado civil	50% casado/vivendo como tal; 40% viúvo; 10% solteiro.	57,9% viúvo; 36,8% casado/vivendo como tal; 5,3% separado.

Sobre a escolaridade, nota-se que a maioria (70%) pertencente ao Grupo I possui o Ensino Fundamental incompleto. Também existe uma predominância (57,9%) desta escolaridade no Grupo II, porém há respondentes no Grupo II, com o Ensino Médio completo (15,8%) e o Ensino Superior completo (10,5%), graduações que não foram identificadas no Grupo I. Em relação ao analfabetismo, os dois grupos apresentam resultados muito próximos (10% no Grupo I e 10,5% no Grupo II). Antes da aposentadoria, existia uma predominância de profissões ligadas à pesca e ao turismo no Grupo I, no Grupo II existia uma grande diversidade de profissões. A maioria dos idosos no Grupo I (90%) e no Grupo II (73,7%) estão aposentados. Quanto ao estado civil, o Grupo I possui mais indivíduos casados (50%); no Grupo II, existe a predominância da viuvez (57,9%). Entretanto, o Grupo I apresenta indivíduos que declaram-se solteiros (10%), o que não foi identificado no Grupo II. Somente no Grupo II, os respondentes (5,3%) afirmaram estarem separados ou divorciados.

O Quadro 2 foi elaborado para discriminar os escores totais de qualidade de vida e bem-estar psicológico obtidos do Grupo I e do Grupo II. Os valores quantitativos estão separados pelas dimensões da escala de Bem Estar Psicológico (Ryff): Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de si.

Quadro 2

Pontuações totais de cada perspectiva nos respondentes do Grupo I e do Grupo II

População	Autonomia	Domínio do meio	Crescimento pessoal	Relações positivas	Objetivos na vida	Aceitação de si	Total
Grupo I	157	144	160	152	128	169	910
Grupo II	257	277	280	263	248	278	1600

A média total do Grupo I é 82,7, no qual a maioria (63,6%) dos idosos pontuaram acima da média. Enquanto, a média total do Grupo II é 84,2 e a proporção entre os idosos que estão acima da média (52,6%) e que estão abaixo da média (47,3%) é próxima. Analisando as dimensões isoladamente, percebeu-se que a dimensão Autonomia (26,3%) encontra-se prejudicada, assim como a dimensão Domínio do Meio (31,5%), Crescimento Pessoal (31,5%), Relações positivas com os outros (31,5%), Objetivos na Vida (31,5%) e a Aceitação de si (31,5%). O Quadro 3 foi elaborado com os resultados são referentes às médias em relação às dimensões estudadas, para cada grupo.

Quadro 3

Média das dimensões avaliadas na Escala de bem-estar psicológico versão reduzida de 18 questões

População	Autonomia	Domínio do meio	Crescimento pessoal	Relações positivas	Objetivos na vida	Aceitação de si
Grupo I	14,27	13,09	14,54	13,81	11,63	15,36
Grupo II	13,52	14,57	14,73	13,84	13,05	14,63

O Grupo I mostrou-se mais autônomo, possuidor de maior independência, auto-regulação e auto-determinação. Quanto ao domínio do meio, os idosos do Grupo II têm uma média maior; o conciliamento de suas características cognitivas e individuais são coerentes com seu senso de

independência para com o ambiente, promovendo desenvolvimento e adaptação. No crescimento pessoal, o Grupo II se destaca, mas a pontuação é próxima; isso esclarece que a relevância do desenvolvimento do “eu” em relação ao tempo é maior no grupo urbano, que encontrou novas potencialidades, estratégias e possibilidades, em si mesmos, ajudando a construir suas identidades. Nas relações positivas, os grupos apresentam pontuações de média próximas. Entretanto, o Grupo II se sobressai por centésimos: a população urbana tende a preocupar-se com laços afetivos que se fundamentam na comunicação, visando a satisfação tanto pessoal quanto social. O Grupo II novamente se sobressai na dimensão objetivos na vida, a qual se refere às metas que devem ser alcançadas na vida mediante a liberdade do indivíduo, uma direcionalidade em busca de algum sentido. Observa-se que, a respeito da aceitação de si, a média do Grupo I é maior: o comportamento positivo da comunidade rural é maior, existe mais reconhecimento, maturidade, segurança emocional, desembocando em autorrealização.

O roteiro de entrevista semi-estruturada teve a finalidade de obter as relações de vínculo com os vizinhos, o sentimento frente às mudanças, sua atuação na comunidade, a disponibilidade de serviços públicos e a auto avaliação sobre o seu próprio envelhecimento.

Nas relações de vínculo com os vizinhos, o Grupo I e o Grupo II avaliam as interações como satisfatórias. As diferenças entre os grupos é que, no Grupo I, 30% declaram não possuírem um relacionamento satisfatório com seus vizinhos, enquanto que no Grupo II não foi possível identificar esta variável no discurso dos sujeitos. Sobre a avaliação da qualidade desse contato, predominam no discurso de ambos os grupos uma avaliação satisfatória (40% Grupo I e 63,15% Grupo II). Referente aos sentimentos para com as mudanças que os idosos acompanharam ao longo de sua permanência na localidade, pôde-se observar que nos dois grupos existe um reconhecimento de avanços, mas com necessidade de melhorias (30% Grupo I e 15,97 % Grupo II). A respeito da atuação do idoso dentro da comunidade, no Grupo I existe uma predominância no discurso de atividades ligadas às tarefas domésticas (50%). Ambos os grupos afirmaram realizarem ligadas a sua religião (57,89% Grupo II e 20% Grupo I). No Grupo II, 42,10% informaram frequentarem um ou mais centros que ofertam atividades recreativas, como artesanato, revelando ser esta a sua principal fonte de interação social. Tanto no Grupo I (10%) quanto no Grupo II (26,31%) os

respondentes afirmaram não realizarem qualquer tipo de atividade onde residem, geralmente deslocando-se à região central para fazê-lo (Paranaguá para os residentes em Ilha das Peças e Centro para os residentes em Curitiba).

Sobre a disponibilidade de serviços públicos na comunidade, no Grupo I, 60% afirmaram como principal ganho: o posto de saúde, seguido pelo acesso à educação (40%). Já no Grupo II, 47,36% reconhecem o posto de saúde, o transporte coletivo (21,05%) e atividades ofertadas às crianças e adolescentes (10,52%). Embora tenha sido observado, que o posto de saúde é considerado um ganho pelo Grupo I, este apresentou em seu discurso, como necessidade de melhoria, a presença permanente de profissionais (médico e enfermeiro) e disponibilidade de medicamentos (80%); seguido da disponibilidade de água potável (60%). Já o Grupo II também expõe a necessidade de melhorias em relação à saúde (42%), seguido pelo transporte coletivo (31,57%) e segurança (26,31%). Também se observa que existe maior diversidade de serviços ofertados ao Grupo II, conseqüentemente, demanda um maior número de melhorias segundo a avaliação deste grupo. A auto avaliação sobre o próprio envelhecimento mostrou as ideias centrais, referente à visão que o idoso tem sobre seu envelhecimento na localidade. Em ambos os grupos, predomina uma grande satisfação em envelhecer no local (50% Grupo I e 42,10% Grupo II), seguido por ganhos de benefícios (30% Grupo I e 15,78% Grupo II) e promoção de saúde e bem-estar (30% Grupo I e 10,52% Grupo II).

Quanto as ideias centrais, a respeito do motivo de consideraram a localidade a melhor opção para se viver; no Grupo I maioria (70%) apresentou um forte sentimento de pertença ao território, seguido por 40% dos respondentes que alegaram ser o suporte familiar fator importante para a permanência. No Grupo II, a ideia mais verbalizada é a da facilidade ao acesso a diferentes serviços (36,84%), seguido pelo suporte familiar (15,78%). Em ambos os grupos, observa-se no discurso a escolha do lugar pela segurança (30% Grupo I e 10,52% Grupo II) ou tranquilidade (30% Grupo I e 15,98% Grupo II).

DISCUSSÃO

Primeiramente em relação ao exercício profissional anterior à aposentadoria, notou-se uma maior diversidade profissional do Grupo II,

fator que pode estar diretamente relacionado ao maior acesso à escolaridade que este grupo apresentou. Segundo Neri (1993) a promoção de qualidade de vida na idade madura excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sócio cultural, uma velhice satisfatória não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas e mudanças.

Observou-se que o Grupo I possui mais integrantes do gênero masculino do que o Grupo II, o que pode ter relação com o estado civil declarado pelos integrantes dos grupos. Enquanto o Grupo I é majoritariamente composto por indivíduos casados ou vivendo como tal, o Grupo II é predominantemente formado por indivíduos viúvos, o que pode estar relacionado ao fato de que em ambientes urbanos é maior a mortalidade de homens, provavelmente devido à exposição a uma maior variedade de fatores de risco.

Em relação à composição do agregado familiar atual, o Grupo I é predominante composto pelos sujeitos que vivem juntamente com seu cônjuge (ou cônjuge e filhos). O estado civil sugere que a pessoa partilha ou não sua vida com um companheiro, pois como nos refere Murphy (1982), as pessoas que mantêm intimidade com um confidente serão, em regra, capazes de suportar melhor as privações a que estão sujeitas, durante o envelhecimento (Barroso, 2006). Já no Grupo II, predomina os idosos que declararam viverem sós, o que para estes não necessariamente significa abandono pelos familiares ou sentimentos de solidão e insatisfação. Para Neri (1993), envelhecer bem significaria estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro.

Tanto o Grupo I quanto o Grupo II avaliaram suas interações com os vizinhos como satisfatórias, sendo predominante no discurso de ambos os grupos uma avaliação positiva da relação que o idoso possui com este vizinho; porém, o Grupo II apresenta a sua relação com o vizinho como muito satisfatória, por vezes alegando ser uma relação tão próxima quanto a familiar. A capacidade de iniciar e manter contatos sociais, mediada por fatores motivacionais e cognitivos, influencia a percepção sobre a qualidade da vida diária. A uniformidade e a variação na vida diária podem ser percebidas como prazerosas ou desagradáveis por diferentes pessoas, ou até mesmo pela mesma pessoa, em diferentes momentos de sua vida. (Neri, 1993).

Em relação ao sentimento do idoso frente às mudanças, existe um reconhecimento, em ambos os grupos, de que houve ganho de serviços com o avançar dos anos; porém, é diferente o que cada grupo considera como ganho de serviços. O Grupo I reconhece o acesso à educação, a existência de um posto de saúde e um mercado na Ilha das Peças como ganho de serviços; já o Grupo II entende como ganho, não só a existência, mas o funcionamento e a acessibilidade ao posto de saúde e aos diversos serviços ofertados por este (aulas de ginástica, grupos de idosos e hipertensos, entre outros), bem como a disponibilidade de serviços bancários, comércio e supermercado nas proximidades. Segundo Paúl (2005), podemos considerar três funções básicas do meio social e físico para o indivíduo que o habita: 1) a manutenção tem haver com a constância e previsibilidade do ambiente, incluindo, o significado e ligação à casa; 2) a função de estimulação refere-se ao que é diferente no meio, ao novo e seu efeito no comportamento em que medida facilita e inibe atividade sociais e de lazer; 3) o suporte pode ser visto como potencial do meio para compensar ou reduzir a falta de competência dos indivíduos, como por exemplo a segurança.

Quanto à disponibilidade de serviços públicos que atendam o idoso, o Grupo I afirmou que o principal ganho seria a existência do posto de saúde; porém, o atendimento a esta população é extremamente deficitário. Outro ponto apresentado no discurso deste grupo I é ausência da disponibilidade de água potável para a população. A comunidade não conta com recurso hídrico potável, a não ser o recolhido da chuva ou de poço artesiano, desde outubro de 2016, depois de uma enchente que prejudicou a tubulação da rede de água. O problema é que o lençol freático está comprometido devido à falta de saneamento básico na comunidade. (Carrano, 2017).

Os dois grupos demonstraram forte preocupação com as gerações futuras, filhos e netos, em relação ao acesso à educação, atividades recreativas para as crianças (e adolescentes) e emprego. O Grupo I reconheceu como serviço social relevante a presença da escola com disponibilidade de Ensino Fundamental e Médio, que é visto pelo idoso como ampliação de oportunidades aos jovens, já que grande parte dos idosos só teve acesso ao antigo ensino primário. Aldwin em 1990, observou que idosos referem-se a quatro categorias principais de estressores: 1) problemas de saúde; 2) questões sociais, com ênfase em

política; 3) problemas enfrentados por familiares (por exemplo, saúde do cônjuge; casamento, carreira e saúde dos filhos; realizações e escolhas dos netos); e 4) preocupação com problemas de outrem e a necessidade de auxiliá-los (Neri, 1993).

Quanto à atuação dos idosos dentro da comunidade, ambos os grupos afirmaram realizarem atividades ligadas à religião. Segundo o ponto de vista humanista descobrir significados para a existência é crucial para os idosos, uma vez que, com a idade, aumenta a probabilidade de experimentação de perdas e eventos incontrolláveis. A religiosidade também tem sido considerada como fonte potencial de significado pessoal e bem-estar espiritual, de aceitação da morte, do encontro de um sentido de transcendência para a vida, e de satisfação com a vida (Neri, 1993).

Já no Grupo II, grande parte dos integrantes informaram frequentarem um ou mais grupos que ofertem atividades recreativas, como artesanato. Este grupo também apresentou uma maior diversidade de opções e demonstrou ser mais independente nas escolhas das atividades que desejam realizar na comunidade. Percebe-se, fortemente a influência da dimensão Domínio do Meio, relacionada a performance do idoso em tarefas cognitivas voltadas ao individualismo e autonomia para com o ambiente que reside pode ser revelada através de um cargo, de uma satisfação socioeconômica ou do consumo. É toda competência relacional com o lugar que envolve criatividade, habilidades e técnicas para lidar com as necessidades (Couto, 2007).

Quanto a auto avaliação que o idoso faz sobre seu envelhecimento na localidade, nos dois grupos predominou um discurso de vasta satisfação em envelhecer onde residem, seguidos por ganhos de benefícios, promoção de saúde e bem-estar. O Grupo I ainda apresentou um forte sentimento de pertença ao território, sendo que as manifestações de desejo de melhoria, são voltadas tanto para a sua permanência quanto a de gerações futuras. O trabalho de Fuher e Kaiser (1992), sugere que há três processos que permitem a vinculação ao lugar, dois de caráter interpessoal: o lugar enquanto promotor da identidade de lugar (permite que o *self* receba informação) e o lugar enquanto facilitador social (permite que os outros recebam informação a cerca do *self*); e um de caráter intrapessoal: lugar como facilitador de necessidades emocionais (Speller, 2005).

Outro fator importante para a permanência no lugar, em ambos os grupos, é atribuído ao suporte familiar. Couto (2007) afirma que a família, os amigos, o sistema moral e de valores constituem esferas potencialmente capazes de fornecer apoio nas diversas relações sociais diante dos variados eventos empíricos. Quanto mais satisfatória for a percepção em relação à sua rede de apoio social, mais fortes serão os sentimentos de satisfação com a vida.

No Grupo II, a ideia com maior verbalização no discurso é a da facilidade ao acesso a diferentes serviços, isto considerado como um dos maiores benefícios em residir em um grande centro urbano. McLaughlin e Jensen (1998) afirmam que o local de residência tem importância para os idosos porque as condições e os recursos afetam o acesso aos cuidados de saúde, disponibilidade dos serviços sociais, necessidades de transporte e a possibilidade dos idosos tornarem-se voluntários e se envolverem em atividades sociais e de lazer (Paúl, 2005).

Conclui-se que a forma como cada indivíduo envelhece e se relaciona ao meio ao qual está inserido é muito distinta, o idoso que está envelhecendo em Curitiba (um grande centro urbano) experimenta esse processo de uma maneira muito diferente do idoso que reside em Ilha das Peças (uma remota região rural). Salienta-se, portanto, a heterogeneidade embora com algumas semelhanças, no processo de envelhecimento dentro de cada grupo. Cada sujeito experimenta seu envelhecer de maneira singular dentro da comunidade onde vive. Os idosos residentes em Ilha das Peças demonstraram ter uma preocupação maior em como o ambiente atenderá as demandas das gerações futuras, enquanto que o idoso que reside em Curitiba apresenta uma preocupação em como o ambiente irá atender as suas necessidades. Este grupo demonstrou estar fortemente vinculado ao lugar onde reside, mesmo o ambiente apresentando um atendimento deficitário no que se refere às demandas básicas, não somente do idoso, mas de toda a comunidade, no que diz respeito a saúde e saneamento básico. Já os idosos residentes em Curitiba manifestaram maior apropriação do ambiente, locomovendo-se, explorando, executando atividades, comunicando desenvolvendo estratégias para obter do meio o que necessita, seja através das relações gratificantes e significativas com os outros, seja na obtenção de um serviço. As demandas diversificadas deste idoso devido as maiores oportunidades que este ambiente apresenta ao seu idoso.

REFERÊNCIAS

- Barroso, V. L. (2006). Orfãos geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *PsicoLogia.com* – O portal dos psicólogos. Portugal. Recuperado em 29 de setembro, 2017 de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Carrano, P. (2017). Ilha das Peças, litoral do Paraná, está há cinco meses sem água potável; A ausência de saneamento básico e coleta seletiva de lixo deficiente assombra esse recanto de fauna e flora. *Brasil de Fato*, Ilha das Peças (PR), 21 mar. Recuperado em 22 de setembro, 2017 de <https://www.brasildefato.com.br/2017/03/21/ilha-das-pecas-litoral-do-parana-esta-ha-cinco-meses-sem-agua-potavel/>
- Couto, M. C. P. P. (2007). *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. 144 f. Dissertação mestrado em psicologia (Pós-graduação em Psicologia). Porto Alegre (RS): Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. Recuperado em 30 de junho, 2016 de http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Couto_fatores.pdf
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2005). *O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul, RS: EDUSC.
- Neri, A. L. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura*. Editora Papirus.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Sockza (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 123-132). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Pol, E. (1996). La apropiación del espacio. In L. Iniguez & E. Pol Eds.), *Cognición, representación y apropiación del espacio*. Barcelona: Universitat de Barcelona Publicacions. Recuperado em 12 de abril, 2016 de <http://www.ub.edu/escult/editions/0apropia.pdf>
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (11ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Speller, G. M. (2005). A importância da vinculação ao lugar. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 42-55). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

PROGRAMA DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL NA POPULAÇÃO INFANTIL: DEMONSTRAÇÃO DE EFICÁCIA

Ana Marreiros¹ (✉ assoc.fenixis.desenvolvimento@gmail.com), Alexandra Ribeiro¹,
Dina Santos¹, & Jessica Portugal¹

¹ Associação Fénixis – Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental, Portugal

A Literacia em Saúde Mental, conceito introduzido por Jorm et al. (1997, citado por Jorm, 2000) consiste nos “conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais, que contribuem para o seu reconhecimento, gestão e prevenção” (p. 396). A investigação tem demonstrado a importância da promoção da literacia em saúde mental para uma adequada identificação, reconhecimento, gestão e prevenção das perturbações mentais, enfatizando o contexto escolar como potenciador de mudança e promotor do bem-estar e saúde mental infantojuvenil (Campos, Dias, & Palha, 2014; Jorm, 2000; 2012; Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016; Loureiro et al., 2013; Wyn, Cahil, Holdsworth, Rowling, & Carson, 2000).

Os programas de Literacia em Saúde Mental desenvolvidos com adolescentes e jovens reportam melhorias significativas na perceção e conhecimento ao nível de problemáticas como a Depressão e a Ansiedade, traduzindo-se numa maior compreensão e aceitação destas problemáticas pelos pares, bem como uma maior capacidade em identificar estratégias de autoajuda e autoregulação, e um aumento no sentido de confiança sobre o pedido de ajuda (Campos et al., 2014; Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016; Perry et al., 2014; Skre et al., 2013; Wahl, Susin, Kaplan, Lax, & Zatina, 2011; Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2015).

Com a população infantil, no estudo de Lauria-Horner, Kutcher, e Brooks, (2004), foram encontradas melhorias nos níveis de conhecimento acerca de perturbações como a Depressão e a Ansiedade, bem como das estratégias de autoajuda e de regulação emocional, verificando-se um impacto positivo da promoção da literacia em saúde mental com crianças. Nesta faixa etária, a maior dificuldade reside em construir um instrumento de avaliação adequado às competências de leitura e escrita inerentes a este

grupo etário que permita uma avaliação fidedigna dos conteúdos aprendidos. Como tal, privilegiam-se os dados obtidos através da avaliação qualitativa complementar à análise quantitativa (Lauria-Horner et al., 2004; O'Connor, Casey, & Clough, 2014; Wahl et al., 2011).

Torna-se, deste modo, relevante a criação de programas de literacia em saúde mental, em contexto escolar, cuja intervenção seja alvo de uma avaliação de eficácia cuidada sobre as práticas e qualidade técnica e metodológica, para que os mesmos possam ser replicados em diferentes contextos socioculturais. É neste enquadramento que surge o presente estudo que tem como objetivo avaliar a eficácia de um programa de Literacia em Saúde Mental com crianças do 3º e 4º ano do ensino básico em contexto escolar.

MÉTODO

Foi utilizada uma metodologia mista de recolha e análise de dados, conjugando a avaliação quantitativa por via de um design quase-experimental de Pré e Pós teste com uma avaliação qualitativa de análise de narrativas, autorrelatos e grupos focais (Creswell, 2009).

Participantes

A amostra do estudo é do tipo não probabilístico, por conveniência, composta por 131 crianças a frequentar o 3º e 4º ano de uma escola básica de 1º ciclo em Oeiras, com uma média de idades de 9,2 anos, dos quais 58% eram do sexo feminino e 42% do sexo masculino.

Material

Foi aplicado um questionário de avaliação de conhecimentos de auto resposta com três tipologias de perguntas: semi-aberta, de escolha múltipla e dicotómica. O Questionário, constituído por quinze itens, foi construído pela equipa técnica tendo por base instrumentos dirigidos a outros grupos etários, e pretendeu avaliar os conhecimentos bem como a perceção acerca das temáticas abordadas.

Procedimento

O Programa SaudavelMENTE é constituído por dez sessões psicoeducativas de sessenta minutos, desenvolvidas semanalmente em contexto de sala de aula. Aborda oito temáticas, nomeadamente a Saúde Mental e o bem-estar, as Emoções e a autorregulação, a Ansiedade, a Depressão, Dependências e Comportamentos Aditivos, a Igualdade de Género (gestão e resolução de conflitos), a Violência (entre pares) e os Rótulos em Saúde Mental. A aplicação do Questionário de conhecimentos foi realizada em contexto de sala de aula, com as crianças participantes no Programa SaudavelMENTE, antes e depois da intervenção. Para o tratamento estatístico dos dados, foi realizado no software SPSS, versão 22. Por sua vez, a análise de conteúdo pretendeu aceder, por um lado, às perceções e atribuições que as crianças fazem sobre as diferentes problemáticas e, por outro lado, ao reportório individual e grupal de estratégias de autoajuda e autoregulação, através da associação com as suas próprias vivências pessoais ou observadas nos outros, bem como a intenção em procurar ajuda. Para tal, foram agrupados em três categorias os dados obtidos nas temáticas da Depressão e Ansiedade, as quais representam os temas centrais abordados nos programas de literacia em saúde mental, de acordo com as principais dimensões descritas pela literatura onde se pretende produzir mudança com este tipo de intervenção: *Compreensão e aceitação pelos pares; Identificação de estratégias de autoajuda e autoregulação; Sentido de confiança sobre o pedido de ajuda.*

A hipótese é que a implementação do Programa SaudavelMENTE produz um aumento do nível de conhecimentos dos participantes sobre a Saúde Mental e respetivas temáticas abordadas.

RESULTADOS

Começou-se por analisar globalmente a eficácia do Programa com recurso ao *Independent Sample Test*, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas ($t_{(242)}=-8,03$; $p<0,001$), confirmando a hipótese formulada. Estas diferenças não foram encontradas entre os

resultados das crianças do 3º e 4º ano de escolaridade, pelo que se optou por abandonar essa análise comparativa entre os grupos.

Análise por temáticas

Esta análise permitiu verificar se existiam diferenças na aprendizagem de cada uma das temáticas, tendo-se verificado a mesma tendência positiva.

No que diz respeito à perceção de conhecimento que os participantes têm sobre a Depressão, 37,4% dos sujeitos na fase Pré teste consideravam saber do que se tratava passando para 88,5% no Pós teste, verificando-se desse modo uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(1)=66,60$, $p<0,001$]. No que concerne ao conhecimento verificou-se a mesma tendência positiva, registando-se um aumento das respostas corretas de 36,6% para 53,1% entre os dois momentos de avaliação [$\chi^2(1)=6,65$, $p<0,05$]. Na análise de conteúdo, agruparam-se os dados nas três categorias descritas na literatura como sendo as mais representativas da eficácia de programas de literacia em saúde mental em crianças e jovens.

Compreensão e aceitação pelos pares

“Esta tristeza é muito demorada a passar” / “Esta doença faz com que as pessoas se sintam muito mal e até podem-se matar(...)“ / “As pessoas sentem que estão num mundo negro” / “(...) não sai de casa e não quer comer, as pessoas não saem da cama”.

Identificação de estratégias de autoajuda e autoregulação

“Aceita a ajuda dos outros” / “Nunca te isoles” / “Ir apanhar sol, ir à praia; comer uma coisa deliciosa” / “Descansar, relaxar” / “Ter calma e respirar fundo”.

Sentido de confiança sobre o pedido de ajuda

“(...) fala com pessoas da tua confiança e diz o que te preocupa” / “Vai ao psicólogo” / “Conta a alguém o que sentes e o que se passa” / “Podes ajudar: recomenda um psicólogo”.

No tema sobre a Ansiedade verificou-se, nas respostas obtidas no Questionário de conhecimentos, um aumento na perceção de conheci-

mento dos participantes sobre o tema de 58,8% para 79,6%, [$\chi^2(1)=12,23$ $p<0,001$]. Na avaliação das questões de resposta semi-aberta sobre o tema (conhecimento), verificou-se também uma diferença significativa entre os dois momentos avaliativos [$\chi^2(2)=28,98$ $p<0,001$], a qual é expressa por uma diminuição de respostas erradas entre o Pré (86,3%) e o Pós teste (55,8%). No que respeita à análise qualitativa, foi feita a categorização com base nos três aspetos identificados na literatura como indicadores de eficácia nos programas de literacia em saúde mental.

Compreensão e aceitação pelos pares

“Sentimos a cabeça às voltas; dores de cabeça” / “Ficamos impacientes; inquietos” / “Como as unhas” / “Pensamos num futuro mau, pensamos coisas más” /

Identificação de estratégias de autoajuda e autorregulação

“Pensar em coisas de que gosto muito” / “Ouvir música; ler histórias; desenhar” / “Fazer karaté; fazer yoga” / “Choro à noite para o que está a mais dentro de mim saia”.

Sentido de confiança sobre o pedido de ajuda

“À noite conto aos meus pais o que se passou” / “Desabafar com os amigos” / “Pedir ajuda” / “Ir ao psicólogo”.

No tema relativo às Dependências e Comportamentos Aditivos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o Pré e o Pós teste, quer na perceção quer ao nível do conhecimento.

A análise dos dados obtidos relativos ao tema das Emoções demonstra a existência de diferenças significativas [$\chi^2(1)=24,10$ $p<0,001$], no que respeita à correta identificação das cinco principais emoções (Alegria, Tristeza, Repulsa, Medo e Raiva), expressa no aumento de respostas acertadas a esta questão passando de 19,1% para 48,7%, antes e após a intervenção. As estratégias de autocontrolo e autorregulação que se destacam para a gestão da Raiva, avaliadas a partir da questão de resposta múltipla, são o “respirar fundo” com a taxa de resposta mais elevada (92,6%) e o “correr muito” com a taxa de resposta mais baixa (53,3%). Nesta temática não foi possível a recolha e análise de dados qualitativos devido à natureza lúdico-expressiva das atividades realizadas.

Relativamente ao tema da Violência, os dados do Questionário de conhecimentos indicam diferenças significativas, antes e após a intervenção, na identificação das três situações presentes na ilustração apresentada ($\chi^2(1)=16,80$, $p<0,001$], verificando-se um aumento de respostas corretas entre o Pré (58%) e o Pós teste (82,3%). Relativamente aos tipos de resposta possível a dar perante uma situação de violência, não foram encontradas diferenças significativas.

Nas questões relativas à figura do Psicólogo, uma elevada percentagem de participantes (74%) evidenciavam já uma perceção de conhecimento sobre o mesmo no Pré teste, tendo-se verificado, ainda assim, um aumento desta perceção (85,8%) [$\chi^2(1)=5,18$ $p<0,05$]. No que respeita ao conhecimento, verificou-se uma melhoria significativa [$\chi^2(2)=21,19$ $p<0,001$] na compreensão do papel desta figura, observando-se assim uma diminuição das respostas incorretas de 60,3% no Pré teste para 31,9% no Pós teste. A análise qualitativa dos dados revela a evocação do Psicólogo, particularmente presente nas temáticas da Depressão e Ansiedade, como uma das estratégias de ajuda e controlo do mal-estar psicológico, diferenciando-se de outras como os amigos, a família ou o professor.

DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu demonstrar a eficácia do Programa SaudavelMENTE, no âmbito da literacia em saúde mental com a população infantil. Foi possível verificar, através da análise dos dados recolhidos, que houve alterações positivas, não somente ao nível dos conhecimentos sobre Saúde Mental, como também ao nível da aquisição ou correta associação de estratégias de autoajuda e autorregulação na gestão das problemáticas em si e nos outros, bem como um maior sentido de confiança para a procura de ajuda. Corroborando o que a literatura e os estudos empíricos evidenciam como aspetos centrais a ter em conta na avaliação de eficácia destes programas na população infantil e juvenil. O aumento do nível de conhecimentos sobre Saúde Mental traduziu-se, também, na aquisição de vocabulário específico sobre o tema, aspeto que se verificou muito claramente nas perguntas de respostas semi-aberta. No

que respeita à compreensão dos temas abordados, verificou-se uma mudança positiva no nível de conhecimento, bem como na percepção que as crianças têm sobre esse mesmo conhecimento, a um nível global, tendência que se verificou em quase todas as temáticas. A exceção refere-se à temática sobre Dependências e Comportamentos Aditivos, que já se situava num nível de conhecimento alto, possivelmente pelas diversas ações de sensibilização que são realizadas em contexto escolar relativas a este tema.

Relativamente às estratégias de autoajuda/autorregulação verificou-se um aumento na aquisição das mesmas, bem como uma melhoria na adequada associação de estratégias pré-existentes, na gestão das diferentes problemáticas sobretudo nos temas da Depressão, Ansiedade e Emoções. Contrariamente, no tema da Violência, verificou-se uma tendência muito significativa para o recurso à figura adulta de autoridade para conter/resolver as situações de violência, acompanhada de uma baixa percepção de autoeficácia na resolução desta problemática. No que respeita ao sentido de confiança para a procura de ajuda e identificação dos diferentes tipos de ajuda disponíveis, verificou-se um aumento da intenção para o pedido de ajuda recorrendo à rede de suporte informal (família, pares, professor) bem como a profissionais de saúde. A este propósito, verificou-se uma melhoria do nível de conhecimento e compreensão acerca da figura do Psicólogo através do seu reconhecimento enquanto ajuda especializada.

Os resultados do presente estudo vão, assim, ao encontro da literatura que demonstra a eficácia deste tipo de intervenção centrada no plano da prevenção primária e universal. De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que o Programa SaudavelMENTE demonstrou ser eficaz na população-alvo intervencionada. Contudo, foram identificadas algumas limitações metodológicas no Programa que não permitem a generalização dos resultados à população geral, nomeadamente ao nível do tipo de amostragem e do design utilizado. O facto de não se tratar de uma amostragem probabilística e não ser usado um design experimental, torna impossível a generalização dos resultados obtidos. Também o facto de não ter sido usado um grupo de controlo coloca limitações no isolamento de outras variáveis com influência sobre os resultados obtidos não permitindo afirmar que os mesmos resultem exclusivamente da intervenção do Programa SaudavelMENTE. No que respeita ao instrumento utilizado para a avaliação de conhecimentos, o mesmo carece de validação e

aferição para a população portuguesa, facto que se deve à escassez de instrumentos para este grupo etário bem como à existência de instrumentos aferidos apenas para outros grupos etários da população portuguesa (adolescentes e adultos). As restrições de financiamento para a implementação do Programa não permitiram uma avaliação de follow-up no sentido de acompanhar de que forma os conhecimentos adquiridos se podem traduzir numa mudança de comportamentos com vista à prevenção e diminuição da prevalência de perturbações psicológicas na infância. Como recomendações para ultrapassar algumas destas limitações sugere-se que seja realizada a validação e adaptação de instrumentos de avaliação em literacia em saúde mental para a população infantil portuguesa. Sugere-se, ainda, a utilização de uma amostragem probabilística, que a ser realizada em contexto natural se propõe que seja num design quase experimental com recurso a grupo de controlo, de modo a que as conclusões de eficácia do Programa possam ser generalizadas. Considera-se, ainda, que o Programa possa beneficiar de uma implementação contínua e sistematizada que permita a consolidação dos resultados da intervenção a médio prazo, acompanhado de avaliação follow up.

Finalmente, recomenda-se que futuros estudos de avaliação de eficácia deste tipo de Programas se centrem também na alteração dos estereótipos, crenças e mudança de atitudes associadas à Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

- Campos, L., Dias, P., & Palha, F. (2014). Finding space to mental health – Promoting mental health in adolescents: pilot study. *Education & Health, 32*, 23-29.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist, 67*, 231-243. doi: 10.1037/a0025957

- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*, 154-158. doi: 10.1177/0706743715616609
- Lauria-Horner, B. A., Kutcher, S., & Brooks, S. J. (2004). The feasibility of a mental health curriculum in elementary school. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*, 208-211. doi: 10.1177/070674370404900309
- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O., & Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: A survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, *13*, 129. doi: 10.1186/1471-244X-13-129
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy – A review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, *23*, 197-204. doi: 10.3109/09638237.2014.910646
- Perry, Y., Petrie, K., Buckley, H., Cavanagh, L., Clarke, D., Winslade, M., ... Christensen, H. (2014). Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial. *Journal of Adolescence*, *37*, 1143-1151. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.08.001
- Skre, I., Friborg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. E. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: Effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, *13*, 873. doi: 10.1186/1471-2458-13-873
- Wahl, O. F., Susin, J., Kaplan, L., Lax, A., & Zatina, D. (2011). Changing knowledge and attitudes with a middle school mental health education curriculum. *Stigma Research and Action*, *1*, 44-53. doi: 10.5463/sra.v1i1.17
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, *15*, 291. doi: 10.1186/s12888-015-0681-9
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*, 594-601. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00748.x

BARREIRAS E COMO PROMOVER O BEM-ESTAR SEXUAL DOS IDOSOS SEGUNDO CUIDADORES FORMAIS

Ana Monteiro¹ (✉ anasilvamonteiro93@gmail.com), Sofia von Humboldt², & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ²ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

Existe evidência de que quando os idosos entram num lar, o seu interesse em sexo não declina necessariamente (Elias & Ryan, 2011), continuando interessados em sexo e envolvendo-se em atividades sexuais (Schwartz, Diefendorf, & McGlynn-Wright, 2014, Spector, Carey, & Steinberg, 1996). Os idosos relataram que a sexualidade era importante, mesmo quando viviam em estabelecimentos de cuidados prolongados, como lares de idosos (Hubbard, Downs, & Tester, 2003).

Os Cuidadores Formais (CFs) têm um papel importante na forma como os idosos residentes em lares expressam a sua sexualidade, determinando indiretamente crenças e atitudes, bem como definem quais os atos sexuais tolerados (Lyder, 1994). Existem inúmeros fatores que podem influenciar a expressão sexual nos idosos, ou seja, a falta de privacidade, as atitudes negativas dos CFs, a falta de parceiro sexual, as disfunções cognitivas, os problemas de saúde e as deficiências físicas (Parker, 2007; Tarzia, Bauer, Fetherstonhaugh, & Nay, 2013).

No entanto, mesmo quando as necessidades sexuais dos idosos são incluídas como parte do plano de cuidados do lar, isso não significa que seja considerado os aspetos sexuais e românticos dos idosos (Roach, 2004). As instalações com cama de casal são praticamente inexistentes (Bouman, Arcelus, & Benbow, 2007) e o design dos edifícios é um problema, contribuindo para uma diminuição da privacidade que dificulta a expressão das necessidades sexuais.

Os estudos sobre a sexualidade dos idosos que vivem em lares são pouco frequentes, tornando-o assim um tópico pouco investigado (Elias &

Ryan, 2011; Gastmans, 2014). Mais especificamente, há pouca evidência sobre como os CFs reconhecem e lidam com as queixas de saúde sexual dos idosos (Bentrott & Margrett, 2011; Gott, Hinchliff, & Galena, 2004; Roach, 2004). Assim, parece necessário concretizar estudos que visem a delimitação de políticas e diretrizes que possam constituir estratégias educacionais e de formação para CFs (McAuliffe, Bauer, & Nay, 2007), de modo que estes possam integrar a saúde sexual de idosos no seu cuidado.

Assim, através do uso de um método qualitativo, podemos ter acesso às diferentes perspectivas e experiências de CFs. Neste contexto, este estudo pretende explorar os pontos de vista singulares dos CF em relação à sexualidade dos idosos e obter uma descrição das suas experiências.

MÉTODO

Participantes

A amostra incluiu seis CFs. A maioria dos participantes eram mulheres (83,3%) e todos os participantes tinham entre 24 e 61 anos ($M=44,83$; $DP=14,20$). Todos os participantes estavam em contato diário com idosos. A maioria dos participantes eram auxiliares de enfermagem (83,3%), enquanto que apenas uma era gerente de lar de idosos. 66% estavam num relacionamento ou casados, e os restantes eram solteiros. 66% tinham qualificações geriátricas, enquanto dois participantes não possuíam tal qualificação.

Material

As entrevistas semiestruturadas foram baseadas num guião de entrevista e foram conduzidas individualmente com uma duração média de 50m. Começaram com questões referentes à caracterização sócio-demográfica e passara depois a questões sobre a sexualidade dos idosos.

Procedimento

A análise de conteúdo foi utilizada de forma a analisar os dados de acordo com os seguintes procedimentos: a) desenvolvimento de categorias

emergentes importantes que refletiam as seis entrevistas, todas elas mutuamente exclusivas; b) criação de uma lista de sugestões de codificação; c) análise de citações textuais e descrições de melhor ajuste para uma determinada categoria emergente; d) definição de subcategorias, dentro e entre as narrativas, preservando o princípio de homogeneidade da categoria e; e) derivação de grandes categorias emergentes até o ponto de saturação teórica (Bardin, 2007). Uma análise independente das seis entrevistas foi realizada por um jurado (dois psicólogos) e uma resolução final do grupo. Todas as categorias finais apresentaram um valor entre 0,84 e 0,93, indicando uma alta taxa de concordância. O SPSS para Windows (versão 19.0, SPSS Inc., Chicago, IL) foi usado para realizar toda a análise de dados. O estudo recebeu aprovação ética pela coordenação do Centro de Pesquisa William James do ISPA – Instituto Universitário.

RESULTADOS

Análise de Correspondência Múltipla das Categorias Emergentes

A análise de conteúdo foi realizada para os seguintes temas: 1) ‘crenças face às barreiras da expressão sexual’ (barreiras das pessoas idosas e da instituição), 2) ‘como as barreiras são ultrapassadas’ e 3) ‘sugestões sobre como melhorar o bem-estar sexual’.

Crenças face às barreiras da expressão sexual. Foram encontradas um total de cinco categorias para ‘barreiras dos idosos’: ‘personalidade’, ‘idade’, ‘experiência de vida’, ‘menopausa’ e ‘limitações físicas e psicológicas’. Para as ‘barreiras da instituição’, quatro categorias foram encontradas: ‘layout da instituição’, ‘falta de privacidade’, ‘ordens superiores’ e ‘obrigações legais’.

Personalidade. Os participantes verbalizaram que a personalidade dos idosos era uma barreira à expressão sexual.

Idade. Os participantes relataram que a idade dos idosos é uma barreira para iniciar um novo relacionamento ou relação sexual.

Experiência de vida. Os participantes reconhecem que as experiências de vida dos idosos limitam a expressão sexual.

Menopausa. Os participantes verbalizaram que a menopausa tem implicações para o desejo sexual.

Limitações físicas e psicológicas. Os participantes relataram que os idosos têm limitações físicas e psicológicas que afetam a expressão sexual.

Layout da instituição. Os participantes declararam que a forma como a instituição é concebida tem um impacto na expressão sexual dos adultos mais velhos.

Falta de privacidade. Os participantes relataram que os CFs dão pouca privacidade e que os idosos se sentem menos confortáveis para se expressar sexualmente.

Ordens superiores. Os participantes verbalizaram que os CFs respeitam ordens superiores e que dependem delas.

Obrigações legais. Os participantes reconhecem que a legislação limita a privacidade dos idosos e, por isso, a sua expressão sexual.

Como as barreiras são ultrapassadas. Foram encontradas um total de sete categorias para ‘como as barreiras são ultrapassadas’: ‘nada pode ser feito’, ‘assistência de um profissional externo’, ‘mais educação/formação’, ‘facultar quartos privados’, ‘necessidade de autorização superior’, ‘aumentar a autoestima dos idosos’, e ‘mudar o comportamento dos idosos’.

Nada pode ser feito. Os participantes verbalizaram que não há nada a ser feito acerca das barreiras à expressão sexual.

Assistência de um profissional externo. Os participantes relataram que um profissional externo à equipa da instituição poderia facilitar o diálogo entre os CFs e os idosos.

Mais educação/formação. Os participantes reconheceram que têm lacunas na sua educação e que lhes faltam conhecimentos acerca da sexualidade dos idosos.

Facultar quartos privados. Os participantes verbalizaram que se as instituições fornecessem quartos privados, os idosos poderiam expressar a sua sexualidade livremente.

Necessidade de autorização superior. Os participantes relataram que as ordens superiores não toleram todos os comportamentos que os CFs consideraram aceitáveis.

Aumentar a autoestima dos idosos. Os participantes reconheceram que aumentar a autoestima dos idosos pode minimizar as barreiras à expressão sexual.

Mudar o comportamento dos idosos. Os participantes declararam que os CFs podem ter um papel na mudança de como os idosos expressam a sua sexualidade.

Sugestões sobre como melhorar o bem-estar sexual. Foram encontradas um total de seis categorias para ‘sugestões sobre como melhorar o bem-estar sexual’: ‘falar sem tabus’, ‘tratamento personalizado’, ‘facultar quartos privados’, ‘dar orientação’, ‘dar apoio’ e ‘assistência de profissional externo’.

Falar sem tabus. Os participantes recomendaram a conversa sem tabus como forma de discutir problemas sexuais com os idosos.

Tratamento personalizado. Os participantes sugeriram que compreender os idosos e dar-lhes um tratamento personalizado é uma boa maneira de melhorar seu bem-estar sexual.

Dar orientação. Os participantes relataram que os CFs devem orientar os idosos de forma a melhorar o bem-estar sexual.

Dar suporte. Os participantes declararam que deveriam incentivar qualquer tipo de comportamento sexual, respeitando limites.

Facultar quartos privados. Os participantes disseram que ter quartos privados na instituição melhoraria o bem-estar sexual.

Assistência de profissional externo. Os participantes relataram que seria mais fácil se tivessem outro profissional que os ajudasse.

DISCUSSÃO

Este estudo pretende explorar as experiências dos CFs em relação à sexualidade dos idosos e obter descrições dessas experiências. Nas ‘crenças face às barreiras da expressão sexual’, encontramos duas subcategorias – ‘barreiras dos idosos’ e ‘barreiras da instituição’. Parece que os participantes apenas reconheceram como barreiras à expressão

sexual aquelas que não puderam controlar, renunciando assim qualquer responsabilidade. Para ‘barreiras dos idosos’, a ‘personalidade’ e a ‘idade’ foram as categorias mais relatadas (ambas 50,0%). Contudo, esses resultados não parecem ser consistentes com a literatura. Estudos demonstraram que os CFs perceberam outros tipos de barreiras como relevantes, como falta de formação, falta de tempo ou vergonha (Haboubi & Lincoln, 2003). O facto dessa ser uma categoria relatada por metade dos participantes, demonstra atitudes negativas em relação à sexualidade tendo em conta a idade, que também foi verificada num outro estudo com a mesma amostra (Monteiro, von Humboldt, & Leal, 2017). Parece que 33,3% dos participantes consideram a ‘experiência de vida’ como uma barreira. Já foi demonstrado que tal pode comprometer o nível de conforto dos idosos ao discutir a sua sexualidade (Taylor & Gosney, 2011). ‘Personalidade’ e ‘experiência de vida’ foram categorias mencionadas pelos CFs, dando a ideia de que reconhecem que a sexualidade dos idosos é variável de individuo para individuo. Além disso, ‘menopausa’ (16,6%) e ‘limitações físicas e psicológicas’ (16,6%) foram encontradas como categorias para ‘barreiras dos idosos’. Estudos já demonstraram que a saúde física e psicológica, podem influenciar a expressão sexual (Helves & Chapman, 2012; Lindau et al., 2007; Schwartz et al., 2014, Stuttleworth, Russel, Weerakoon, & Dune, 2010). Para as ‘barreiras da instituição’, o ‘layout da instituição’ (83,3%) e a ‘falta de privacidade’ (33,3%) foram as categorias mais relatadas, consistentes com a literatura, que refere que onde há mais vigilância podem existir uma diminuição da privacidade do idoso (Bauer, 1999). ‘Ordens superiores’ e ‘obrigações legais’ foram as categorias menos verbalizadas pelos CFs (16,6%, ambas). Estes são resultados interessantes, pois implicam que os CFs necessitam de orientação formal para que os idosos expressem a sua sexualidade de forma adequada. Atualmente, os lares de idosos portugueses não são obrigados a desenvolver políticas ou a capacitar o pessoal sobre esta questão. A maioria das instalações não tem políticas que reconheçam explicitamente a sexualidade como parte da vida dos idosos, ao invés disso, lidam apenas com estes tipos de questões de forma informal (Stuttleworth, Russel, Weerakoon, & Dune, 2010).

Para ‘como as barreiras são ultrapassadas’, houve uma variedade de categorias encontradas. ‘Nada pode ser feito’ (16,6%) foi uma categoria encontrada consistente com o facto de que, nesta amostra, os CFs não

identificaram as barreiras que estavam diretamente relacionadas com eles, mas sim as relacionadas com os idosos ou à instituição. A ‘assistência de um profissional externo’ (16,6%) e ‘mais educação/formação’ (16,6%) também foram categorias encontradas revelando que os CFs têm pouca formação neste campo e que não há procedimentos que incluam a sexualidade dentro da instituição. ‘Facultar quartos privados’ (16,6%) também foi uma categoria encontrada, demonstrando que os CFs reconhecem a falta de privacidade na instituição. Este resultado parece consistente com a literatura que demonstrou que salas compartilhadas, camas de solteiro, cortinas divisórias e portas de correr (Bauer, 1999), contribuem para uma diminuição significativa de privacidade.

‘Necessidade de autorização superior’ (16,6%) foi verbalizado demonstrando que os CFs sentem que estão dependentes de ordens superiores. ‘Aumentar a autoestima dos idosos’ (16,6%) e ‘mudar o comportamento dos idosos’ (16,6%) também foram categorias encontradas. Estas duas categorias parecem demonstrar que os CFs acreditam que podem desempenhar um papel ativo no que se refere aos problemas sexuais dos idosos.

Nas ‘sugestões sobre como melhorar o bem-estar sexual’ a categoria mais prevalente foi ‘falar sem tabus’ (66,7%). Bauer e Geront (1999) já demonstraram que em lares de idosos deve ser criado um ambiente que apoie a verbalização aberta das necessidades sexuais dos idosos, para que a equipa possa planejar cuidados que sejam inclusivos da saúde sexual dos idosos. Além disso, ‘tratamento personalizado’ (50,0%) foi uma categoria referida por metade dos participantes. De facto, os CFs necessitam de ser abertos e sensíveis às questões sexuais, bem como cultivar uma forte compreensão pessoal e profissional da sexualidade e uma consciência dos efeitos da saúde sobre a competência sexual (Bentrott & Margrett, 2011). ‘Dar orientação’ (16,6%) também foi uma categoria encontrada, dando a ideia de que os CFs podem dar conselhos sobre a sexualidade dos idosos. Parece que os CFs reconheceram que precisam de estar preparados para abordar as preocupações sexuais dos idosos de maneira apropriada, para poderem oferecer conselhos e orientações aos idosos (Bauer & Geront, 1999). ‘Dar suporte’ (16,6%) mostra um aspeto diferente, no sentido em que os CFs acreditam que podem encorajar as manifestações sexuais na instituição. Os CFs não só parecem capazes de transmitir aos idosos que têm uma compreensão da sua saúde sexual como estão dispostos a discutir

a sexualidade e permitindo a expressão sexual em condições apropriadas. Por outro lado, as categorias ‘facultar quartos privados’ (16,6%) e ‘assistência de profissional externo’ (16,6%) também foram identificadas, revelando que os CFs sentem que precisam de apoio de outros profissionais como psicólogos, e destaca que a falta de privacidade é um grande obstáculo para a expressão sexual, como já foi demonstrado por Bouman, Arcelus, e Benbow (2006).

Concluimos que, embora os CFs sintam que podem mudar alguns dos seus comportamentos para melhorar a expressão sexual dos idosos na instituição, também sentem que precisam de mais ajuda para lidar com essa questão, seja de outros profissionais, mais educação/formação ou orientações/ordens superiores.

Atualmente em Portugal não existem políticas que reconheçam abertamente a sexualidade dos idosos, o que significa que a legislação atual não fornece nenhuma orientação sobre a sexualidade dos idosos num contexto institucional. Desta forma, os nossos resultados fornecem informações significativas sobre como os CFs percebem a sexualidade dos idosos e o que podem fazer para promover o bem-estar sexual dos idosos dentro da instituição

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo* [Content analysis]. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. (1999). Their only privacy is between their sheets. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(8), 37-41. Disponível em <http://dx.doi.org/10.3928/0098-9134-19990801-07a067423>
- Bauer, M., & Geront, M. (1999). The use of humor in addressing the sexuality of elderly nursing home residents. *Sexuality and Disability*, 17(2), 147-155.
- Bentrott, M., & Margrett, J. (2011). Taking a person-centered approach to understanding sexual expression among long-term care residents: theoretical perspectives and research challenges. *Ageing International*, 36(3), 401-417. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1007/s12126-011-9110-7>
- Bouman, W., Arcelus, J., & Benbow, S. (2007). Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents:

- A study in residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 45-61. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/14681990600637630>
- Elias, J., & Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1668-1676. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03409.x>
- Gastmans, C. (2014). Sexual expression in nursing homes: A neglected nursing ethics issue. *Nursing Ethics*, 21(5), 505-506. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014531530>
- Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2093-2103. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.025>
- Haboubi, N., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291-296. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/0963828021000031188>
- Helmes, E., & Chapman, J. (2012). Education about sexuality in the elderly by healthcare professionals: A survey from the Southern Hemisphere. *Sex Education*, 12(1), 95-107. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/14681811.2011.601172>
- Hubbard, G., Downs, M., & Tester, S. (2003). Meaningful social interactions between older people in institutional care settings. *Ageing and Society*, 23(01), 99-114. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1017/s0144686x02008991>
- Lindau, S., Schumm, L., Laumann, E., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C., & Waite, L. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1056/nejmo>
- Lyder, C. (1994). The role of the nurse practitioner in promoting sexuality in the institutionalized elderly. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 6(2), 61-63. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.1994.tb00919.x>
- McAuliffe, L., Bauer, M., & Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person: The role of the health professional. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 69-75. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00050.x>
- Monteiro, A., von Humboldt, S., & Leal, I. (2017). How do formal caregivers experience the sexuality of older adults? Beliefs and attitudes towards older

- adults' sexuality. *Psychology, Community & Health*, 6(1), 77-92. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v6i1.216>
- Parker, S. (2007). What barriers to sexual expression are experienced by older people in 24-hour care facilities? *Reviews In Clinical Gerontology*, 16(04). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1017/s0959259807002274>
- Roach, S. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: Staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371-379. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03206.x>
- Schwartz, P., Diefendorf, S., & McGlynn-Wright, A. (2014). Sexuality in aging. In L. Deborah, M. Diamond, A. Bauermeister, H. George, G. Pfaus, & M. Ward (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology: Person-based approaches* (vol. 1, pp. 523-551). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in residential aged care: A survey of perceptions and policies in Australian nursing homes. *Sexuality and Disability*, 28(3), 187-194. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-010-9164-6>
- Spector, I., Carey, M., & Steinberg, L. (1996). The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22(3), 175-190. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/00926239608414655>
- Tarzia, L., Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2013). Interviewing older people in residential aged care about sexuality: Difficulties and challenges. *Sexuality and Disability*, 31(4), 361-371. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-013-9297-5>
- Taylor, A., & Gosney, M. (2011). Sexuality in older age: Essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40(5), 538-543. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afr049>

QUAL O CONTRIBUTO DA ATIVIDADE FÍSICA NOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS?

Ana Oliveira¹ (✉ aimoliveira@iol.pt) & Luísa Pedro²

¹ ACES Loures-Odivelas, Portugal; ² Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal

Com o aumento do envelhecimento populacional a probabilidade dos indivíduos desenvolverem doenças crónicas e progressivas, associados a processos fisiopatológicos de evolução é cada vez maior. Uma perda da funcionalidade é vivenciada no percurso da maioria destas doenças associado a alterações físicas, psíquicas, emocionais e espirituais. Torna-se premente o uso de uma abordagem que vise melhorar a qualidade de vida destes doentes e dos seus familiares nomeadamente os cuidados paliativos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde os cuidados paliativos são cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias confrontados com os problemas associados a uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, ameaçador da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (WHO, 2002).

A fisioterapia tem como objetivo principal, na sua abordagem paliativa, a melhoria da qualidade de vida dos doentes sem possibilidades curativas, intervindo na redução dos sintomas, na prevenção e compensação do declínio funcional, na optimização da mobilidade e da função. Deste modo, contribui para que os doentes permaneçam fisicamente independentes de modo a conseguirem executar as suas tarefas da vida diária mantendo a mobilidade o que se traduz em ganhos na sua qualidade de vida. Passando, desta forma, a sua intervenção para além da dimensão física do doente.

Uma das ferramentas que a fisioterapia possui para atingir estes objetivos é a actividade física. Vários estudos da literatura apontam os

benefícios da prática de uma atividade física no estado funcional do individuo bem como na sua qualidade de vida (Dittus, Gramling, & Ades, 2017; Ngo-Huang, 2017; Sheil, Guinan, Neill, Hevey, & Hussey, 2017; Wasley et al., 2017).

O objectivo deste estudo visa identificar os benefícios dos doentes em cuidados paliativos da prática de uma atividade física?

MÉTODO

Realizamos uma revisão da literatura. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados “PEDro” e “PubMed” em setembro de 2017, integrando artigos no período de janeiro a setembro de 2017. Os descritores utilizados nas bases de dados foram: atividade física e cuidados paliativos (physical activity and palliative care), obtivemos um total de 62 artigos. Procedemos aos critérios de inclusão no estudo que foram: artigos publicados em 2017, em que abordavam a actividade física e os cuidados paliativos, com resumo e texto disponíveis online e escritos em português ou inglês. Num total de 62 artigos encontrados foram seleccionados 16 artigos.

RESULTADOS

Da análise da literatura foi evidenciado que os doentes em cuidados paliativos beneficiam da prática de actividade física, na gestão da sua doença e na manutenção da autonomia funcional (Dittus et al., 2017; Ngo-Huang et al., 2017; Sheil et al., 2017; Wasley et al. 2017). Tendo a fisioterapia, através dos seus programas de intervenção, um contributo favorável para a promoção da autonomia e a optimização da qualidade de vida dos doentes paliativos (Pyszora Budzyński, Wójcik, Prokop, & Krajnik, 2017; Thorsen et al., 2017).

Um estudo realizado por Sheil et al. (2017) refere que os níveis de actividade física desempenham um papel importante na manutenção da

qualidade de vida e no aprimoramento da função física dos doentes com cancro avançado e que um breve apelo ao exercício por parte dos médicos pode aumentar os níveis de actividade física de doentes com diagnóstico de cancro. Contudo, é necessário proceder à educação dos médicos para fornecer recomendações de actividade física para doentes com diagnóstico de cancro avançado. As preocupações com a prescrição de actividade física aos doentes com metástases ósseas destacam a necessidade de disseminar a evidência sobre os benefícios da actividade física junto dos profissionais de saúde.

Para Wasley et al. (2017) os doentes com diagnóstico de cancro avançado sofrem frequentemente um declínio na realização das suas actividades associadas à perda involuntária de peso e de massa muscular (caquexia), o que pode afetar profundamente a função e a qualidade de vida. A participação em programas de exercício pode manter a função física e psicológica nestes doentes com cancro contudo em doentes caquéticos a informação é escassa. Tal facto levou os autores a tentarem entender como é que as experiências desses doentes estão associadas à participação no exercício, investigando a história do exercício, a autoconfiança e as motivações do exercício e relações entre variáveis relevantes. Os doentes relataram baixos níveis de actividade física, e poucos realizaram exercícios estruturados regularmente. A auto-eficácia do exercício foi muito baixa com preocupações de que poderia piorar os sintomas e causar danos. Os doentes mostraram um controle perceptível e uma forte necessidade de aprovação, mas receberam poucos conselhos de profissionais de saúde. As preferências da prática eram para actividades de baixa intensidade, por conta própria, em regime domiciliar.

Thorsen et al. (2017) num estudo que fizeram para observar qual a viabilidade de uma intervenção de actividade física durante e logo após a quimioterapia em doentes com cancro testicular evidenciaram a necessidade de uma estreita cooperação entre pesquisadores, clínicos e funcionários dos laboratórios para aumentar a taxa de conformidade de recrutamento e avaliação e sugerem que o interesse pela prática de uma actividade física durante a quimioterapia é alto e que o aconselhamento presencial de um treinador pessoal ou de um fisioterapeuta pode ser importante para aumentar o nível de actividade física.

Segundo Dittus et al. (2017), apesar dos avanços da medicina relativo às melhorias na terapia, uma grande proporção de indivíduos com cancro

terá uma expectativa de vida reduzida devido a doença avançada ou metastática outra terá uma expectativa aumentada aumentando assim a importância de viver bem e de prevenir o declínio. O exercício tem potencial para melhorar a aptidão aeróbica, a função física, controlar a fadiga e melhorar a qualidade de vida. No entanto, as intervenções de exercício não são prescrições de rotina para pessoas com cancro avançado. De uma revisão sistemática da literatura sobre resultados de intervenções que incluem exercícios para doentes com cancro avançado os autores referem que no geral, as intervenções contendo exercícios resultaram em melhorias nas medidas de capacidade aeróbica, de força e componentes da função física. Os participantes relataram melhorias na qualidade de vida. Resumindo, o exercício fornecido a doentes com cancro avançado mantém ou melhora a aptidão física e a função física e pode diminuir a fadiga e melhorar a qualidade de vida, devendo ser considerado como uma intervenção para evitar novas complicações de saúde.

Neefjes et al. (2017) referem que a fadiga relacionada com o cancro reduz a qualidade de vida e o nível de atividade dos doentes com cancro e que esta pode ser reduzida por intervenções de programas de exercícios que podem aumentar simultaneamente a massa muscular. Os autores concluíram que a baixa massa muscular está diretamente relacionada à fadiga e encontraram uma associação significativa entre massa muscular e a fadiga relacionada com o cancro em homens com cancro avançado, mas não em mulheres. Estas conclusões podem levar à sugestão de que o exercício pode potencialmente ser benéfico para reduzir ou prevenir a fadiga nos homens, aumentando a massa muscular.

Para Poort et al. (2017) a fadiga é um sintoma comum e debilitante para doentes com cancro incurável sujeitos a tratamento sistémico com intenção paliativa que compromete a qualidade de vida. O exercício graduado e as intervenções comportamentais cognitivas parecem ser promissores na sua redução. Um estudo efetuado por Pyszora et al. (2017) para avaliar o efeito de um programa de fisioterapia sobre a fadiga relacionada com o cancro e outros sintomas em pacientes com cancro avançado concluíram que o programa de exercícios causou uma redução significativa nos scores de fadiga em termos de gravidade da fadiga e no seu impacto no dia a dia. Não foram observadas alterações significativas no grupo de controle. Verificou-se ainda que o programa de fisioterapia melhorou o bem-estar geral dos doentes e reduziu a intensidade de

sintomas coexistentes, como a dor, a sonolência, a falta de apetite e a depressão. O programa incluiu exercícios ativos, técnicas de liberação miofascial e PNF. Os resultados do estudo sugerem a fisioterapia como um método seguro e eficaz na intervenção da fadiga relacionada com o cancro.

A evidencia científica confirma os aspetos positivos da atividade física em doentes paliativos, contudo é importante a adequação a cada individuo, de um programa de atividade física, tendo em conta a diversidade da situação, a gravidade da doença, bem como, os contextos psicossociais dos doentes.

DISCUSSÃO

Dos estudos analisados recomenda-se a prática de uma atividade física nos doentes em cuidados paliativos. Segundo alguns autores, o exercício melhora a função física e a qualidade de vida. Contudo é necessária uma correta avaliação da condição clínica e funcional do individuo de modo a ser prescrito um plano individual de actividade física. Esta prescrição deverá ser realizada por um profissional habilitado e detentor de conhecimentos relativos aos benefícios da prática de actividade física nos doentes com cancro. Torna-se imprescindível divulgar a evidência dos benefícios da actividade física junto dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Dittus, K. L., Gramling, R. E., & Ades, P. A. (2017). Exercise interventions for individuals with advanced cancer: A systematic review. *Preventive Medicine*, S0091-7435(17)30262-1. doi: 10.1016/j.ympmed.2017.07.015
- Neeffjes, E. C. W, van den Hurk, R. M., Blauwhoff-Buskermolen, S., van der Vorst, M. J. D. L., Becker-Commissaris, A., de van der Schueren, M. A. E., ... Verheul H. M. W. (2017). Muscle mass as a target to reduce fatigue in patients with advanced cancer. *Journal Cachexia Sarcopenia Muscle*, 8(4), 623-629. doi: 10.1002/jcsm.12199

- Ngo-Huang, A., Parker, N. H., Wang, X., Petzel, M. Q. B., Fogelman, D., Schadler, K. L., ... Katz M.H.G. (2017). Home-based exercise during preoperative therapy for pancreatic cancer. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 15, 1-10. doi: 10.1007/s00423-017-1599-0
- Poort, H., Verhagen, C., Peters, M., Goedendorp, M., Donders, A. R., Hopman, M. T., ...Knoop, H. (2017) Study protocol of the TIRED study: A randomised controlled trial comparing either graded exercise therapy for severe fatigue or cognitive behaviour therapy with usual care in patients with incurable cancer. *BMC Câncer*, 28, 17-21. doi: 10.1186/s12885-017-3076-0
- Pyszora, A., Budzyński, J., Wójcik, A., Prokop, A., & Krajnik, A. (2017). Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Supportive care in câncer: Official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(9), 2899-2908. doi: 10.1007/s00520-017-3742-4
- Thorsen, L., Kirkegaard, C., Loge, J., Kiserud, C. E., Johansen, M. L., Gjerset, G., Ik Dahl, T. (2017). Feasibility of a physical activity intervention during and shortly after chemotherapy for testicular cancer. *BMC Research Notes*, 10(21), 1-9. doi: 10.1186/s13104-017-2531-y
- Sheill, G., Guinan, E., Neill, O., Hevey, D., & Hussey, J. (2017). Physical activity and advanced cancer: the views of oncology and palliative care physicians in Ireland. *Irish Journal of Medical Science*, 31(1-6). doi: 10.1007/s11845-017-1677-x
- Wasley, D., Gale, N., Roberts, S., Backx, K., Nelson, A., van Deursen, & R., Byrne, A. (2017). Patients with established cancer cachexia lack the motivation and self-efficacy to undertake regular structured exercise. *Psychooncology*, 31. doi: 10.1002/pon.4512
- World Health Organization (WHO). (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*. Geneva, Switzerland. Retirado a 15 de setembro, de <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA MEIA- IDADE

Ana Sobral Canhestro¹ (✉ ana.canhestro@ipbeja.pt)

¹Instituto Politécnico de Beja, Portugal

A atenção para a necessidade de promover o envelhecimento saudável cresceu nas últimas décadas como consequência das alterações demográficas e epidemiológicas verificadas no século XX. A Europa é o continente mais afetado pelo envelhecimento demográfico e neste contexto Portugal integra a lista dos países mais envelhecidos do mundo (Rosa & Chitas, 2010). A região Alentejo é a mais envelhecida de todo o território nacional e o Baixo Alentejo apresenta simultaneamente um elevado índice de envelhecimento e a menor esperança de vida ao nascer e aos 65 anos de todo o território nacional continental (INE, 2012; Santana, Alves, Couceiro, & Santos, 2008). O Alentejo apresenta, também, a mais elevada percentagem de pessoas com declínio do estado de saúde, como resultado de doenças agudas e crónicas, revelando uma maior necessidade de cuidados de saúde (Santana et al., 2008).

Um estilo de vida saudável é mais importante do que os fatores genéticos na manutenção da saúde ao longo do processo de envelhecimento e que, embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, uma saúde precária não necessita de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (OMS, 2015; Oxley, 2009). A idade adulta é vista como uma fase fundamental para manter o foco na promoção de estilos de vida saudáveis e para se atuar ao nível da prevenção das doenças crónicas, sendo reconhecido que o estilo de vida adotado até e durante a meia-idade – entendida neste contexto cronologicamente como o período dos 45 aos 64 anos, de acordo com a classificação de Spirduso (2004) – terá um grande impacto na saúde em idade mais avançada (Sanders, 2006; Papalia, Olds, & Feldman, 2006) e de que nunca é tarde para se adotarem estilos de vida saudáveis (Davim et al., 2010).

O objetivo do estudo é identificar como diferentes fatores influenciam a adoção de estilos de vida promotores de saúde das pessoas de meia-idade do Baixo Alentejo.

MÉTODO

O estudo, de natureza correlacional, que aqui se apresenta inseriu-se numa investigação mais ampla que teve como finalidade contribuir para um conhecimento mais profundo relativamente à promoção e à adoção de estilos de vida saudáveis e aos seus determinantes. Neste tipo de estudo, as relações entre as variáveis a ser investigadas devem ser provenientes de uma teoria (Freixo, 2012) e neste caso provém da teoria de médio alcance de Nola Pender, que deu origem ao Modelo de Promoção da Saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Participantes

Participaram neste estudo 894 pessoas de meia-idade, dos quais 54,3% são mulheres e 45,7% são homens, residentes no Baixo Alentejo, inscritas numa das catorze unidades funcionais do ACESBA. Conforme predefinido, as idades estão compreendidas entre os 45 e os 64 anos, com uma média de idade de 54 anos e um desvio padrão de 5,8 anos. Usámos um método de amostragem não probabilístico, usando a técnica de amostragem por quotas onde os sujeitos foram escolhidos por apresentarem as características procuradas (Freixo, 2012).

Material

Para a recolha de dados foi construído um questionário de autorresposta, constituído por uma primeira parte contendo 29 itens sobre aspetos ligados às características e experiências individuais (fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais), e às influências interpessoais e à autoeficácia percebida. No que respeita aos comportamentos foram avaliados os comportamentos de risco (consumo de álcool – avaliado

através do AUDIT C e consumo de tabaco) e os comportamentos promotores de saúde, estes foram avaliados na segunda parte do questionário através da Escala de Perfil de Estilos de Vida Promotores de Saúde na versão traduzida e validada para Portugal e que inclui 52 itens (Sousa, Gaspar, Vaz, Gaspar, & Dixe, 2015). A nossa opção por esta escala surgiu-nos como natural e congruente tendo em conta que é um dos instrumentos considerados apropriados para pesquisas que utilizem o Modelo de Promoção da Saúde (Walker, Sechrist, & Pender, 1995) e mede o Estilo de vida promotor de saúde no global e em cada uma das dimensões (seis subescalas): Responsabilidade em saúde; Atividade física; Nutrição; Relações interpessoais; Crescimento espiritual; e Gestão do stress. As autoras recomendam o uso de médias para o cálculo dos scores obtidos e que seja mantida a métrica entre 1 e 4 para que sejam possíveis comparações entre os resultados das diferentes subescalas (Walker et al., 1995). Tendo por base a métrica utilizada, a obtenção de um score médio superior a 2,5 foi considerada um resultado positivo (Al-Kandari, Vidal & Thomas, 2008; Zhang, Tao, Ueda, Wei, & Fang, 2013), tendo-se categorizado os scores médios obtidos da seguinte forma: elevados (quando é obtida uma média superior a 3), moderados (quando é obtida uma média entre 2,5 e 3) e baixos (quando é obtida uma média inferior a 2,5) (Al-Khawaldeh, 2014).

Procedimentos

Para aplicação dos questionários, a estratégia de contacto com os participantes foi centrada nos enfermeiros dos Centros de Saúde cujo conhecimento e proximidade com a comunidade permitiu uma elevada adesão dos participantes. Em consonância com os princípios éticos que devem nortear uma investigação desta natureza, obtivemos parecer positivo para a realização do estudo da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da ULSBA; os participantes deram o seu consentimento informado tendo sido salvaguardado o seu anonimato, bem como o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas. A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 21.

RESULTADOS

O Índice de Massa Corporal [IMC], varia entre 17,2 e 45,2 Kg/m², com um IMC médio de 26,7 Kg/m² e um desvio padrão de 4,1 Kg/m². Ao distribuímos os resultados pelas classes definidas pela OMS verificamos que 36,6% das pessoas de meia-idade tem peso considerado como normal, sendo a pré-obesidade a categoria mais prevalente (43,5%). A maioria dos inquiridos (62,7%) encontra-se acima do peso recomendado, ou seja apresenta pré-obesidade (43,5%) ou obesidade (19,2%). A classe mais prevalente, em ambos os géneros, é a pré-obesidade com 41,2% das mulheres e 46,2% dos homens nessa categoria.

Quase metade (49,1%) das pessoas inquiridas reporta pelo menos uma doença crónica, sendo cinco o número máximo de doenças crónicas relatadas por três respondentes. As doenças crónicas mais referidas são a Hipertensão Arterial [HTA] (23,5%), a Diabetes (10,7%) e os Problemas músculo-esqueléticos (9,1%). Relativamente a co-morbilidades destaca-se que 6,6% dos inquiridos reportam ter HTA e Diabetes. A maioria dos inquiridos tem uma autoapreciação positiva do seu estado de saúde (54,1% na classificação Muito bom e Bom, contra 7,7% na classificação de Mau ou Muito mau). As mulheres e as pessoas com doenças crónicas têm uma autoperceção da saúde mais negativa.

No que diz respeito ao consumo de tabaco a maioria declarou-se como Não fumador (54,4%), sendo de assinalar que das categorias restantes se destaca a categoria Ex-fumador (19,9%) e só depois surge a categoria Fumador (18,1%), o que significa que 74,3% da amostra refere não fumar na atualidade. Destaca-se o facto de o consumo de tabaco ser mais prevalente no género masculino. Relativamente ao consumo de álcool, no que respeita à classificação dos resultados obtidos no AUDIT C, verificamos que a categoria Consumo baixo é a que prevalece (46%), seguida da categoria Abstinente (36%) e por fim o Consumo excessivo (18%). Na análise bivariada entre o Consumo de Álcool e o Género podemos verificar que há uma maior prevalência de abstinentes entre o género feminino (51,8%), enquanto o consumo excessivo é mais prevalente nos homens (31,5%).

Os participantes apresentam um score global médio no Estilo de Vida Promotor de Saúde de 2,43, considerado baixo. Para as subescalas os

scores médios obtidos foram: Crescimento Espiritual (2,79), Nutrição (2,66), Relações interpessoais (2,62), Responsabilidade em saúde (2,30), Gestão do stress (2,23) e Atividade física (1,90): as últimas três componentes não atingem um valor positivo, tendo scores baixos, e as três primeiras são considerados positivos embora moderados.

A análise da relação entre os diferentes fatores e o Estilo de Vida Promotor de Saúde destacam-se: o Estilo de Vida Promotor de Saúde correlaciona-se negativamente com a idade e o IMC. Existem diferenças significativas no Estilo de Vida Promotor de Saúde entre homens e mulheres e também nas pessoas com e sem doença crónica. Quanto às relações entre a Autoperceção do Estado da Saúde e o Estilo de Vida Promotor de Saúde verifica-se uma Autoperceção positiva associada a scores mais elevados no Estilo de vida Promotor de Saúde: correlação positiva e significativa entre o Nível de Escolaridade e o Estilo de Vida Promotor de Saúde. Pela importância que lhe é dada na literatura destaca-se a importância desta relação, e a necessidade de continuar a promover a literacia em geral e em saúde em particular. O Rendimento Familiar mensal correlaciona-se positiva e significativamente com o Estilo de Vida Promotor de Saúde. Tendo em conta estes resultados importará ter especial atenção para os grupos com rendimento mais baixo para que não se agravem as iniquidades em saúde.

As relações entre a Autoeficácia Percebida e o Estilo de Vida Promotor de saúde mostra que a Autoeficácia se associa ao Estilo de Vida Promotor de Saúde. Confirmando que a Autoeficácia prediz a adoção de comportamentos promotores de saúde (Pender et al., 2011).

DISCUSSÃO

O peso acima do recomendado pela OMS é uma realidade para a maioria das pessoas inquiridas, sendo consonante com a elevada prevalência deste problema de saúde que atinge todos os grupos etários e sociais, a nível nacional e europeu (OCDE, 2016). A prevalência de excesso de peso/obesidade na nossa amostra (62,7%) atinge valores superiores à média europeia para os adultos (52%) (WHO, 2013) e

também superiores à média nacional (51,5%) reportada pelo estudo realizado pelo Observatório Nacional da Atividade Física e Desporto (Baptista et al., 2011) e também à reportada no INS 2014 (52,8%) para a população com 18 anos ou mais (INE, 2016) aspeto que pode estar relacionado com o grupo etário por nós escolhido, pois a prevalência de excesso de peso e obesidade crescem com a idade (Baptista, et al., 2011, WHO, 2013) e de facto um IMC mais elevado corresponde às pessoas mais velhas da nossa amostra. Quase metade das pessoas inquiridas reporta pelo menos uma doença crónica, uma elevada prevalência de doenças crónicas na população adulta (entre os 25 e os 74 anos) foi também reportada por Barreto et al. (2016). Das doenças crónicas referidas pelos inquiridos destacamos a HTA e a Diabetes que podem surgir isoladamente ou como co-morbilidade, destaque que damos a estas doenças crónicas deve-se à sua elevada prevalência na amostra (bem como a nível nacional) mas também porque as iniciativas transversais destinadas a reduzir a sua prevalência, através de apoio a um comportamento saudável, têm também impactos positivos num número muito maior de pessoas que sofrem de outras doenças (Crisp et al., 2014).

Os resultados relativos à Autoperceção do estado de saúde estão em consonância com os resultados do INS 2014 onde também as mulheres tinham uma perspetiva mais negativa do seu estado de saúde (INE, 2016). O estudo deste fator é de extrema importância pois é considerado como um preditor da saúde e bem-estar e também da mortalidade das pessoas (Pender et al., 2011; Stone, Schwartz, Broderick, & Deaton, 2010). Nos comportamentos de risco destaca-se o facto de o consumo de tabaco e o consumo excessivo de álcool ser mais prevalente nos homens, resultados que estão em consonância com outros estudos nacionais (Balsa, Vital, & Urbano, 2012; INE, 2016; Ribeiro, 2011; SICAD, 2015).

O Estilo de Vida Promotor de Saúde, como já referimos não atinge um valor considerado positivo (média igual a superior a 2,5), sendo categorizado como um score baixo, o mesmo acontecendo nas componentes: Responsabilidade em saúde, Gestão do stress e Atividade física onde são reportando valores ainda inferiores. Os scores obtidos nas componentes: Crescimento espiritual, Nutrição e Relações interpessoais, são considerados resultados positivos mas moderados (média entre 2,5 e 3). Em consonância com estes resultados, no que respeita à Atividade Física, o estudo de Lopes et al. (2017) destaca o sedentarismo da

população portuguesa, referindo o Alentejo como uma das regiões com maior taxa de sedentarismo na população adulta. Mas este aspeto parece não ser exclusivo do nosso país pois também em estudos realizados em diferentes países e tendo como participantes adultos de diferentes idades, a Atividade física foi a componente que obteve a média mais baixa (Al-Khawaldeh, 2014; Asrami, Hamzehgardeshi, & Shahhosseini, 2016; Chouhan, 2017).

No que respeita à correlação negativa entre a idade e o Estilo de Vida Promotor de Saúde encontrámos na literatura consultada alguns resultados semelhante (e.g., Zhang et al., 2013) mas também dissonantes (e.g., Asrami et al., 2016). Face a estas diferenças e havendo autores que referem que o aumento dos constrangimentos físicos relacionados com a idade bem como as decorrentes alterações ao nível das responsabilidades pessoais, dos interesses e dos papéis podem influenciar o envolvimento das pessoas mais velhas nos comportamentos promotores de saúde (Papalia et al., 2006; Ammouri, 2008; Pender et al., 2011) consideramos que será importante desenvolver investigações futuras que aprofundem estes aspetos.

No que respeita às diferenças significativas entre género relativamente às componentes do Estilo de Vida Promotor de Saúde estudos prévios (e.g., Ammouri, 2008; Callaghan, 2006; Zhang et al., 2013) corroboram alguns dos resultados que encontrámos, havendo no entanto, outros estudos que não encontraram diferenças significativas entre géneros (e.g., Al-Khawaldeh, 2014; Nacar et al., 2014). Face às diferenças encontradas nos diferentes estudos consultados, será necessário um aprofundamento da investigação acerca dos aspetos que influenciam as diferenças de género no que respeita ao Estilo de Vida Promotor de Saúde. Verificou-se que as pessoas que referem não ter doença crónica apresentam níveis superiores ao nível do Estilo de Vida Promotor de Saúde e ao nível das seguintes componentes: Atividade física, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do stress. Alguns destes resultados estão em consonância com o estudo de Callaghan (2006). O estudo de Sonmezer, Cetinkaya e Nacar (2012) referia, no entanto, que as pessoas com doenças crónicas apresentavam scores mais elevados no Estilo de Vida Promotor de Saúde. Também a este nível importará realizar mais investigação sobretudo tendo em conta a importância que a adoção de comportamentos promotores de saúde tem para as pessoas com doenças crónicas e o facto

de estes serem aspetos abordados habitualmente nas consultas de vigilância de algumas doenças crónicas (e.g., HTA e Diabetes), nomeadamente os aspetos ligados à nutrição e atividade física.

Os resultados obtidos na relação entre a Autoperceção do estado de saúde e o Estilo de Vida Promotor de Saúde estão em consonância com diversos estudos (e.g., Huang, Li, & Tang, 2010; Nacar et al., 2014) e apoiam a preposição de que o estado de saúde percebido influencia a adoção de uma prática regular de comportamentos promotores da saúde (Pender et al., 2011). Estudos prévios (e.g., Arras, Ocletree, & Welshimer, 2006; Sonmezer et al., 2012) encontraram uma correlação positiva e significativa entre o Nível de escolaridade e o Estilo de Vida Promotor de Saúde. No que respeita à correlação positiva entre o Rendimento e o Estilo de Vida Promotor de Saúde outros estudos (e.g., Ammouri, 2008; Zhang et al., 2013) encontraram resultados semelhantes, sendo sugerido que o ambiente social em que os adultos vivem influencia o seu acesso a recursos que promovem os comportamentos saudáveis e ao mesmo tempo cria padrões comportamentais que são normativos para aquele ambiente, sendo comum a associação entre baixo rendimento, baixo nível educacional e níveis mais baixos de comportamentos de promoção da saúde (Arras et al., 2006).

À semelhança dos nossos resultados, estudos prévios (Cid, Merino, & Stiepovich., 2008; Beal, Stuifbergen, & Brown, 2009; Agazio & Buckley, 2010) encontraram uma correlação positiva entre a autoeficácia percebida e o PEVPS. Sendo, a autoeficácia, considerada um forte preditor da adoção de comportamentos de promoção da saúde devem ser adotadas estratégias para a promover e manter (Agazio & Buckley, 2010).

Os resultados apresentados permitem-nos concluir que, do ponto de vista clínico, este grupo de pessoas de meia-idade apresenta um elevado risco para o desenvolvimento de doenças crónicas (sendo que uma grande percentagem já as apresenta, situação que pode ser agravada) manifestado numa elevada prevalência de pré-obesidade e obesidade, que nos homens se conjuga com uma maior prevalência de comportamentos de risco (consumo de tabaco e de álcool). Para ambos os géneros esses aspetos são conjugados com um Estilo de vida promotor de saúde com score global negativo, com especial ênfase para a componente Atividade física.

Os resultados mostram que um envelhecimento saudável implica, intervenções que tenham em conta os fatores identificados, com o objetivo

de promoção de estilos de vida saudáveis. Estas intervenções devem ser planeadas, implementadas e avaliadas com os participantes para que estes se tornem mais conscientes do seu estilo de vida e das consequências que este tem na sua saúde, tornando mais efetivas essas intervenções.

REFERÊNCIAS

- Agazio, J. G., & Buckley, K. M. (2010). Finding a Balance: Health Promotion Challenges of Military Women. *Health Care for Women International, 31*, 848-868. doi: 10.1080/07399332.2010.486095
- Al-Kandari, F., Vidal, V. L., & Thomas, D. (2008). Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing and Health Sciences, 10*, 43-50. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00370.x
- Al-Khawaldeh, O. A. (2014). Health promoting lifestyles of Jordanian university students. *International Journal of Advanced Nursing Studies, 3*, 27-31. doi: 10.14419/ijans.v3i1.1931
- Ammouri, A. A. (2008). Demographic differences in health promotion lifestyle of adult Jordanians. *Jordan Medical Journal, 42*(4), 2-9.
- Arras, R., Ocletree, R., & Welshimer, K. (2006). Health promoting behaviors in men age 45 and above. *International Journal of Men's Health, 5*, 65-79. doi: 10.3149/jmh.0501.65
- Asrami, F. S., Hamzehgardeshi, Z., & Shahhosseini, Z. (2016). Health Promoting Lifestyle Behaviors in Menopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Global Journal of Health Science, 8*, 128-134. doi: 10.5539/gjhs.v8n8p128
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2012). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD].
- Baptista, F., Silva A. M., Marques, E., Mota J., Santos R., Vale S., ... Moreira, H. (2011). *Livro Verde da Aptidão Física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., ... Dias, C. M. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).

- Beal, C.C., Stuifbergen, A.K., & Brown, A. (2009). Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome. *Psychology, Health & Medicine, 14*, 343-353. doi: 10.1080/13548500902730093
- Callaghan, D. (2006). The influence of basic conditioning factors on healthy behaviors, self-efficacy, and selfcare in adults. *Journal of Holistic Nursing, 24*, 178-185. doi: 10.1177/0898010106289854
- Chouhan, S. (2017). Analysing health promoting life styles of medical students in Bhopal, Madhya Pradesh, India by HPLP-II. *International Journal of Community Medicine and Public Health, 4*, 195-199. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20164737
- Cid, P., Merino, J. P., & Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile, 134*, 1491-1499. doi: 10.4067/S0034-98872006001200001
- Crisp, L. N. (coord.), Berwick, D., Kickbush, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, S. (2014). *Um futuro para a saúde – Todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Davim, R., Araújo, M., Nunes, V., Alchieri, J., Silva, R., & Carvalho, C. (2010). Aspects related to healthy aging human. *Journal of Nursing UFPE, 4*, 2018-2024. doi: 10.5205/1981-8963-v4i4a6388p1961-1967-2010
- Freixo, M. J. V. (2012). *Metodologia Científica. Fundamentos, métodos e técnicas* (4ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Huang, S., Li, R., & Tang, F. (2010). Comparing disparities in the Health-promoting Lifestyles of Taiwanese Workers in Various Occupations. *Industrial Health, 48*, 256-264. doi: 10.2486/indhealth.48.256
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., ... Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física – IAN-AF, 2015-2016*. Porto: Universidade do Porto.
- Nacar, M., Baykan, Z., Cetinkaya, F., Arslantas, D., Ozer, A., Coskun, O., ... Yilmaze, G. (2014). Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: A Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15*(20), 8969-8974.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. (Resumo em português). Genebra: OMS.

- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE]. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Oxley, H. (2009). *Policies for Healthy Ageing: An Overview*. OECD Health Working Papers, 42, OECD Publishing.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, SA.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Ribeiro, C. (2011). Medicina Geral e Familiar e a abordagem do consumo de álcool – Detecção e intervenções breves no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 355-368.
- Rosa, M. J., & Chitas, P. (2010). *Portugal: Os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing Older People*, 18, 18-25. doi: 10.7748/nop2006.04.18.3.18.c2417
- Santana, P. [Coord.], Alves, I., Couceiro, L., & Santos, R. (2008). *Envelhecimento e saúde em Portugal*. PNS em foco – Boletim informativo n.º2. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete de Informação e Prospectiva.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação. (2015). *Relatório Anual 2014 – A Situação do País em Matéria de Álcool*. Lisboa: SICAD.
- Sonmezer, H., Cetinkaya, F., & Nacar, M. (2012). Healthy life-style promoting behaviour in Turkish women aged 18-64. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 1241-1245. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.4.1241
- Sousa, P., Gaspar, P., Vaz, D.C., Gonzaga, S., & Dixe, M. A. (2015). Measuring Health-Promoting Behaviors: Cross-Cultural Validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26, 54-61. doi: 10.1111/2047-3095.12065
- Spiriduso, W. W. (2004). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Stone, A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *PNAS*, 107, 1-6. doi: 10.1073/pnas.1003744107

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). *Health Promotion Model – Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II]* (Adult Version) – Scoring Instructions.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Physical activity and older adults: Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above*. Geneva: WHO.
- Zhang, S., Tao, F., Ueda, A. Wei, C., & Fang, J. (2013). The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of Northeastern China. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18, 458-465. doi: 10.1007/s12199-013-0342-x

CRENÇAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E PREVENÇÃO DO CANCRO

Andrea Costa¹, Catarina Coelho¹, Sara Silva¹, & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ²ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

O homem alimenta-se de acordo com a sociedade a que pertence, sendo a cultura que define os produtos que são comestíveis bem como as proibições alimentares (Martins, 2009). Segundo Monteiro (2000), com o passar do tempo têm vindo a ocorrer mudanças nos hábitos alimentares da população, denotando-se que estes hábitos vêm a ser adaptados às novas situações decorrentes das necessidades diárias da pessoa (Panato et al., 2007). Uma alimentação coerente, ponderada e saudável é hoje um aspeto determinante para um estilo de vida saudável em todas as faixas etárias (Viana, 2002), contribuindo para o aumento da sensação geral de bem-estar, levando a uma forte influência na prevenção de doenças crónicas (Jovičić, 2015).

Segundo dados da OMS (2002 e 2003), as doenças crónicas têm vindo a aumentar, estimando-se que em 2020 cerca de 80% das doenças nos países em vias de desenvolvimento fique a dever-se a diversos problemas crónicos (Pinheiro, 2008). Falar de cancro muitas vezes é falar de vivências intensas e angustiantes, falar de medos, lutas, vitórias, derrotas, uma infinidade de emoções, por sua vez, os sentimentos associados às crenças acerca do cancro ser sinónimo de dor e morte leva a que muitas pessoas evitem prevenir-se (Grou, 2007).

A vinculação entre a alimentação saudável e o cancro não é recente, numerosos estudos demonstram que as populações que baseiam os seus hábitos alimentares em alimentos saturados em gordura, estão mais suscetíveis a desenvolver cancro do que as populações com hábitos alimentares à base de fibras, frutas, leguminosas e vegetais (Barnard, 2013). Assim, o conhecimento da relação entre a alimentação e o cancro aumentou

exponencialmente nos últimos anos (Guthrie, Derby, & Levy, 1990). Doll e Peto (1981), descobriram que aproximadamente 35% das mortes derivadas do cancro poderiam ser prevenidas através de uma alimentação saudável, por sua vez, o World Cancer Research fund e o American Institute for Cancer Research (1997) depararam-se com uma estimativa onde 30 a 40% da incidência do cancro na população poderia ser prevenida através de uma alimentação saudável (Sullivan & Klassen, 2007).

Os estudos que se referem às crenças sobre a alimentação saudável prevenir o cancro na população portuguesa são escassos, não existindo instrumentos de avaliação que meçam este constructo, neste sentido, o presente estudo tem como objetivos: i. analisar se existem diferenças entre os participantes com cancro e sem cancro na escala de crenças alimentares; ii construção de um instrumento que visa medir as crenças alimentares e prevenção de doenças crónicas da população portuguesa e validação da escala que visa medir as crenças entre as doenças e a alimentação; iii. analisar se existem influências das variáveis nas crenças; iv. analisar se existem diferenças de género, idade, habilitações literárias e rendimento mensal na escala de crenças de doença e alimentação na população com cancro e v. realizar uma análise descritiva das diferenças entre a população com cancro e a população sem cancro na relação causal entre doenças e alimentação.

MÉTODO

Participantes

A amostra constitui-se por 115 participantes com cancro, 85,2% mulheres e 14,8% homens, com idades compreendidas entre os 20 e 89 anos ($M=52.96\%$; $DP=13,79$). 32,2% dos 115 participantes frequentou o Ensino Superior, 26,1% têm um rendimento mensal até 530€.

Material

O protocolo de investigação que inclui um *Questionário sociodemográfico*, que permite recolher informação acerca do género, da idade, habilitações literárias e rendimento social, sendo pedido aos participantes

que enunciem se são portadores de uma doença e se é crónica. A *Escala das Crenças Alimentares* (Coelho, 2017), que visa avaliar as crenças da população face à alimentação e à saúde, sendo constituída por 17 itens de autorresposta numa escala de *Likert* em 5 pontos – Discordo Bastante a Concordo Bastante e é constituída por 4 dimensões, “Alimentação e Saúde”, “Hábitos Alimentares Diários”, “Barreiras à Alimentação Saudável” e “Ideologia”. E a *Escala das Crenças de Doença e Alimentação*, que visa avaliar as crenças sobre a alimentação prevenir o cancro, na população oncológica, sendo constituída por 7 itens categorizados numa escala de *Likert* em 5 pontos – Discordo Bastante a Concordo Bastante e é constituída por 3 dimensões, “Estilo de vida”, “Ideologia Alimentar” e “Alimentação e Doenças Crónicas”. Para além da Escala das Crenças de Doença e alimentação, tentamos perceber quais as diferenças das doenças com relação à alimentação através de uma pergunta complementar: Relação causal entre as doenças e a alimentação.

Procedimento

A divulgação do protocolo de investigação procedeu-se de duas formas, por via online e presencialmente. Foi entregue a cada participante o consentimento informado seguido do protocolo de investigação que inclui um *Questionário sociodemográfico*, que permite recolher informação acerca do género, da idade, habilitações literárias e rendimento social, sendo pedido aos participantes que enunciem se são portadores de uma doença e se é crónica. A *Escala das Crenças Alimentares*, que visa avaliar as crenças da população face à alimentação e à saúde, sendo constituída por 17 itens de autorresposta numa escala de *Likert* em 5 pontos – Discordo Bastante a Concordo Bastante e é constituída por 4 dimensões, “Alimentação e Saúde”, “Hábitos Alimentares Diários”, “Barreiras à Alimentação Saudável” e “Ideologia”. E a *Escala das Crenças de Doença e Alimentação*, que visa avaliar as crenças sobre a alimentação prevenir o cancro, na população oncológica, sendo constituída por 7 itens categorizados numa escala de *Likert* em 5 pontos – Discordo Bastante a Concordo Bastante e é constituída por 3 dimensões, “Estilo de vida”, “Ideologia Alimentar” e “Alimentação e Doenças Crónicas”. Para além da *Escala das Crenças de Doença e Alimentação*, tentamos perceber quais as diferenças das doenças com relação à

alimentação através de uma pergunta complementar: Relação causal entre as doenças e a alimentação.

RESULTADOS

Para avaliar o objetivo i, foi elaborada uma Análise Fatorial Exploratória, e constatou-se diferenças a nível da estrutura entre a população com cancro e sem cancro. No estudo de Coelho (2017), a escala das crenças alimentares apresenta-se constituída por 4 dimensões (1 – 5 itens; 2 – 5 itens; 3 – 5 itens e 4 – 3 itens). Por sua vez, no presente estudo a escala das crenças alimentares, após a AFE, é constituída por 3 dimensões (1 – 7 itens; 2 – 6 itens e 3 – 5 itens). Como tal, é possível verificar que existe diferença ao nível da estrutura na escala das crenças alimentares nas duas populações, tendo existido a necessidade de construir e validar uma escala para a população com cancro.

Para avaliar o objetivo ii, foi elaborada uma Análise Fatorial Exploratória, onde o valor do critério de KMO é 0,60 e o Teste de Esfericidade de Barlett é significativo ($p=0,001$). O primeiro fator, “Estilos de Vida”, apresenta peso fatorial nos itens 55 – 0,61; 57_i – 0,77 e 58 – 0,78, explicando 26,913% da variância total explicada. O segundo fator, “Ideologia alimentar”, apresenta peso fatorial nos itens 61 – 0,81 e 62 – 0,84, explicando 19,86% da variância total explicada. O terceiro fator, “Alimentação e doenças Crónicas”, apresenta peso fatorial nos itens 56 – 0,70 e 60 – 0,78, explicando 14,87% da variância total explicada. Com o objetivo de confirmar que existe uma estrutura correlacional entre o conjunto de variáveis manifestas e os 3 fatores, isto é, as crenças, foi realizada uma análise fatorial confirmatória, seguida da obtenção de um fator de segunda ordem, avaliando a qualidade de ajustamento do modelo proposto (Figura 1). O modelo fatorial da escala da relação entre alimentação saudável e doenças crónicas, ajustada a uma amostra de 115 participantes, revelou uma qualidade de ajustamento aceitável [$\chi^2/df=1,092$; $CFI=0,98$; $GFI=0,97$; $NFI=0,70$; $TLI=0,96$; $RMSEA=0,02$; $PGFI=0,38$]. É possível referir que existe uma qualidade de ajustamento aceitável, contudo existe uma limitação ($PGFI<0,6$).

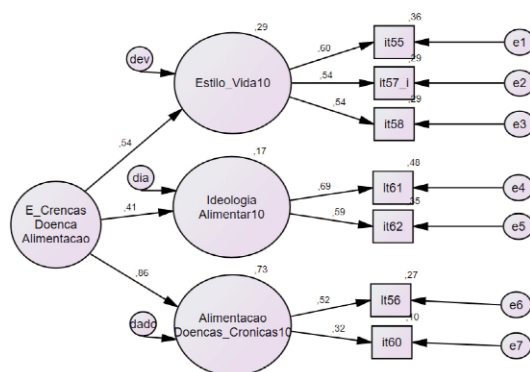


Figura 1. Modelo fatorial de 2ª ordem das Crenças de Doença e Alimentação

Para avaliar o objetivo iii, recorreu-se ao uso de uma regressão linear múltipla. Através da análise dos valores absolutos dos coeficientes de regressão estandardizados é possível concluir que as variáveis idade 0,24; habilitações literárias 0,64; rendimento mensal 0,76 e género 0,21, não influenciam significativamente as crenças ($p > 0,05$).

No sentido de avaliar o objetivo iv, realizou-se um teste T-Student, para amostras independentes. De acordo com o teste t-Student [$t(113)=0,75$; $p=0,45$; $t(113)=1,28$; $p=0,20$; $t(113)=0,62$; $p=0,53$], é possível concluir que não existem diferenças entre homens e mulheres nas 3 dimensões das crenças sobre a alimentação prevenir o cancro.

No sentido de avaliar as diferenças entre as 3 dimensões das crenças em função da idade, das habilitações literárias e do rendimento mensal, recorreu-se ao uso do teste da ANOVA One-way. Foi utilizado o teste *post-hoc* de Tuckey, e as idades dos participantes foram categorizadas em 4 grupos etários (20-43; 44-51; 52-64; <65).

Em relação à idade, Ft_1, $Z=0,22$; $p=0,87$; Ft_2, $Z=0,38$; $p=0,76$; Ft_3, $Z=1,18$; $p=0,32$, e às habilitações literárias, Ft_1, $Z=1,56$; $p=0,17$; Ft_2, $Z=0,55$; $p=0,73$; Ft_3, $Z=0,60$; $p=0,69$, é possível concluir que não existem diferenças significativas entre ambas nas 3 dimensões das crenças sobre a alimentação prevenir o cancro. Em relação ao rendimento mensal, verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa só no Ft_1. Ft_1, $Z=2,28$; $p=0,04$. Contudo o mesmo não se verificou nos Ft_2 e Ft_3, $Z=0,42$; $p=0,86$ e $Z=0,87$; $p=0,51$, respetivamente. Como tal, é possível concluir que não

existem diferenças significativas entre o rendimento mensal nas duas dimensões Ideologia Alimentar e Alimentação e Doenças Crônicas.

Por fim, no sentido de avaliar o objetivo v, foi elaborada uma análise descritiva onde podemos constatar que existem diferenças a nível das crenças em algumas doenças, nomeadamente no cancro e na depressão. A doença cancro, na população com cancro teve uma percentagem de sim (3,9%), $M=0,73$; $DP=0,44$, a população sem cancro teve uma percentagem de sim (58,7%), $M=0,58$; $DP=0,49$. A doença depressão, na população com cancro teve uma percentagem de não (71,3%), $M=0,28$; $DP=0,45$; a população sem cancro teve uma percentagem de não (66,5%), $M=0,33$; $DP=0,47$, como tal, existem diferença entre as duas população, estando estas presentes em apenas duas doenças.

DISCUSSÃO

Em relação aos resultados, no objetivo iii, foi possível observar que as variáveis género; idade; habilitações literárias e rendimento mensal não influenciam significativamente as crenças ($p>0,05$), contudo, não existem outros estudos que abordem esta análise devido à escassez de investigação na área das crenças.

O objetivo iv, foi analisado e foi possível observar que não existem diferenças significativas nestas quatro variáveis à exceção do fator estilo de vida no rendimento mensal. Existem estudos na literatura científica, que vêm contrariar os resultados referentes ao fato de não existirem diferenças significativas. No estudo de Harnack et. al. (1998), os homens foram os mais propensos a ter um nível de crenças sobre a alimentação e o cancro mais baixo em relação às mulheres, no entanto, este estudo tem uma amostra representativa de famílias e na avaliação das crenças e conhecimentos, os participantes apenas responderam a afirmações. Num outro estudo realizado por Palmquist et al. (2012), averiguaram-se diferenças significativas entre o género, onde as mulheres garantem uma relação entre a alimentação saudável prevenir o cancro com mais frequência que os homens ($p<0,01$). No entanto a amostra representativa do estudo é significativamente maior que a do estudo atual ($N=390$) e para o recrutamento dos participantes existiu o critério clínico e patológico.

Relativamente ao fator estilo de vida do rendimento mensal, verificaram-se diferenças relativamente às crenças, contudo, não foi possível verificar quais foram essas diferenças, no entanto, existe um estudo que vem corroborar esta diferença significativa e contrariar as restantes diferenças obtidas. Keeney et al. (2010), no seu estudo constataram diferenças entre o género, a idade, as habilitações literárias e o rendimento mensal.

Ao nível do género, os homens eram os mais propensos a manter crenças e consequentemente atitudes mais negativas em relação ao cancro e prevenção do mesmo, tomemos como exemplo, “Você pode ter cancro, não importa quais as medidas preventivas que você toma” ($U=124\ 306.00$, $p<0.05$). Por sua vez, ao nível da idade, existiu uma relação significativa com algumas crenças e consequentemente atitudes para a prevenção do cancro. Os participantes da faixa etária menor com 35-44 mantinham crenças e atitudes como “Existe muita informação sobre a prevenção do cancro” ($U=129\ 954.50$, $p<0.05$) e “Os sinais de alerta do cancro não são elaborados de forma suficientemente clara” ($U=130\ 327.50$, $p<0.05$). Os participantes da faixa etária superior com 45-54 anos mantinham crenças e atitudes como “As informações da prevenção do cancro são muito negativas” ($U=130\ 069.50$, $p<0.05$); “Tomei conhecimento da informação sobre a prevenção do cancro que me foi direcionada” ($U=130\ 063.00$, $p<0.05$); “Eu mudei o meu comportamento como resultado das informações sobre a prevenção do cancro” ($U=122\ 338.50$, $p<0.01$) e “Eu tomo decisões sobre meu estilo de vida com base nas informações sobre a prevenção do cancro” ($U=122\ 205.00$, $p<0.01$). Ao nível das habilitações literárias, os participantes menos letrados eram mais propensos a ter crenças e por sua vez atitudes como “Você pode ter cancro, não importa quais as medidas preventivas que tomar” ($\chi^2=6.79$, $p<0.05$). Os participantes com nível mais elevado de escolaridade eram os mais propensos a manter crenças e por sua vez atitudes como, “Eu acredito que posso tomar medidas para prevenir o cancro” ($\chi^2=13.20$, $p<0.01$). Por fim, ao nível do rendimento mensal, o grupo de participantes com um nível socioeconómico mais elevado eram os mais propensos a ter crenças e por sua vez atitudes como “Eu acredito que posso tomar medidas para prevenir o cancro” ($\chi^2=13.95$, $p<0.01$). Quanto ao objetivo v, foi possível observar a existência de diferenças entre as duas amostras, no entanto, e como referido anteriormente, o estudo presente é um estudo inovador e

como tal não existem outros estudos que abordem e comparem esta temática.

Com o presente estudo, podemos concluir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas crenças sobre a alimentação na população com cancro e sem cancro. Apesar de a escala se encontrar adequada à população, existem diversas limitações como a reduzida população, a não diferenciação dos diversos cancros e a existência de um só instrumento que poderão ter sido possíveis determinantes para a não existência de diferenças significativas.

De um modo geral, as crenças sobre a alimentação e prevenção do cancro permanecem pouco exploradas, sendo este, um tema bastante pertinente.

REFERÊNCIAS

- Barnard, M. D. (2013). Healthy Eating for Life. Retirado a 21 de Janeiro de 2017, em <http://www.pcrm.org/sites/default/files/pdfs/health/HealthyEatingforLife.pdf>
- Coelho, S. G. C. (2017). *Crenças Alimentares: Desenvolvimento e Validação de instrumento*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Universidade ISPA, Lisboa, 2017.
- Grou, F. I. M. (2007). *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colon e recto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve, Faro, 2007.
- Guthrie, J. F., Derby, B. M., & Levy, A. S. (1990). What People Know and Do Not Know About Nutrition. Retirado a 16, Junho, 2016, em https://www.ers.usda.gov/webdocs/publications/aib750/5842_aib750m_1_pdf
- Harnack, L., Block, G., Suber, A., & Lane, S. (1998). Cancer Prevention-Related Nutrition Knowledge, Beliefs, and Attitudes of U.S. Adults: 1992 NHIS Cancer Epidemiology Supplement. *Journal of nutrition Education*, 30, 131-138. Disponível em [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3182\(98\)70303-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3182(98)70303-6)
- Jovičić, A. Đ. (2015). Healthy Eating Habits among the Population of Serbia: Gender and Age Differences. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 33(1), 76-84.
- Keeney, S., Mckenna, H., Fleming, P., & Mcilpatrick, S. (2010). Attitudes to cancer and cancer prevention: What do people aged 35-54 years think?.

European Journal of Cancer Care, 19, 769-777. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01137.x

- Martins, M. D. C. A. (2009). Globalização da alimentação: Unidade ou diversidade? Retirado de <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/82/1/Globalizacao%20da%20alimentacao.pdf>
- Monteiro, C. A., Mondini, L., Costa, R. B. L. (2000). Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil. *Revista Saúde Pública*, 34(3), 251-258. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300007>
- Palmquist, A. E. L., Upton, R., Lee, S., Panter, A. T., Hadley, M. S., & Koehly, L. M. (2011). Beliefs about cancer and diet among those considering genetic testing for colon cancer. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(3), 150-156. doi: 10.1016/j.jneb.2009.12.009.
- Panato, E., Junior, A. W., Cota, R. M. M., Peluzio, M. C. G., Tinôco, A. L. A., & Bruckner, C. H. (2007). Promoção da Saúde: a importância das frutas e hortaliças e seu papel no câncer. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 31, 384-393.
- Pinheiro, C. T. M. (2008). A Gestão das Doenças Crônicas. Implementações na Prática nos cuidados de saúde Primários Unidade E. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa, 2008.
- Sullivan, H.W., & Klassen, A. C. (2007). Nutrition-Related cancer prevention in low-income women. *Preventive Medicine*, 45, 139-145. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.05.006>
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611-624.

PREVENÇÃO NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

António Ramalho Mostardinha¹ (✉ antonio.mostardinha@ua.pt) & Anabela Pereira¹

¹ Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores, Portugal

O consumo de substâncias, como tabaco, álcool e marijuana, representa um problema entre os jovens adultos, estando muitas vezes associado a problemas sociais, financeiros e de saúde (World Health Organization, 2014). No seio do ambiente académico é visível o consumo de tabaco sob a forma de fumar socialmente (Nolen-Hoeksema, 2004) bem como o consumo frequente de álcool por estudantes (O'Malley & Johnston, 2002), podendo ser um indicador de que o consumo de tabaco e álcool nesta população ocorre num contexto ambiental que o favorece (Reed, McCabe, Lange, Clapp, & Shillington, 2010), bem como o experimentar e/ou iniciar o consumo de substâncias ilícitas (Davoren, Shiely, Byrne, & Perry, 2015).

Entender os fatores associados com o consumo de substâncias (tabaco, álcool e marijuana) poderá contribuir para a conceção, planeamento e execução de programas de educação para a saúde nesta população, reduzindo os riscos para o desenvolvimento de problemas e co-morbilidades associadas aos consumos (Witkiewitz et al., 2012).

No contexto de deteção, prevenção e promoção de saúde, o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, objetiva detetar o consumo e problemas relacionados com consumos de drogas e outras substâncias psicoactivas, identificando i) os indivíduos cujos padrões de consumo os colocam em risco de desenvolver problemas, ii) aqueles que já possuem problemas relacionados com o consumo de substâncias e iii) naqueles que se encontram em risco de desenvolver dependência (World Health Organization, 2003), podendo ser utilizado como uma ferramenta útil ao nível de programas de rastreio, no sentido de identificar e prevenir situações problemáticas em estudantes do ensino superior.

Assim, objetiva-se com o presente trabalho de investigação i) identificar a prevalência de consumo de substâncias; ii) avaliar o nível de risco associado com o comportamento de consumo de substâncias; e iii) identificar a relação entre os motivos de consumo de álcool com os consumos de tabaco e marijuana e sua necessidade de intervenção.

MÉTODO

O presente trabalho de investigação, fundamenta-se numa metodologia quantitativa e num tipo de estudo transversal.

Participantes

A população em estudo foi constituída por estudantes inscritos numa instituição de ensino superior da região centro no ano letivo de 2016/2017, do primeiro e segundo ciclo de estudo. A amostra foi obtida através de um processo de amostragem por conveniência que decorreu entre fevereiro e maio de 2017, obtendo-se um total de 400 indivíduos. Destes, foram excluídos 62 questionários por não terem respondido a variáveis importantes para a resposta ao objetivo de estudo (ASSIST e *Drinking Motives Questionnaire – Revised* (DMQ-R). A amostra foi composta por 338 estudantes, dos quais 51,8% eram do sexo masculino, com uma média de idades de 20,6 anos ($DP=3,4$).

Material

Para a recolha de dados foi utilizado um questionário auto-reportado, composto por variáveis: i) sociodemográficas; ii) relativas a motivos de consumo (DMQ-R) e iii) variáveis relativas a consumos de substâncias (ASSIST).

O instrumento *Drinking Motives Questionnaire* foi desenvolvido com vista a examinar domínios associados a comportamentos de consumos etílicos e suas consequências: motivos sociais (*social motives*), motivos de *coping* (*coping motives*), motivos de realce/aprimoramento (*enhancement motives*) e motivos de conformidade (*conformity motives*) (Cooper, 1994). No estudo de validação à população portuguesa verificou-se uma

adequada consistência interna (alpha de Cronbach variou entre os 0,78 e os 0,94 pelos diferentes domínios (Fernandes-Jesus et al., 2016). Neste estudo, a versão final da escala ficou composta por 18 itens.

A versão do ASSIST utilizada no presente estudo é a proposta pela Norma nº 36 de 2014 da Direcção-Geral da Saúde (2014). Na literatura é possível encontrar diversos estudos de avaliação de propriedades psicométricas, de validação e de sensibilidade/especificidade do ASSIST. No estudo que levou ao seu desenvolvimento, obtiveram uma fiabilidade entre os 0,58 e 0,90 (avaliada através dos coeficientes de Kappa) (World Health Organization, 2003).

Procedimentos

Do conhecimento dos autores, não existe uma versão do ASSIST validada para a população portuguesa. Assim, antes de efetuar a análise, analisou-se a forma como os itens se relacionavam entre si, através de uma Análise de Componentes Principais (ACP) e através da avaliação da consistência interna (referente apenas aos itens do consumo de bebidas alcoólicas). Da ACP com rotação varimax, extraíram-se 2 componentes principais que explicam 56,5% da variância explicada. A primeira componente foi constituída por 2 itens e a segunda componente por 4. No global, o ASSIST (nos itens relativos ao álcool) apresentou uma consistência interna de 0,67. Todos os itens apresentaram um alpha de Cronbach se item eliminado inferior ao alpha de Cronbach global, variando entre os 0,60 e os 0,66, não tendo sido eliminado nenhum item por este motivo, tendo-se verificado uma consistência interna adequada, acima dos 0,60 (Bryman, 2012). Ainda, não se verificou a presença de efeito chão nem efeito teto (score=0: frequência relativa de 6,9%; score=35: frequência relativa de 0,3%), podendo ser indicativo de não haver problemas na validade de conteúdo (Terwee et al., 2007). A análise de dados foi realizada através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 23.

Relativamente às variáveis sumárias (pontuação) do instrumento DMQ-R, as pontuações para cada domínio foram transformadas numa escala que varia entre 0 e 100, sendo que quanto maior a pontuação, maior o motivo de consumo de álcool, para determinado domínio.

Quanto às variáveis sumárias do ASSIST, foram somadas as pontuações de cada item, de acordo com a Norma nº 36 de 2014 da Direcção-Geral da Saúde (2014). Posteriormente, estas novas variáveis sumárias foram

categorizadas em “Não necessita de intervenção” (pontuação entre 0 e 10) e “Necessita de intervenção (breve ou mais intensiva)” (pontuação ≥ 11).

Para avaliar a relação entre os motivos de consumos de Álcool com consumir ou ter consumido alguma vez tabaco, bebidas alcoólicas e marijuana e, para verificar a relação entre os motivos de consumo com a tipologia de intervenção (inerente aos comportamentos de consumo), foram utilizados teste de *t* para amostras independentes. Para a análise de dados utilizou-se um nível de significância (*a*) de 0,05.

RESULTADOS

A prevalência de consumos para diferentes substâncias variou entre os 0,6% (opióides/heroína e inalantes) e os 94,3% (bebidas alcoólicas). Ainda, o tabaco e a marijuana apresentaram prevalências de consumo elevadas (59,7% e 29,8% respetivamente).

No âmbito da relação entre o consumo de tabaco, álcool e marijuana com os motivos de consumo de bebidas alcoólicas, verificou-se que os estudantes que fumam ou já experimentaram tabaco, que bebem ou já experimentaram bebidas alcoólicas, e que consomem ou já experimentaram marijuana, apresentam uma média significativamente superior nas pontuações dos motivos de consumo bebidas alcoólicas em todos os domínios (de *enhancement*, de *coping*, de *conformity* e de *social*), comparando com os estudantes que não consomem (Quadro 1).

Quadro 1

Relação entre diferentes domínios de Motivos de Consumos de álcool (DMQ-R) com consumir ou alguma vez ter consumido (tabaco, álcool, marijuana)

	Domínio DMQ-R		Média (DP)	<i>p</i>
Tabaco	Enhancement	Não	14,1 (20,3)	<0,001
		Sim	30,6 (26,9)	
	Coping	Não	5,7 (12,7)	0,002
		Sim	10,5 (15,3)	
Conformity	Não	7,4 (11,3)	0,008	
	Sim	10,7 (10,9)		
Social	Não	18,6 (19,3)	<0,001	
	Sim	30,6 (24,5)		
Bebidas alcoólicas	Enhancement	Não	2,3 (6,8)	<0,001
		Sim	25,3 (25,9)	

Marijuana	Coping	Não	2,5 (9,7)	0,02
		Sim	8,9 (14,7)	
	Conformity	Não	4,2 (16,1)	0,06
		Sim	9,7 (10,8)	
	Social	Não	5,0 (9,8)	<0,001
		Sim	26,9 (23,3)	
	Enhancement	Não	17,6 (20,8)	<0,001
		Sim	39,0 (29,8)	
	Coping	Não	6,8 (13,2)	0,002
		Sim	12,9 (16,8)	
Conformity	Não	7,8 (10,5)	<0,001	
	Sim	13,3 (11,8)		
Social	Não	20,6 (19,4)	<0,001	
	Sim	38,3 (27,1)		

Relativamente à relação entre os motivos de consumo de álcool (DMQ-R) com o nível de risco destes consumos e conseguinte necessidade de intervir (ASSIST), para os estudantes que fumam, bebem e consomem marijuana, observou-se que os estudantes que necessitam de uma intervenção, apresentam médias significativamente superiores nos motivos de *enhancement*, de *coping*, de *conformity* e de *social* (de bebidas alcoólicas) (Quadro 2).

Quadro 2

Relação entre diferentes domínios de Motivos de Consumos de álcool (DMQ-R) com a caracterização da tipologia de consumo de substâncias (ASSIST)

Domínio DMQ-R	Intervenção	Média (DP)	<i>p</i>
Estudantes com consumos de tabaco			
Enhancement	Não necessita de intervenção	21,5 (23,1)	<0,001
	Necessita de intervenção	37,9 (30,9)	
Coping	Não necessita de intervenção	6,8 (13,1)	<0,001
	Necessita de intervenção	15,1 (17,3)	
Conformity	Não necessita de intervenção	8,9 (11,3)	0,020
	Necessita de intervenção	12,3 (9,7)	
Social	Não necessita de intervenção	28,8 (21,8)	<0,001
	Necessita de intervenção	37,1 (25,9)	
Estudantes com consumos de bebidas alcoólicas			
Enhancement	Não necessita de intervenção	23,6 (25,2)	<0,001
	Necessita de intervenção	40,3 (29,4)	
Coping	Não necessita de intervenção	7,5 (13,3)	0,001
	Necessita de intervenção	18,9 (20,0)	
Conformity	Não necessita de intervenção	9,2 (10,9)	0,011
	Necessita de intervenção	13,9 (10,2)	

Social	Não necessita de intervenção	25,4 (22,7)	0,02
	Necessita de intervenção	39,7 (26,0)	
Estudantes com consumos de marijuana			
Enhancement	Não necessita de intervenção	23,2 (25,0)	<0,001
	Necessita de intervenção	41,5 (29,0)	
Coping	Não necessita de intervenção	8,0 (13,8)	0,02
	Necessita de intervenção	14,8 (18,9)	
Conformity	Não necessita de intervenção	9,2 (11,0)	0,03
	Necessita de intervenção	13,1 (10,6)	
Social	Não necessita de intervenção	25,0 (22,2)	<0,01
	Necessita de intervenção	40,3 (27,4)	

DISCUSSÃO

Com este estudo verificou-se que são os estudantes com maiores níveis de motivos de consumos étlicos os que apresentam consumos de outras substâncias (tabaco e/ou marijuana) e os que necessitam de uma intervenção face aos seus consumos de álcool.

O tabaco, álcool e marijuana representam as substâncias com maiores consumos abusivos, apresentados pelos estudantes do ensino superior (Dierker et al., 2008; Nichter, Nichter, Carkoglu, & Lloyd-Richardson, 2010), verificando-se o consumo concomitante de substâncias (policonsumos), isto é, um indivíduo que consome determinada substância, poderá experimentar e/ou aderir ao consumo de outras substâncias (lícitas ou ilícitas) (McCambridge, Hunt, Jenkins, & Strang, 2010). Na amostra, estes policonsumos poderão ser observados pelas associações significativas entre o consumo de tabaco e marijuana com os motivos para consumo de álcool.

No âmbito da relação entre os consumos de tabaco, álcool e marijuana com os consumos problemáticos de álcool, observou-se que os estudantes que necessitam de uma intervenção face ao seu consumo de álcool, são os que apresentam médias significativamente superiores nos motivos de consumo, indo ao encontro com o verificado na literatura (McNeely, Strauss, Rotrosen, Ramautar, & Gourevitch, 2016).

Os consumos abusivos que necessitam de uma intervenção, poderão ser resultado do contexto social em que o estudante se encontra inserido, pela influência de pares e pela identidade de grupo (Ferrer, Dillard, &

Klein, 2011), podendo ser influenciado quer pelas normas descritivas quer pelas injuntivas. Estas normas apresentam uma relação com as atitudes face ao consumo de álcool, estando estas associadas com a intenção de consumo (Collins, Witkiewitz, & Larimer, 2011). Ainda, as normas sociais (descritivas e injuntivas) poderão ser mediadas pela intenção de consumos étlicos (Hagger, Chatzisarantis, & Harris, 2006) e comportamentos de consumo influenciados pelos grupos onde se inserem (Valente, Unger, & Johnson, 2005).

O presente estudo apresenta como principais limitações a restrição geográfica (estudantes pertenciam todos à mesma instituição de ensino superior) e, a utilização de um instrumento não validado para a população portuguesa (o ASSIST), podendo influenciar os resultados. Porém, observou-se uma boa consistência interna e uma adequada validade de conteúdo dos itens relativos ao consumo de álcool do ASSIST. Ainda, os resultados obtidos neste estudo foram ao encontro com outros estudos (Dierker et al., 2008; McCambridge et al., 2010; McNeely et al., 2016).

Futuros trabalhos de investigação poderão objetivar o estudo, conceção e aplicação de intervenções psico-educativas e de educação para a saúde, orientadas para intervir nos estudantes, tendo em consideração a relação das normas sociais com os comportamentos de consumo; os fenómenos de policonsumos e a relação entre os motivos de consumo de álcool.

REFERÊNCIAS

- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (Fourth Edi). New York: Oxford University Press.
- Collins, S. E., Witkiewitz, K., & Larimer, M. E. (2011). The Theory of Planned Behavior as a Predictor of Growth in Risky College Drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(2), 322-332. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2011.72.322>
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117-128. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.117>

- Davoren, M. P., Shiely, F., Byrne, M., & Perry, I. J. (2015). Hazardous alcohol consumption among university students in Ireland: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(1), e006045-e006045. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006045>
- Dierker, L., Stolar, M., Lloyd-Richardson, E., Tiffany, S., Flay, B., Collins, L., ... the Tobacco Etiology Research Netwo. (2008). Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use Among First-Year U.S. College Students: A Time Series Analysis*. *Substance Use & Misuse*, 43(5), 680-699. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/10826080701202684>
- Direcção-Geral da Saúde. (2014). Norma nº 36/2012: Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens. Retrieved May 28, 2016, from <https://www.dgs.pt/...dgs/normas...normativas/norma-n-0362012-de-30122012-png.a...>
- Fernandes-Jesus, M., Beccaria, F., Demant, J., Fleig, L., Menezes, I., Scholz, U., ... Cooke, R. (2016). Validation of the Drinking Motives Questionnaire – Revised in six European countries. *Addictive Behaviors*, 62, 91-98. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.010>
- Ferrer, R. A., Dillard, A. J., & Klein, W. M. P. (2011). Projection, conformity and deviance regulation: A prospective study of alcohol use. *Psychology & Health*, 26, 688-703. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.620106>
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Harris, J. (2006). From psychological need satisfaction to intentional behavior: testing a motivational sequence in two behavioral contexts. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 32(2), 131-148. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1177/0146167205279905>
- McCambridge, J., Hunt, C., Jenkins, R. J., & Strang, J. (2010). Cluster randomised trial of the effectiveness of Motivational Interviewing for universal prevention. *Drug and Alcohol Dependence*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.028>
- McNeely, J., Strauss, S. M., Rotrosen, J., Ramautar, A., & Gourevitch, M. N. (2016). Validation of an audio computer-assisted self-interview (ACASI) version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary care patients. *Addiction*, 111(2), 233-244. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1111/add.13165>
- Nichter, M., Nichter, M., Carkoglu, A., & Lloyd-Richardson, E. (2010). Smoking and drinking among college students: “It’s a package deal.” *Drug and Alcohol Dependence*, 106(1), 16-20. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.025>

- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 981-1010. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.003>
- O'Malley, P. M., & Johnston, L. D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (s14), 23-39. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.23>
- Reed, M. B., McCabe, C., Lange, J. E., Clapp, J. D., & Shillington, A. M. (2010). The Relationship between Alcohol Consumption and Past-Year Smoking Initiation in a Sample of Undergraduates. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(4), 202-207. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3109/00952990.2010.493591>
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., ... de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Valente, T. W., Unger, J. B., & Johnson, C. A. (2005). Do popular students smoke? The association between popularity and smoking among middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 37(4), 323-329. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.10.016>
- Witkiewitz, K., Desai, S. A., Steckler, G., Jackson, K. M., Bowen, S., Leigh, B. C., & Larimer, M. E. (2012). Concurrent drinking and smoking among college students: An event-level analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 649-654. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/a0025363>
- World Health Organization. (2003). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): guidelines for use in primary care. Retrieved March 2, 2017, from http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf
- World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health – 2014. Retrieved November 10, 2015, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL: OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NO CRAS

Avrairan Fabrícia Alves Caetano Solon¹ (✉ avrairanpsi@hotmail.com), Juliano Beck Scott¹, Bunier Sales de Sousa², Larissa Maria de Lima¹, & Isabel Fernandes de Oliveira¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil; ²Universidade Potiguar, Brasil

A Política Nacional de Assistência Social inseriu a Psicologia nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) para contribuir socialmente por meio do enfrentamento da pobreza, superação das vulnerabilidades e afirmação de direitos. Dessa forma, o psicólogo passou a fazer parte da equipe profissional dos CRAS, tendo sua inclusão obrigatória a partir da resolução nº 17 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), em 2011, que ratificou a equipe de referência proposta na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS) (Brasil, 2011). Assim, esse profissional é convocado a desenvolver ações com pessoas cujos problemas são materiais, concretos e que necessitam de intervenções fora do escopo da clínica psicológica tradicional (Oliveira, Dantas, Solon, & Amorim, 2011). Associado a isto, tais atividades devem ocorrer de forma interdisciplinar e articulada, visando atender as necessidades dos usuários e desenvolver suas potencialidades, além de fortalecer os vínculos familiares e comunitários (Brasil 2006).

Dessa forma, acredita-se que os psicólogos que atuam no campo da assistência social enfrentam desafios diários no exercício de suas atividades profissionais, cabendo conhecer o modo como sua atuação vem sendo desempenhada neste contexto. Cabe salientar que a atuação do psicólogo na Assistência Social deve estar pautada no compromisso com a transformação social. Ou seja, atividades que gerem patologização, segregação e categorização não devem compor sua prática (CREPOP, 2007). Além disso, o profissional de psicologia deve estar pautado na

intervenção psicossocial que abarque a compreensão dos processos que atravessam o dia a dia dos indivíduos usuários do CRAS (CREPOP, 2007), visto que nesse contexto, a população é caracterizada por um histórico de vulnerabilidades sociais e violação de direitos básicos, como acesso, à alimentação, saúde e educação. Os atravessamentos dessa realidade vivida influem diretamente na saúde mental desses indivíduos, pois a pobreza é um problema social que age sobre os diversos aspectos da vida do indivíduo (Nepomuceno, 2013).

Dessa forma, pensar a inserção do psicólogo no campo da assistência social constitui um importante elemento para a discussão da inserção desse profissional no campo das políticas sociais no Brasil (Faraj & Siqueira, 2012). Assim, os avanços ocorridos na assistência social e na psicologia como profissão, muitas vezes, encontram desafios no cotidiano de ação que ultrapassam sua atuação técnica, visto a dificuldade de atuar junto à problemáticas de cunho sociais a partir de uma formação não qualificada para tal ou problemas estruturais de trabalho (Senra & Guzzo, 2012). Pensando nisso, este estudo analisou as atividades específicas para a Psicologia no CRAS, identificando as principais demandas relacionadas à saúde mental dos usuários propondo reflexões sobre a atuação psi.

MÉTODO

Este estudo é produto de uma pesquisa desenvolvida através de um convênio de cooperação acadêmico-científica, o Programa de Cooperação Acadêmica (Procad), desenvolvido em nível nacional, entre os Programas de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e da Universidade de Brasília (UnB), sob a coordenação do primeiro. Essa parceria foi aprovada e financiada pela Coordenação de Pessoal de Nível Superior (Capes) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e buscou estabelecer uma rede de pesquisa com foco na atuação do psicólogo no campo das políticas sociais, além de compreender a formação, inserção e atuação dos profissionais da Psicologia nos serviços vinculados ao campo da assistência social, saúde

e das instituições socioeducativas. Assim, esse relato é um recorte desse projeto referente aos dados do campo da assistência social, mais especificamente da proteção social básica, de uma das cidades participantes do projeto.

Participantes

Participaram dez psicólogas, que atuavam em dez dos doze CRAS que compõe a rede socioassistencial da capital pesquisada. No momento da coleta de dados não foi possível entrevistar as psicólogas dos outros dois CRAS da cidade, pois um dos CRAS tinha sido inaugurado recentemente e o outro não havia ainda psicóloga contratada. No momento da coleta, todas as participantes eram mulheres, e em sua maioria, cumpriam regime de contrato temporário, apenas duas das participantes eram concursadas (servidoras públicas municipais). As participantes tinham entre 25 e 52 anos, sendo na sua maioria casadas. O tempo de atuação das psicólogas no CRAS em que estavam inseridas variou entre oito anos (desde 2009) até seis meses. Com vistas a preservar a identidade das psicólogas, as dez participantes do estudo foram identificados como: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 e P10.

Material

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais acerca da atuação das psicólogas no CRAS. Tal entrevista contemplou um roteiro com questões amplas sobre o serviço e questões específicas sobre a prática profissional do psicólogo, o que permitiu a condução e o aprofundamento dos tópicos em um formato de diálogo, semelhante a uma conversa informal (Minayo, 2010).

Esta pesquisa foi realizada no período de junho a dezembro de 2016, em dez dos doze Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) que compõem a capital investigada. Para isso, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da UFSM, sob parecer CAEE nº 45151815.4.1001.5346 e recebeu autorização da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social do município investigado.

Procedimento

Todas as participantes do estudo foram contatadas via ligação telefônica e convidadas a participar das entrevistas, que foram agendadas conforme sua disponibilidade e local de preferência. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como previsto pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 510/2016 (Brasil, 2016), e tiveram acesso aos objetivos do estudo, à voluntariedade da participação, e à garantia de sigilo das informações pessoais e possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. Posteriormente, as participantes responderam a uma entrevista semiestruturada, com duração média de 50 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas nos próprios CRAS da cidade.

Após a transcrição das entrevistas audiogravadas, os dados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin (1979). Segundo a autora, esse método permite a identificação dos conteúdos e significações das informações presentes na fala dos participantes, expondo aqueles que se destacam a partir de sua repetição ou relevância. Sendo assim, a análise dos dados ocorreu em diferentes etapas. Inicialmente, todas as entrevistas foram analisadas de forma global, buscando uma impressão inicial sobre o material e seu conteúdo. Após esse primeiro contato com o material, as entrevistas foram analisadas em sua totalidade, buscando considerar a repetição dos temas e a relevância dos conteúdos apresentados. Por último, as palavras que se destacaram na fala das participantes foram organizadas de forma a constituir três categorias temáticas: Caracterização do território, Público atendido e Demanda exclusiva da psicologia.

RESULTADOS

Sobre a caracterização do território onde estava inserido o CRAS o objetivo era elencar as características daquele território em termos de vulnerabilidade e impactos no cotidiano de trabalho do psicólogo; com relação ao público atendido consistia em elencar as especificidades desses usuários que utilizam os serviços prestados pelo equipamento, e nas demandas exclusivas as atividades exclusivas do psicólogo.

Na caracterização do território das dez entrevistadas, oito trouxeram o uso de álcool e outras drogas como uma das principais demandas do território que reverbera no tráfico de drogas, na violência cotidiana do bairro e alta mortalidade de adolescentes. Tendo em vista que o CRAS possui um caráter preventivo, os indivíduos com histórico de consumo de álcool e outras drogas podem ter agravadas as situações de vulnerabilidade, que pode interferir negativamente na qualidade de vida e nas relações familiares, além de potencializar a ocorrência de violência intrafamiliar (Brasil, 2016). Nesse sentido, surge o desafio dos serviços criarem estratégias de lidar com essa demanda no tocante ao seu caráter preventivo enquanto serviço.

Outra característica importante foi a gravidez indesejada com predominância em adolescentes. Além disso, a pobreza foi elencada com uma das grandes demandas de alguns territórios que coadunam com o desemprego e a própria falta de recursos financeiros. No que concerne às relações de cuidado foi colocado a negligência dos pais, conflitos familiares, casos de separação entre famílias, abandono e falta de limites nos cuidados com os filhos, bem como exploração sexual, manipulação religiosa, baixa escolaridade, hipersexualização de crianças e adolescentes e violência doméstica.

Podemos perceber pelos relatos das entrevistadas os inúmeros casos de vulnerabilidade social que perpassam seu cotidiano de trabalho e como eles se tornam um desafio constante, tendo em vista a precariedade da própria política e os limites imposta pela mesma. Nesse sentido, o CRAS assume papel muito importante, principalmente no reconhecimento dessas vulnerabilidades e riscos sociais, que extrapolam muitas vezes a dimensão econômica, exigindo intervenções que trabalhem tanto aspectos objetivos como subjetivos relacionados à função protetiva da família e ao direito à convivência familiar (MDS, 2012).

Com relação à categoria público atendido, se encontram em sua grande maioria mulheres que procuram o serviço e são as responsáveis familiares que mais buscam o equipamento de proteção social, seguido de crianças e adolescentes que na maioria das vezes são encaminhadas pelas escolas por apresentar dificuldades na aprendizagem e/ou comportamentais, além dos idosos com demandas de abandono e violações. Sobre as características específicas foram elencadas pessoas em situação de vulnerabilidade social com desconhecimentos dos seus direitos, com baixa escolaridade e com

condição sócioeconômica desfavorável (desempregados, trabalhadores autônomos, ambulantes, pescadores, diaristas, camareiras e beneficiários do bolsa família). A partir dos relatos, foi possível observar que esse público atendido apresenta além das queixas de vulnerabilidade e riscos sociais, busca por atendimento clínico da psicologia, como esclarece a entrevistada P1: *“A gente vê muitos casos também do transtorno mental aqui, né. Que eles dizem que tão com depressão (...) geralmente ao invés de ir pra unidade de saúde vem pro CRAS”*. E, no relato da Psicóloga P6: *“Uma das demandas que mais procuram e que infelizmente a gente não abarca é a questão da saúde mental, chega muito, muito mesmo, e infelizmente a gente não pode fazer esse atendimento”*.

Embora o atendimento psicoterápico seja vedado a Psicologia no CRAS, conforme orienta a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Brasil, 2014). As psicólogas entrevistadas elencaram uma demanda exclusiva da psicologia: a busca por atendimento psicoterapêutico, desde as orientações sobre comportamentos de crianças e adolescentes, condutas em conflitos familiares e uso de substâncias psicoativas, avaliações psicológicas para dificuldades de aprendizagem, diagnósticos de transtornos mentais, até urgências psicológicas e medicalização. Nas dez entrevistas, a questão da saúde mental aparece como uma procura constante pelos serviços da Psicologia no CRAS. Essa demanda foi considerada exclusiva pelas psicólogas por compreenderem que a comunidade de modo geral relaciona a presença da Psicologia aos serviços de psicoterapia, assim como, pela fragilidade que há na política de saúde do Brasil, onde é perceptível uma grande demanda reprimida da saúde mental, que na falta de políticas preventivas efetivas e acompanhamentos especializados, culminam em outros serviços. Essa análise foi bem ilustrada pela fala da entrevistada P3: *E acontece muito assim também de escolas encaminharem pra cá alunos pra atendimento psicológico. Até o posto de saúde também pra atendimento psicológico (...).Então, assim, fala que tem psicólogo, aí acha que vai fazer terapia. ”*. A falta de conhecimento da política de assistência social, também perpassa pelos profissionais do próprio serviço, inclusive os psicólogos, que apesar da trajetória de doze anos dos CRAS, ainda estão se adaptando num espaço diferente do *setting* tradicional da Psicologia, especialmente a Psicologia Clínica, bem como, entendem que é um espaço ocupado historicamente pelo Serviço Social, e por isso entendem como principal

função da psicologia no CRAS a assessoria nas demandas que envolvem os aspectos psicológicos em geral, nas palestras e dinâmicas de grupo. Observou-se também que há encaminhamentos para terapia, mesmo quando a queixa apresentada envolve violações e situações de riscos, conforme relato da P6: *“Geralmente quando elas chegam com essa demanda de violência doméstica a gente faz um encaminhamento para uma terapia, pelo menos para romper esse ciclo de violência doméstica(...)”*. Também notou-se que o atendimento individual realizado exclusivamente pela psicologia é o diferencial desse profissional no serviço, como aponta a entrevistada P5 em seu relato: *“Eu acho que, como o trabalho do CRAS a maioria dos atendimentos são psicossociais, quando exige algo mais acolhedor do que o atendimento psicossocial aí sim é voltado pra psicologia”*.

Nas demandas exclusivas da Psicologia que aparecem nos dados coletados, observou-se que o atendimento individual é compreendido como uma peculiaridade do(a) psicólogo(a) no CRAS. Nos relatos, esse atendimento foi descrito também como acolhimento, escuta ou escuta qualificada, atendimento individualizado e plantão. Porém, essa caracterização não está em consonância com as orientações e ações previstas para o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, que ocorre no CRAS, são elas: Acolhida; Oficinas com Famílias; Ações Comunitárias; Ações Particularizadas; Encaminhamentos. Ressaltamos aqui o papel fundamental da acolhida que é o processo de contato inicial de um indivíduo ou família, é um processo inicial de escuta das necessidades e demandas trazidas pelas famílias, bem como de oferta de informações sobre as ações do Serviço, da rede socioassistencial, em especial do CRAS e demais políticas setoriais. É, também através da acolhida que o profissional deve buscar compreender os múltiplos significados das demandas, vulnerabilidades e necessidades apresentadas pelas famílias, buscando também identificar seus recursos e potencialidades e como tais situações se relacionam e ganham significado no território. No que concerne as ações particularizadas, referem-se ao atendimento prestado pela equipe técnica do CRAS, após a acolhida, de modo individualizado, quando a família ou o indivíduo não se sentir a vontade para expor suas vulnerabilidade nas atividades em grupo, bem como, quando a equipe técnica julgar necessário esse atendimento particularizado. Esses atendimentos buscarão atingir as finalidades do

Serviço e não somente resolver o “caso” ou o “problema” de determinada família (Brasil, 2012). O MDS ainda enfatiza que, essas ações particularizadas não podem ser confundidas com atendimento psicoterápico, haja vista os serviços do CRAS não possuir caráter terapêutico, e portanto, as demandas em saúde mental devem ser encaminhadas para a rede intersectorial. Porém, devido a dificuldade de conexão com essa rede, assim como, pela fragilidade dos serviços ofertados pela saúde mental, a Psicologia no CRAS tem atendido os usuários em suas queixas de ordem mental.

DISCUSSÃO

A partir dos relatos, foi possível identificar que há uma preocupação das psicólogas em seguir as orientações da Política de Assistência Social em não realizar procedimentos terapêuticos, entretanto, também nota-se que os atendimentos individuais para escuta e compreensão dessas queixas, acabam por se configurar como um Plantão Psicológico, onde a comunidade encontra no CRAS um serviço de escuta, desabafos, orientações e encaminhamentos para um atendimento especializado e contínuo.

Através dos dados coletados, percebeu-se que há inúmeros desafios aos profissionais de psicologia que atuam nos CRAS, pois além de estarem ocupando um espaço relativamente novo à Psicologia e considerarem a formação ainda tradicional dentro do escopo da clínica; esses profissionais recebem diariamente uma demanda de saúde mental na qual foram preparados para atender durante a graduação, mas não podem exercer a clínica nesse serviço; procuram assistir a população nas fragilidades das políticas de saúde; e ainda buscam uma identificação profissional no campo da Assistência Social. Essas dificuldades somadas aos obstáculos que perpassam o pleno funcionamento das políticas sociais, fragilizam as ações socioassistenciais e as intervenções intersetoriais, por fim, não contemplam as reais necessidades da população que ficam muitas vezes desassistidos pela precarização dos serviços de Saúde e Assistência Social.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa.
- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. (2006) *Guia de Orientação Técnica – SUAS. Proteção Social Básica de Assistência Social*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. (2012). *Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. (2012). *Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2016.
- Brasil, Conselho Nacional de Assistência Social (2011). *Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011*. Brasília, DF.
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, & Conselho Federal de Psicologia (2007). *Referências técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Brasília.
- Faraj, S. P., & Siqueira, A. C. (2012). O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente vítima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. *Barbarói*, 37, 67-87.
- Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (12a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Nepomuceno, B. B. (2013). *Pobreza e Saúde Mental: Uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Solon, A. F. A. C., & Amorim, K. M. (2011). A prática psicológica na proteção social básica do SUAS. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. especial), 140-149. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400017>.
- Senra, C. M. G., & Guzzo, R. S. L. (2012). Assistência social e psicologia: Sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 293-299. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000200006>

ADAPTAÇÃO DA FATIGUE ASSESSMENT SCALE EM MÃES DE BEBÉS ATÉ DOIS ANOS

Bárbara Nazaré¹ (✉ abarbaravn@gmail.com)

¹Escola de Psicologia e de Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal

A fadiga envolve sintomas físicos (e.g., falta de energia) e cognitivos (e.g., dificuldades de concentração; Michielsen, De Vries, Van Heck, Van de Vijver, & Sijtsma, 2004). No primeiro ano após o parto, mais de um terço das mulheres apresenta níveis moderados a elevados de fadiga (Wade, Giallo, & Cooklin, 2012). Tal deve-se à exigência da prestação de cuidados ao bebé, às alterações no sono, à perda de oportunidades para realizar comportamentos de autocuidado e à recuperação do parto (Giallo, Cooklin, Dunning, & Seymour, 2014). Neste período, verifica-se uma influência recíproca, no sentido positivo, entre fadiga e sintomatologia depressiva (Giallo, Gartland, Woolhouse, & Brown, 2015). Além de prejudicar a saúde mental materna, a fadiga no período pós-parto pode comprometer a relação mãe-filho: mulheres com níveis mais elevados de fadiga, por comparação a mulheres com níveis baixos, demonstraram menos competência percebida no papel parental e mais frustração e irritabilidade com o bebé (Wade et al., 2012). Estas consequências negativas são mais acentuadas quando há comorbilidade entre fadiga e sintomatologia depressiva, já que estas mulheres apresentaram menos satisfação com o papel parental e menos afeto e proximidade com os filhos, por comparação àquelas com fadiga e sintomatologia depressiva baixas (Wade et al., 2012).

Sendo a fadiga uma experiência comum à população saudável e a populações com doença física e psiquiátrica, Michielsen, De Vries e Van Heck (2003) desenvolveram uma medida curta de autorrelato aplicável a todos estes grupos, dado que a maioria das escalas existentes à data focava apenas populações clínicas. A Fatigue Assessment Scale (FAS) teve por base 40 itens retirados de quatro instrumentos de autorresposta (Checklist Individual Strength, Maslach Burnout Inventory, World Health Organization Quality of Life e Fatigue Scale), analisados através de uma análise fatorial exploratória.

No estudo original, com uma amostra da população geral, a versão final deste instrumento, de dez itens, apresentou uma estrutura unidimensional com elevada consistência interna ($\alpha=0,87$; Michielsen et al., 2004). Estas características são comuns a outras versões da escala (e.g., Brandal, Eriksson, Wester, & Lundin-Olsson, 2016; Cano-Climent, Oliver-Roig, Cabrero-García, de Vries, & Richart-Martínez, 2017; Michielsen, De Vries, Drent, & Peros-Golubicic, 2005) e com diferentes populações, como doentes com sarcoidose (Michielsen et al., 2005) e mulheres com cancro da mama (De Vries, Van der Steeg, & Roukema, 2010). No entanto, a versão grega (Alikari et al., 2016), por exemplo, adotou uma estrutura bifatorial, distinguindo a fadiga física da mental. O objetivo deste estudo exploratório foi adaptar a FAS para português (designando-a como Escala de Avaliação da Fadiga, EAF) e avaliar as suas características psicométricas numa amostra de mulheres portuguesas no período pós-parto.

MÉTODO

Participantes

Os critérios de inclusão incluíram: (a) ser mulher; (b) ter nacionalidade portuguesa; e (c) ter tido um filho há 24 meses ou menos. A amostra de conveniência incluiu 245 mulheres, um número adequado à realização da análise fatorial exploratória (i.e. 20 participantes por item; Meyers, Gamst, & Guarino, 2017). A média de idades foi de 31,62 anos ($DP=4,92$) e a de anos de escolaridade de 14,85 ($DP=3,22$). A maioria mantinha uma relação romântica ($n=220$; 85,7%), trabalhava a tempo inteiro ($n=161$; 65,7%) e era primípara ($n=186$; 75,9%). O tempo decorrido desde o parto foi, em média, 9,17 meses ($DP=6,71$).

Material

Questionário sociodemográfico e clínico. Questionário composto por 22 itens. Os dados demográficos recolhidos incluíram idade, estado civil, escolaridade, entre outros. Os dados clínicos recolhidos focaram a experiência obstétrica (e.g., paridade) e o bebé (e.g., idade).

EAF. Esta escala unidimensional inclui 10 itens sobre a frequência (1 – *Nunca* a 5 – *Sempre*) dos sintomas de fadiga (e.g., inatividade, exaustão)

habituais. As pontuações variam de 10 a 50 e valores mais elevados indicam níveis superiores de fadiga (Michielsen et al., 2004).

EUROHIS-QOL-8. Este questionário de Power (2003), cuja versão portuguesa foi estudada por Pereira, Melo, Gameiro e Canavarro (2011), inclui 8 itens com cinco opções de resposta variáveis (e.g., de 1 – *Nada* a 5 – *Completamente*), sobre a qualidade de vida nas duas semanas anteriores. Usámos os dois itens referentes à dimensão física (i.e., energia, capacidade para desempenhar atividades quotidianas), cujo total poderia variar de 2 a 10. Pontuações mais elevadas traduzem maior qualidade de vida.

Questionário de Confiança Parental. Este questionário tridimensional (Conhecimento acerca do Bebê, Prestação de Cuidados ao Bebê e Avaliação da Experiência de Parentalidade; Badr, 2005; Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2013) é composto por 13 itens que avaliam a confiança nas capacidades parentais. Inclui uma escala de frequência (de 1 – *Nunca* a 5 – *Sempre*), com valores superiores a indicar uma perceção de competência mais elevada. Neste estudo, foi utilizada apenas a pontuação total, correspondente à média das pontuações dos itens, que apresentou uma consistência interna de 0,79 (sendo de 0,89 na versão original).

Instrumento de Responsividade Mãe-Bebê. Este instrumento unidimensional, desenvolvido por Amankwaa e Pickler (2007; versão portuguesa em estudo), avalia a concordância (de 1 – *Discordo completamente* a 5 – *Concordo completamente*) com 22 itens focados na responsividade materna ao bebê e na perceção materna das respostas do bebê. Valores totais mais altos representam maior responsividade, podendo variar de 22 a 110. O alfa de Cronbach original foi de 0,86, sendo de 0,82 na presente amostra.

Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento. Este questionário inclui 12 itens sobre a frequência (0 – *Nunca* a 5 – *Sempre*) de respostas emocionais e cognitivas recentes da mãe para com o bebê (Brockington, Fraser, & Wilson, 2006; Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2012). A pontuação total varia de 0 a 60 e, quanto mais elevada, mais patológicas são as respostas parentais. Nesta amostra, o alfa de Cronbach desta escala unidimensional foi 0,73.

Procedimento

Este estudo enquadra-se no projeto “Adaptação de homens e mulheres ao nascimento de um filho: Da avaliação à identificação de fatores associados aos indicadores de adaptação”, aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Escola de Psicologia

e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Os investigadores pediram autorização à autora da versão original do instrumento para a sua tradução e adaptação para a população portuguesa. Posteriormente, procedeu-se à tradução e retroversão da escala segundo a metodologia proposta por Hill e Hill (2005).

O protocolo de avaliação foi disponibilizado digitalmente, na plataforma *Typeform*, em conjunto com informação do consentimento informado (explicitando os objetivos do estudo, o papel e os direitos dos participantes e os deveres dos investigadores). O *link* do protocolo de avaliação foi divulgado através de *email* pelos contactos dos investigadores e partilhado através do Facebook. Os dados foram recolhidos de fevereiro a maio de 2017.

Adotando o procedimento dos autores de várias versões da escala (Alikari et al., 2016; Michielsen et al., 2004), a validade de construto foi avaliada com uma análise de componentes principais (ACP) com rotação Varimax. Verificámos os pressupostos do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,05$) e do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO, $\geq 0,70$). Na extração de fatores, considerámos o critério de Kaiser (*valor próprio* > 1), o gráfico de declividade e a variância cumulativa explicada (superior a 40%; Meyers et al., 2017). O peso fatorial mínimo deve ser de 0,40 no fator primário e inferior a 0,30 nos restantes fatores, devendo a diferença mínima entre estes valores ser de 0,20 (Howard, 2016). A validade convergente foi avaliada através de análise de correlações (efeito pequeno: $0,1 < r < 0,3$, efeito médio: $0,3 < r < 0,5$, efeito grande: $r \geq 0,5$; Cohen, 1992). Na fiabilidade, o valor considerado mínimo para as correlações item-total corrigidas foi de 0,20 (Streiner & Norman, 2015). O alfa de Cronbach é considerado minimamente aceitável entre 0,65 e 0,70, respeitável de 0,70 a 0,80 e muito bom de 0,80 a 0,90 (DeVellis, 2017).

RESULTADOS

Validade de Construto

Os dados são adequados à realização de uma ACP (teste de esfericidade de Bartlett: $p < 0,001$; KMO=0,87). O critério de Kaiser e o gráfico de declividade indicaram uma solução de dois fatores, cuja variância total explicada era de 57,24%. No entanto, os dois fatores não traduziam a distinção entre fadiga física e mental e, adicionalmente, seis itens tinham um peso superior a 0,30 no fator secundário. Atendendo a isto, repetiu-se a ACP, forçando a extração de um fator (à semelhança da versão original), de que

resultou uma solução que explicava 46,79% da variância e em que todos os itens apresentaram um peso fatorial adequado (*cf.* Quadro 1).

Quadro 1

Peso Fatorial dos Itens

Item	FI
5. Sinto-me fisicamente exausta.	0,78
8. Não tenho vontade de fazer nada.	0,78
2. Fico cansada muito rapidamente.	0,78
9. Sinto-me mentalmente exausta.	0,74
6. Tenho dificuldade em começar coisas.	0,74
7. Tenho dificuldade em pensar com clareza.	0,71
1. A fadiga incomoda-me.	0,64
4. Tenho energia suficiente para a minha vida diária.*	0,58
10. Quando estou a fazer alguma coisa, consigo concentrar-me bastante bem.*	0,56
3. Não faço muita coisa durante o dia.	0,49

Nota. *Itens cuja cotação deve ser invertida.

Validade Convergente

Houve associações significativas entre fadiga e construtos teoricamente relacionados (DeVellis, 2017): qualidade de vida ($r=-0,65$; $p<0,001$), confiança parental ($r=-0,28$; $p<0,001$), responsividade mãe-bebé ($r=-0,22$; $p<0,001$) e dificuldades na relação com o bebé ($r=0,43$; $p<0,001$).

Fiabilidade

As correlações item-total corrigidas excederam o valor mínimo, demonstrando a homogeneidade da escala. Todos os valores do alfa de Cronbach excluindo o item se situaram ligeiramente abaixo ou corresponderam ao valor de alfa para a escala total (*cf.* Quadro 2).

Quadro 2

Estatísticas Descritivas e Consistência Interna dos Itens e da Escala

Item	M (Min-Max)	DP	Alfa de Cronbach (excluindo o item)	Correlação item-total corrigida
1	2,89 (2-5)	0,97	0,86	0,53
2	2,39 (1-5)	0,90	0,84	0,70
3	1,94 (1-5)	1,00	0,87	0,39
4	3,28 (1-5)	0,92	0,86	0,49
5	2,56 (1-5)	0,98	0,84	0,69
6	2,07 (1-5)	0,88	0,85	0,64
7	1,92 (1-5)	0,82	0,85	0,62
8	2,11 (1-5)	0,86	0,85	0,68
9	2,31 (1-5)	0,98	0,85	0,64
10	3,15 (1-5)	1,04	0,85	0,47
Total	23,75 (11-44)	6,31	0,87	-

DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu traduzir e adaptar a EAF para português, e estudar as propriedades psicométricas desta versão em mulheres no período pós-parto. A estrutura fatorial resultante da ACP apresentava limitações teóricas e estatísticas, o que justificou a repetição da análise. O resultado final foi consonante com o de alguns estudos anteriores, que utilizaram procedimentos estatísticos exploratórios (e.g., De Vries, Michielsen, Van Heck, & Drent, 2004; Michielsen et al., 2004, 2005) e confirmatórios (e.g., Cano-Climent et al., 2017; De Vries et al., 2010). Adicionalmente, a percentagem de variância explicada pelo único fator da escala, bem como a sua consistência interna elevada, suportam a validade e fiabilidade da EAF.

Além da adequação psicométrica, a EAF é fácil de aplicar e cotar. A sua adaptação para diferentes idiomas (e.g., alemão, espanhol, holandês, grego, sueco) possibilita comparações com estudos internacionais. A EAF é fiável e válida em diferentes populações, como pessoas empregadas (e.g., Michielsen et al., 2004), mulheres no período pós-parto (e.g., Cano-Climent et al., 2017) ou com filhos pequenos (e.g., Giallo, Wade, & Kienhuis, 2014) e indivíduos com condições crónicas diversas (e.g., sarcoidose, De Vries et al., 2004; cancro da mama; De Vries et al., 2010), e mostrou validade discriminante entre doentes e saudáveis (Smith, van den Broek, Renkens, & Denollet, 2008).

As correlações entre fadiga materna e construtos semelhantes são consistentes com a literatura, que mostra associações negativas com energia (De Vries et al., 2010) e vitalidade (Brandal et al., 2016) e associações positivas com dificuldades no papel parental e na interação entre mães e bebés (Wade et al., 2012). Estes últimos resultados acentuam a utilidade da EAF no período pós-parto, que pode permitir identificar mulheres com risco superior de apresentar dificuldades de adaptação ao papel parental. As mulheres com fadiga acentuada devem ser avaliadas ao nível da interação com o bebé e, perante dificuldades clinicamente significativas, receber intervenção psicológica com vista à diminuição da fadiga, o que poderá resultar na promoção de uma relação adaptativa com o bebé. Uma investigação com a EAF mostrou que uma intervenção psicoeducativa sobre estratégias para minimizar a fadiga (e.g., procura de

apoio social, adoção de rotinas de sono saudáveis e redução das exigências diárias) pode diminuir a fadiga materna no período pós-parto (Giallo, Cooklin, et al., 2014).

Futuramente, importa avaliar a validade discriminante e divergente da versão portuguesa da FAS, e verificar a sua validade de construto com base em procedimentos confirmatórios. Será igualmente importante avaliar as características psicométricas do instrumento em diferentes grupos (e.g., saudáveis; doentes crónicos). Importa recrutar amostras representativas das populações a estudar. Tal não ocorreu no presente estudo, em que se recorreu a uma amostra de conveniência, recolhida exclusivamente através da internet, o que ameaça a representatividade da amostra e limita a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

- Alikari, V., Fradelos, E., Sachlas, A., Panoutsopoulos, G., Lavdaniti, M., Palla, P., ... Zyga, S. (2016). Reliability and validity of the Greek version of the “Fatigue Assessment Scale”. *Archives of Hellenic Medicine*, 33, 231-238.
- Amankwaa, L., & Pickler, R. (2007). Measuring maternal responsiveness. *The ABNF Journal*, 18(1), 4-15.
- Badr, L. K. (2005). Further psychometric testing and use of The Maternal Confidence Questionnaire. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28, 163-174. doi: 10.1080/01460860500227572
- Brandal, A., Eriksson, M., Wester, P., & Lundin-Olsson, L. (2016). Reliability and validity of the Swedish Fatigue Assessment Scale when self-administrated by persons with mild to moderate stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23, 90-97. doi: 10.1080/10749357.2015.1112057
- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: A validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 233-242. doi:10.1007/s00737-006-0132-1
- Cano-Climent, A., Oliver-Roig, A., Cabrero-García, J., de Vries, J., & Richart-Martínez, M. (2017). The Spanish version of the Fatigue Assessment Scale: Reliability and validity assessment in postpartum women. *PeerJ*, 5, e3832. doi: 10.7717/peerj.3832

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- De Vries, J., Michielsen, H. J., Van Heck, G. L., & Drent, M. (2004). Measuring fatigue in sarcoidosis: The Fatigue Assessment Scale (FAS). *British Journal of Health Psychology*, *9*, 279-291. doi: 10.1348/1359107041557048
- De Vries, J., Van der Steeg, A. F., & Roukema, J. A. (2010). Psychometric properties of the Fatigue Assessment Scale (FAS) in women with breast problems. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *10*, 125-139.
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4^a ed.). Thousand Oaks: SAGE.
- Giallo, R., Cooklin, A., Dunning, M., & Seymour, M. (2014). The efficacy of an intervention for the management of postpartum fatigue. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *43*, 598-613. doi: 10.1111/1552-6909.12489
- Giallo, R., Gartland, D., Woolhouse, H., & Brown, S. (2015). “I didn’t know it was possible to feel that tired”: Exploring the complex bidirectional associations between maternal depressive symptoms and fatigue in a prospective pregnancy cohort study. *Archives of Women’s Mental Health*, *19*, 25-34. doi: 10.1007/s00737-014-0494-8
- Giallo, R., Wade, C., & Kienhuis, M. (2014). Fatigue in mothers of infants and young children: Factor structure of the Fatigue Assessment Scale. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, *2*, 119-131. doi: 10.1080/21641846.2014.925326
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Howard, M. C. (2016). A review of exploratory factor analysis decisions and overview of current practices: What we are doing and how can we improve? *International Journal of Human-Computer Interaction*, *32*, 51-62. doi: 10.1080/10447318.2015.1087664
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2017). *Applied multivariate research: Design and interpretation* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Michielsen, H. J., De Vries, J., Drent, M., & Peros-Golubicic, T. (2005). Psychometric qualities of the Fatigue Assessment Scale in Croatian sarcoidosis patients. *Sarcoidosis, Vasculitis and Diffuse Lung Diseases*, *22*, 133-138.

- Michielsen, H. J., De Vries, J., & Van Heck, G. L. (2003). Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure: The Fatigue Assessment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *54*, 345-352. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00392-6
- Michielsen, H. J., De Vries, J., Van Heck, G. L., Van de Vijver, F. J. R., & Sijtsma, K. (2004). Examination of the dimensionality of fatigue: The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment*, *20*, 39-48. doi: 10.1027/1015-5759.20.1.39
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). *Laboratório de Psicologia*, *10*, 81-95. doi: 10.14417/lp.623
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013). Questionário de Confiança Parental: Análise fatorial confirmatória numa amostra comunitária de casais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*(1), 23-37.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, *9*, 109-123. doi: 10.14417/lp.627
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (pp. 145-159). Amsterdam: IOS Press.
- Smith, O. R. F., van den Broek, K. C., Renkens, M., & Denollet, J. (2008). Comparison of fatigue levels in patients with stroke and patients with end-stage heart failure: Application of the Fatigue Assessment Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*, 1915-1919. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01925.x
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5^a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Wade, C., Giallo, R., & Cooklin, A. (2012). Maternal fatigue and depression: Identifying vulnerability and relationship to early parenting practices. *Advances in Mental Health*, *10*, 277-291. doi: 10.5172/jamh.2012.10.3.277

VIVÊNCIAS SOCIOAFETIVAS EM FAMÍLIAS DE JOVENS SUICIDAS EM MANAUS-AMAZÔNIA

Bianka Velásquez¹ (✉ biambv@yahoo.com) & Denise Gutierrez¹

¹Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

O termo suicídio é de difícil definição por suscitar diferentes discussões teóricas acerca do que pode ser considerado suicídio. Emile Durkheim assume uma definição do ponto de vista sociológico sobre o suicídio e define-o como toda a morte realizada pela própria vítima que resulta, imediatamente ou não, de um ato positivo, ou negativo, tendo clareza e consciência do que vai acontecer (Durkheim 2008). Para Shneidman (1985) o suicídio é essencialmente uma forte dor emocional que não permite encontrar outra solução, a não ser a autoaniquilação.

Segundo o primeiro relatório mundial da Organização Mundial da Saúde – OMS (2014) sobre prevenção do suicídio, mais de oitocentas mil pessoas por ano se suicidam. Isto , representa aproximadamente uma morte a cada 40 segundos, sendo que 75% das fatalidades ocorrem em países de baixa renda económica. A quantidade de mortes por suicídio no Brasil está estimada em 4,1 por 100 mil para a população total, sendo superior nos homens (a taxa fica em torno de 6,6 por 100 mil) do que nas mulheres (1,8 por 100 mil). Em números absolutos, o Brasil figura entre os dez países com maior número de suicídios com 9852 mortes em 2011. O coeficiente médio para o período 2004 – 2010 foi de 5,7 %. Este índice aumentou 20,5 % nas últimas décadas, sendo a frequência mais elevada em homens, idosos e indígenas (Botega, 2014)

A produção científica encontrada nesta área não foi tão ampla, a maioria de pesquisas sobre suicídio na juventude que foram encontradas nas bases de dados estão voltadas aos trabalhos de dados epidemiológicos, análise do comportamento suicida, foram escassas as pesquisas que estudam o impacto de suicídio nas famílias. Este estudo visou investigar como as famílias que tiveram perda de um jovem por suicídio entre seus

membros vivenciam essa experiência, em termos de: recursos utilizados, fontes de apoio social, história pregressa, e outros fatores psicossociais envolvidos no processo.

MÉTODO

Participantes

Este estudo realizou-se com três famílias da zona urbana no Bairro de Petrópolis, situado ao sul da cidade de Manaus compondo uma amostra por acessibilidade. Para localização dos casos se utilizou como ponte a paróquia São Pedro situada no mesmo bairro. Os critérios para inclusão dos participantes foram: (a) famílias moradoras/residentes no bairro em questão que viveram a experiência da perda por suicídio de um membro jovem; (b) o jovem que cometeu suicídio tinha entre 22 e 26 anos de idade; (c) o suicídio tinha ocorrido há menos de um ano ; e (d) ser membro da família com mais de 18 anos de idade. Os critérios de exclusão incluíam: (a) famílias que não moravam no bairro em estudo; (b) famílias em que o suicídio havia ocorrido há mais de cinco anos, ou menos de um ano; (c) ser membro da família com menos de 18 anos de idade; e (c) recusa em participar.

Material

Utilizou-se como instrumentos um modelo de entrevista semiestruturada (Autópsia Psicológica e Psicossocial) que foi adaptada por Cavalcante et al. (2012) a partir dos estudos seminais de Shneidman (1969), para atender a investigação do fenômeno de suicídio de uma parcela da população no Brasil. A entrevista foi submetida a algumas adaptações, inserindo perguntas relacionadas aos modelos de desenvolvimento mais ligados à juventude. O roteiro de entrevista foi composto por duas partes. A primeira é uma ficha de identificação com informações pessoais do sujeito que morreu por suicídio e sua família. A segunda é um roteiro de entrevista que contém 45 perguntas relacionadas com os seguintes domínios: ambiente social em que os sujeitos se

desenvolveram, seu estilo de vida, avaliação do ato fatal, estado mental do jovem quando aconteceu o suicídio, imagem da família e redes de apoio para o enfrentamento da situação.

Procedimento

Este estudo foi submetido à avaliação do Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (número de CAAE 63891616900005020). Para realização das entrevistas adotou-se concepção nativa de família aceitando a participação de todas as pessoas que a própria família indicasse como relevantes para a entrevista (e.g., vizinhos, amigos e outros com informações significativas sobre o ocorrido). No primeiro contacto pessoal com as famílias apresentou-se a proposta de entrevista e explicou-se os objetivos da pesquisa, solicitando a assinatura do termo de consentimento informado e autorização para realizar a gravação áudio da entrevista.

O lugar para realização das entrevistas, seu dia e horário foram indicados pela própria família. Duas das entrevistas realizaram-se na casa das famílias e a última foi realizada na igreja. A primeira entrevista foi realizada com uma equipa de dois investigadores, as demais entrevistas foram realizadas apenas pela investigadora principal. As entrevistas tiveram duração entre uma hora e meia a três horas.

As gravações áudio das entrevistas foram transcritas, e só depois submetidas a análise de conteúdo, tomando como referência Minayo (como citado em Cavalcante, 2014) que estabelece três etapas dentro do processo analítico: (a) pré-análise; (b) exploração do material ou codificação; e, (c) tratamento dos resultados obtidos/interpretação. As falas descritas abaixo foram acompanhadas por letra maiúscula indicando o papel social do participante: M – mães (M1, M2), P – Pais (P1), e A – Avó (A2).

RESULTADOS

Os resultados se apresentam por meio das categorias analíticas emergentes a partir da informação coletada nas entrevistas. Os três casos

investigados são de famílias de religião católica. As mulheres (mães) entrevistadas são donas de casas, e os homens são os provedores dos grupos familiares. Apresentam-se as seguintes categorias: (a) vivência socioafetiva das famílias durante e depois da morte do jovem; (b) aspectos psicossociais do jovem e da família; e (c) fontes de apoio social à família no momento posterior ao episódio.

Vivência Socioafetiva das Famílias Durante e Depois da Morte do Jovem

Os entrevistados consideraram que a perda do jovem por suicídio provocou uma dor intensa e descrevem o momento em que descobriram o ocorrido como uma experiência terrível, “brutal”, pautada por dor e revolta. “O primeiro sentimento foi revolta, muita revolta, nós ficamos os dois revoltados” (P1). Outras emoções negativas se apresentam como raiva com a pessoa que morreu, por não entenderem porque tomou a decisão de tirar a vida sem pensar no resto da família. Também aparecem, embora menos mencionados, os sentimentos de culpa como uma das primeiras reações da família.

Foi possível identificar diferenças marcantes no modo de enfrentar o suicídio entre homens e mulheres. As mulheres (mãe, avó) conseguiram trabalhar o luto falando do jovem, lembrando-se de tudo o que ele fazia, como uma maneira de aliviar a dor. Já os homens preferiram não falar do acontecido e tentar esquecê-lo, inibindo as mulheres de expressar os seus sentimentos por meio do choro já que creem que o choro não ajuda a melhorar a situação da família. O papel da mulher dentro da família, como mãe que permanece em casa cuidando e protegendo o filho tornou mais difícil o processo de elaboração da morte do jovem para as mães “Porque era eu quem recebia ele quando ele chegava” (A2). Alguns membros de todas as famílias entrevistadas, em particular as mães, adoeceram depois da morte do jovem, padecendo de doenças físicas e/ou psicológicas (ex: hipertensão, depressão e transtornos do sono)

Aspectos Psicossociais do Jovem e da Família

No que respeita às relações familiares, em geral os entrevistados revelaram que os jovens mantinham boas relações familiares. Nos três casos, toda a família oferecia apoio contínuo ao jovem morto “Eu conversava com meu filho não vale a pena você..., eu lhe ajudo, você vai morar aqui comigo,

com seu tio que é o padrasto dele tudo assim todo mundo...” (M2). Porém, em dois casos, emergiram indícios da existência de conflito entre os membros da família. Os entrevistados mencionaram algumas brigas entre os jovens falecidos, em dois dos casos se mencionam brigas que poderiam ter influência na decisão de tirar a vida, por exemplo, pela proximidade temporal com o suicídio. “A gente se desentendia algumas vezes, a última vez foi justamente por causa dela, porque eu não aguentava a preguiça dela” (M2).

Os principais fatores de risco, identificados no grupo investigado, foram: (a) antecedentes familiares com histórias de suicídio; e (b) a presença de doenças físicas ou psicológicas entre os membros. Com efeito, tal como se verificou nas três famílias entrevistadas, o fato que em uma família existam antecedentes de pessoas que já tentaram ou consumaram o suicídio pode ser considerado um fator de risco para que outros membros da família apresentem ideação, tentativas ou suicídios consumados. Também nos três casos, os três jovens apresentavam problemas de saúde desde a sua infância (epilepsia, depressão ou dependência de substâncias psicoativas), com impacto considerável em suas vidas. “como ele era epilético, por causa dessa queda na luta, no treino, ele desmaiou lá, aí o pastor disse, a gente já soube depois, que ele não ia mais lutar, que senão ele poderia morrer, pô, cortou o barato dele” (M1).

Fontes de Apoio Social à Família no Momento Posterior ao Episódio

Encontrou-se que as principais redes de apoio que as famílias tiveram, no momento e após a morte do jovem, foram providas por vizinhos e amigos. O gesto de ajuda econômica e moral por parte das pessoas próximas foi de grande auxílio, porque, diante da morte do jovem, a família não se encontra econômica e psicologicamente preparada. “A família..., todo mundo..., ninguém julgou ninguém, todo mundo se uniu..., a família do pai dele, meus irmãos, minha família” (M2). “Também todos meus amigos conversavam, me auxiliavam” (A3).

Aspetto relevante é que na história das famílias não foi encontrado nenhuma rede de apoio institucional oficial que estivesse presente no momento ou após a morte do jovem. Esta ausência de redes de apoio oficial foi encontrada na vivência das três famílias participantes dessa pesquisa “e depois, foi a gente mesmo, um apoiando outro, mas não teve esse negócio de instituição não” (M1).

DISCUSSÃO

O impacto de uma morte de um jovem por suicídio envolve uma quantidade de reações, sentimentos e vivências que afetam de maneira direta toda a família e, sobretudo as mães e os pais do jovem que morreu. Por ser uma morte repentina que ninguém imaginava que poderia acontecer o choque no momento do fato é mais intenso, e as vivências socioafetivas no processo de luto são marcadas por intensos sentimentos de dor, revolta e raiva da pessoa que morreu, mas também culpa e vergonha diante do outro social. Junto a isto aparecem sentimentos de solidão e muitas perguntas sem respostas por parte da família. Os sentimentos de dor em tal situação aparecem como resposta natural diante do acontecido, mas também como nos alertam Viniegras e Cernudai (2012), as emoções negativas, como raiva e revolta com a pessoa que morreu, frequentemente se apresentam, o que torna a elaboração da experiência mais desafiadora e complexa.

O impacto da morte para as mães foi maior. Por serem elas que se dedicavam a cuidar dos filhos, ficavam em casa a maior parte do tempo, são elas que sentem sua falta mais intensamente. Essa partilha, dos espaços público e privado, fincada nas relações de gênero e os papéis que homens e mulheres desempenham, há muito tem sido descrita como produto da cultura hegemônica de gênero, que hoje em dia segue muito presente nessas famílias. Porém aqui vemos como esse “estar em casa” em base exclusiva vulnerabiliza a mulher. As teorias de gênero abordam ainda as reações de intolerância dos homens diante da expressão da dor das mulheres pela perda do filho, a partir da realidade cultural que impõe o treino machista dos homens para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais e a internalizar neles os afetos. O choro da mulher parece provocar neles a aproximação dessa área perigosa dos afetos que precisam ser negados e reprimidos (Braz, 2005).

As relações familiares podem ser consideradas como fator de risco, ou proteção para o suicídio a depender de sua qualidade. Neste estudo as duas situações se apresentaram. Por um lado existiam boas relações entre o jovem morto e sua família; por outro lado foram identificados conflitos familiares importantes. A OMS (2014) e Botega (2014) expõem que um dos principais fatores protetores identificados para o comportamento suicida é a estabilidade

nas relações sociais, incluindo a família. Asseveram ainda que esta pode ser um fator de risco quando existem conflitos e problemas no ambiente familiar. Os fatores de risco encontrados nos casos aqui investigados foram: estado debilitado de saúde física e mental, antecedentes familiares de suicídio e consumo de substâncias. Segundo a OMS (2014) esses representam fatores que tem muita influência como possíveis co-determinantes do suicídio.

A presença das redes sociais familiares, vizinhos, igrejas e amigos foi indispensável para o enfrentamento do fato, durante e depois do acontecido. A teoria das redes sociais expõe que o papel das redes é disponibilizar apoio social no momento que os sujeitos estão precisando desse acompanhamento (Lozano & Cadavid, 2009). Por outro lado, a ausência de redes institucionais oficiais, providas pelos diversos serviços da rede pública, sejam estaduais, ou nacionais, é um aspecto importante a ser considerado quando se pretende desenhar estratégias de prevenção e acompanhamento familiar após a morte por suicídio de algum membro jovem.

As projeções de aumento nas estatísticas das taxas de suicídio a nível mundial para os anos futuros são preocupantes e colocam este problema como prioridade dentro da área das pesquisas e intervenções em saúde. O suicídio é um grave problema que tem provocado mortes desnecessárias e impactos negativos para os que vivem esse tipo de perda, porém é um problema prevenível por meio de intervenções oportunas. Em vista disso é importante aprofundar conhecimentos sobre a questão das relações de gênero e das dinâmicas familiares em diversos grupos sociais que vivem o suicídio do jovem, de modo a esclarecer aspectos referentes às suas especificidades e formas de constituição.

REFERÊNCIAS

- Durkheim, E. (2008). *El suicidio* (6ª ed) Madrid, España: Acal S.A.
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e o impacto sobre a saúde de homens: Reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 97-104.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: Epidemiologia. *Departamento de Psicologia médica e psiquiátrica da Faculdade de ciencias medicas da*

Universidade Estadual de Campinas, 25(3) 231-236. doi: 10.1590/0103-6564D20140004

- Cavalcante, G. F., Minayo, D. M., Meneghel, S., Da Silva, M. R., Gutierrez, D. D., Conte, M., Moreira, R. G. (2012). Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2039-2052. doi: 10.1590/S1413-81232012000800015
- Cavalcante, B. C., Calixto, P., Pinheiro, M. (2014). Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, 24(1), 13-18. Retirado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/14583/15416>
- Organización Mundial de la salud. (2014). *Prevención del suicidio*. Washington.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. Los Angeles, United States: Enterprises. Retirado de <https://www.scribd.com/read/269123471/Definition-of-Suicide>
- Lozano, P. L., & Cadavid, Z. B. (2009). Redes sociales, participacion e interaccion social. *Trabajo social*, 11, 147-158.
- Viniegras, G. C., & Cernudai, P. C. (2012). Duelo ante la muerte por suicídio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12, 265-274. Retirado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n2/rhcm14213.pdf>

CUIDADO HUMANIZADO: DO FOCO NA DOENÇA PARA O FOCO NO SUJEITO

Camila Farias¹, Daiane Maders¹ (✉ daianemaders@outlook.com), Marcelene Duarte, & Mariana Lopes¹

¹Universidade Federal de Pelotas, Brasil

A assistência a utentes internados em hospitais tem sido, ao longo dos anos, cada vez mais investigada, pois envolve uma série de complexidades, entre elas: problemas psicológicos, sociais, económicos e físicos. Por isso, o utente deve ser considerado na sua totalidade. É necessário compreendê-lo nas suas múltiplas facetas para que se possa proporcionar um cuidado humanizado (Costa, Filho, & Soares, 2003). Deste modo, entende-se que a humanização do cuidar está associada a uma série de medidas que tem por objetivo conciliar os cuidados em saúde. Acresce a satisfação dos profissionais, juntamente com um ambiente favorável para que o cuidado humanizado ocorra, e, que faça do tratamento um período de bem-estar (Deslandes, 2004).

Campos (2016) diz que, o facto de se sentir doente comporta uma série de significados que podem ter sido adquiridos ao longo da vida, desde a infância e suas primeiras experiências, passando pelas crenças e valores, o que torna a doença algo que produz sentimentos e reações muito singulares. Deste modo, o cuidar demanda que o profissional conheça e compreenda as crenças do utente e que suspenda juízos de valor. Uma doença pode ser comum a vários utentes, mas o sofrimento provocado por ela, pelo tratamento, pelo internamento hospitalar, e pelo seu impacto, é idiossincrático e intimamente relacionado com a história de vida do utente.

O cuidado humanizado e adequado às necessidades físicas e psicológicas do utente hospitalizado não deve ser dado de forma mecanizada. É necessário construir estratégias que possibilitem ao utente desenvolver recursos próprios para lidar com a doença e o tratamento. Por isso, o cuidado humanizado é de fundamental importância para que o utente

compreenda as suas dificuldades e o seu sofrimento, e possa assim construir recursos para lidar com este momento desafiador que é o adoecimento e o internamento. Tendo isso em vista, este estudo é um trabalho de reflexão crítica, apoiado na revisão da literatura e discussão entre peritos acerca desse levantamento bibliográfico, sobre as formas como o cuidado ao utente tem vindo a ser exercido pelas equipas de saúde no âmbito hospitalar.

Da Humanização da Assistência e do Cuidar no Contexto Hospitalar

A humanização da assistência tem ganho cada vez mais relevância no contexto hospitalar. Trata-se de uma abordagem profissional de extrema relevância que visa a promoção da saúde a partir de um cuidado menos mecanizado e não focado apenas na doença (Costa et al., 2003). A importância desta discussão reside no facto de esta tornar evidentes os valores que constituem o ser, principalmente no que diz respeito ao profissional de saúde.

Nesse contexto, surge, em alguns casos, o sentimento de incompetência do profissional cuidador na relação com o utente, pois, algumas vezes, lidar com situações com que não se está habituado (e.g. o fim de vida) pode gerar revolta e tristeza. Por isso, a informação e o diálogo nesse meio são de extrema importância – o profissional passa por um processo de entendimento entre as pessoas, possibilitando visualizar o utente como um todo, e perspectivando o cuidado como mais do que o simples “fazer” ao reconhecer o utente e sua família como seres singulares (Costa et al., 2003). É preciso que o cuidado humanizado seja realizado de forma que ultrapasse o modelo de assistência que privilegia a doença, pois, segundo Campos (2016), o utente não deseja somente ser cuidado por meio de exames complementares de diagnóstico, fármacos ou cirurgia. O utente deseja, também, ser olhado, tocado e escutado. Assim, humanizar o cuidado deve ser transversal a todas as tarefas, partindo das crenças e dos valores que norteiam o utente.

Cuidado humanizado. O cuidado humanizado é, pois, aquele que se volta para o sujeito doente como ser único e irrepetível, e o vê na sua singularidade e idiosincrasia – mesmo quando, e principalmente quando, (já) não é possível curar. É preciso que o cuidado seja realizado tendo em

vista a singularidade de cada utente, a ideia de “cuidar como gostaria de ser cuidado” precisa ser abandonada abrindo espaço para o cuidar alicerçado em “como o utente gostaria de se cuidado.” Releva, pois, que o profissional esteja disponível para o utente, dedicando-lhe a sua presença, atenção, ajuda, apoio emocional e prestando informação – todas estas formas de favorecer trocas significativas entre ele e o utente (Luz, et al., 2015).

A forma de cuidado que prioriza a doença e, conseqüentemente, a cura, acaba por, segundo Quintana, Kegler, Santos, e Lima (2006), considerar a morte como fracasso da instituição e seus profissionais. Neste contexto, a relação dos cuidadores com os utentes que estão, por exemplo, em fase terminal, constitui-se como um desafio para o manejo. A dificuldade de estabelecer um diálogo com o utente que não tem perspectiva de cura inicia-se na própria comunicação do diagnóstico. É, por exemplo, comum a ocultação de informação, geralmente sustentada pelo argumento de que essa notícia poderia levar o utente à depressão e, conseqüentemente, ao agravamento da doença (Quintana et al., 2006). Percebe-se, desta forma, a importância de que o cuidado transcenda o âmbito da doença e da cura, para que seja possível fornecer ao utente um cuidado onde as necessidades integrais do indivíduo sejam consideradas.

Acresce que o internamento hospitalar, uma situação não planeada e desejada, pode causar desconforto emocional ao utente e sua família (Nascimento, Alves, Mattos, 2014). A este propósito, acredita-se que a família possa ser um recurso que contribui para a recuperação integral do utente. Geradora de efeitos positivos, a interação com a família necessita ocorrer, não só entre utente e família, mas também entre esta e o profissional de saúde. É este que, num primeiro momento, provê o cuidado humanizado para ambos: utente e família. O utente é afetado positivamente quando se estabelece uma relação mútua de cuidado, onde o cuidado deixa de vir unicamente da família, e passa a ser proporcionado à família que se encontra em vulnerabilidade emocional devido a situação de adoecimento do familiar (Silva, 2003). Entende-se que o cuidado humanizado demanda do profissional de saúde uma extrema dedicação e responsabilidade em atender o utente e sua família da melhor forma possível. O utente hospitalizado não precisa somente de um ambiente acolhedor que proporcione bem-estar físico. Ele necessita de cuidado gerado por alguém capacitado para cuidar de forma humanizada. Nestes

momentos, a intervenção proposta é de extrema importância, pois é através dela que se dará o avanço do tratamento, seja ele curativo ou paliativo. Então, o profissional precisa estabelecer uma relação de confiança com o seu utente, adequando-se, quando possível, à sua singularidade, para que o cuidado seja realizado com respeito, de forma a contribuir para o bem-estar emocional do utente. Então, esse profissional necessita também de cuidado, pois, assim como o utente, é um ser singular, detentor da sua própria subjetividade que, em alguns casos, é sofredora de sentimentos desprazerosos.

O profissional de saúde a ser cuidado. Já que a equipa de profissionais de saúde em contexto hospitalar lida diariamente com situações de difícil manejo, torna-se necessário perceber que a relação do cuidador com o utente está diretamente associada ao cuidado que é dedicado ao profissional de saúde. Segundo Faria e Maia (2007), se esse profissional não possui um espaço ou um apoio para lidar com suas próprias emoções e sentimentos, o sofrimento emocional poderá interferir não só na sua saúde, mas também nas suas possibilidades de cuidado.

A qualificação profissional das equipas de saúde é um ponto essencial que permeia as formas de cuidar. De acordo com Luz e colaboradores (2015), quando se trata do ato de cuidar, o profissional da enfermagem, assim como outros profissionais de saúde, baseia-se preponderantemente nas suas próprias crenças e valores. A qualificação auxiliaria o profissional a desenvolver habilidades no manejo com o utente e seus familiares, auxiliando a reconhecer e lidar com o sofrimento, dando atenção não apenas às necessidades biológicas, mas também emocionais do utente, aprimorando a escuta e a sensibilidade (Luz et al., 2015).

Nesse caso, a partir de uma perspetiva psicanalítica, podemos pensar que a dificuldade de encaminhamento das próprias emoções tenha efeitos na forma de cuidado que os profissionais dirigem aos utentes. Com isso, nota-se a importância da criação de espaços de acolhimento dos aspetos emocionais ligados a prática profissional. Segundo Luz e colaboradores (2015), a criação de espaços de discussão, de troca de experiências, até mesmo *rounds*, pode ser uma maneira de reduzir o *stress* e sofrimento, favorecendo a construção de intervenções pautadas por um cuidado humanizado. Só assim será possível que o profissional veja o utente de forma integral, ultrapassando o paradigma da doença como foco e da cura

como principal forma de cuidado, já que o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos (Costa et al., 2003), mas comporta reconhecer os utentes como seres humanos singulares, vivenciando um difícil momento das suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível concluir que o tratamento do utente ainda se dá de forma preponderante centrado na doença, sem considerar a integralidade do ser humano. Dessa forma a cura passa a ser o foco e nesse contexto o cuidado pode acabar por ser negligenciado.

No entanto, o utente precisa de muito mais do que os procedimentos e intervenções que visam a cura. Necessita de profissionais que o percebam como um sujeito único, fornecendo o tipo de cuidado que ele deseja e proporcionando um espaço seguro para que ele possa vivenciar, elaborar e criar suas próprias estratégias para lidar com o adoecimento e a hospitalização. Para que o cuidado dirigido ao utente possa ser humanizado torna-se fundamental que ele ultrapasse o modelo de assistência que privilegia a doença.

A humanização do cuidado exige que os profissionais da saúde possam voltar-se para o sujeito doente. Muitas vezes não é mais possível curar, mas ainda há muito a ser feito para cuidar, sendo esse, também, um papel importantíssimo da equipa. Porém, isso só será possível se os profissionais forem, também, cuidados, puderem reconhecer os seus próprios sentimentos e tiverem espaço para construir possibilidades de lidar com eles.

REFERÊNCIAS

Campos, E. P. (2016). *Quem cuida do cuidador? Uma proposta para os profissionais de saúde* (2ª ed.). Teresópolis: Unifeso. Retirado de www.editorapontocom.com.br/livro/48/eugeniocampos_48_584edcebb73c1.pdf

- Costa, C. A., Filho, W. D. L., Soares, N. V. (2003). Assistência humanizada ao cliente oncológico: Reflexões junto à equipe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56, 310-314. doi: 10.1590/S0034-71672003000300019.
- Deslandes, F. S. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9, 7-14. Retirado de www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf
- Faria, D., Maia, E. (2007). Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 1131-1137. doi: 10.1590/S0104-11692007000600012
- Luz, K. R., Vargas, O. A. M., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S., & Meirelles, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da Oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 67-71. doi: 10.1590/0034-7167.2016690109i
- Nascimento, H., Alves, J., & Mattos, L. (2014). *Humanização no acolhimento da família dos utentes internados em Unidade de Terapia Intensiva* (Monografia). Retirado de <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/-57524.pdf>
- Quintana, A. M., Kegler, P., Santos, M., & Lima, L. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao utente terminal. *Paidéia*, 16, 415-425. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300012
- Silva, S. C. (2003). *Ocorrências iatrogênicas em unidades de terapia intensiva: Impacto na gravidade do utente e na carga de trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

CRENÇAS ALIMENTARES: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO

Catarina Coelho¹ (✉ catarina.scoelho@hotmail.com), Andrea Costa¹, & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ²ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), a alimentação saudável é considerada um fator protetor na saúde, essencial para um estilo de vida saudável, sendo capaz de modificar o risco da população ao nível da prevenção primária e secundária (Sofi, Macchi, Abbate, Gensini, & Casini, 2013). Devido às rápidas mudanças na alimentação e estilo de vida, assiste-se a uma forte perturbação de padrões dietéticos, marcados por um aumento de alimentos processados, consumo elevado de alimentos ricos em gordura e açúcar, em detrimento de frutas e vegetais essenciais para reduzir o risco de doenças (World Health Organization [WHO], 2003, 2015).

Hoje em dia, a população defronta-se com uma enorme quantidade de informação sobre alimentação e saúde (De Cicco, Santos, da Silva, Laham, Junior, & de Lucia, 2006). Os resultados de saúde, inclusive a adesão a uma alimentação saudável, podem ser explicados por boas capacidades de literacia nutritiva (Lino, Basiotis, Anand, & Variyam, 1998). No entanto, também dependem de processos mediadores como o conhecimento, atitudes e crenças, que são determinantes motivacionais sociocognitivos que têm peso nas ações de saúde (von Wagner, Steptoe, Wolf, & Wardle, 2009). Neste sentido, define-se crença como uma disposição para a ação, desempenhando um papel causal na produção do comportamento (Diniz, 2004; Rakotosamimanana, Arvisenet, & Valentin, 2014).

A compreensão dos determinantes que influenciam as práticas alimentares é vital para o desenvolvimento de intervenções culturais apropriadas que promovam uma mudança comportamental relacionada com a alimentação (Fernandez, Rolley, Rajaratnam, Everett, & Davidson, 2015). O conhecimento por si só não prediz ou muda comportamento,

sendo necessário compreender a maneira como as pessoas pensam sobre o seu comportamento e, por isso, estratégias de intervenção que focam as crenças sobre a dieta e a saúde podem ajudar na adoção a uma alimentação saudável (Ogden, 2012; Patterson, Kristal, Lynch, & White, 1995). Desta forma, torna-se importante estudar as crenças alimentares na população, já que diferentes crenças podem explicar diferenças comportamentais na escolha dos alimentos (Beydoun & Wang, 2008; Wardle, Haase, Steptoe, Nillapun, Jonwutiwes, & Bellisle, 2004).

Sabe-se que fatores demográficos e socioeconómicos influenciam as escolhas alimentares relatadas pelos indivíduos, sendo determinantes que muitas vezes se encontram interrelacionados (Tepper, Choi, & Nayga Jr, 1997). Observam-se diferenças ao nível de crenças e práticas entre homens e mulheres, tendo os homens menos probabilidade de seguir recomendações nutricionais e as mulheres a relatarem escolhas mais saudáveis (Wardle et al., 2004). A idade encontra-se relacionada com as crenças alimentares e com o conhecimento das recomendações nutricionais e composição dos alimentos, sendo que se observa que são os jovens e os idosos que têm maior probabilidade de ter menos conhecimento (Harnack, Block, Subar, & Lane, 1998; Patterson et al., 1995). Existe também uma associação entre o tipo de alimentação e as habilitações literárias dos indivíduos, aqui entendidas como o conhecimento dos indivíduos. Um elevado nível de conhecimento nutricional associa-se a um consumo de alimentos saudáveis, por exemplo entre os estudantes universitários (Gibson, Wardle, & Watts, 1998; Tepper et al., 1997). Quanto à relação entre alimentação e rendimento mensal, observa-se que populações economicamente em desvantagem optam por alimentos menos saudáveis, já que os custos de alimentos frescos continuam a ser mais elevados (Fernandez et al., 2015). O consumo de frutas e vegetais é menor em famílias com dificuldades económicas, notando-se a falta de diversidade e qualidade na alimentação destas (Beydoun & Wang, 2008; Wolfe & Campbell, 1993).

Já que o estilo de alimentação é predito pelas crenças alimentares, é fundamental estudar as crenças alimentares que as pessoas têm. No entanto, verifica-se que não existem instrumentos que meçam estas crenças, além de poucos serem os estudos sobre estes conceitos na população portuguesa. Por isso, este estudo tem como objetivo desenvolver e validar um instrumento de avaliação de crenças alimentares para adultos portugueses. Pretende-se

ainda perceber se existem diferentes crenças alimentares de acordo com as características sociodemográficas dos participantes.

MÉTODO

Participantes

A amostra, com efeito bola de neve, foi constituída por 409 participantes, entre os 18 e os 93 anos ($M=37,04$; $DP=15,43$), maioritariamente do género feminino (81,9%). O Quadro 1 resume as características socio-demográficas da amostra deste estudo.

Quadro 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Características		N	%
Género	Masculino	74	18,1
	Feminino	335	81,9
Habilitações Literárias	Não frequentou nenhum sistema de ensino formal	5	1,2
	1º ciclo do Ensino Básico (1º ano – 4º ano)	10	2,4
	2º ciclo do Ensino Básico (5º ano – 6º ano)	5	1,2
	3º ciclo do Ensino Básico (7º ano – 9º ano)	16	3,9
	Ensino Secundário (10º ano – 12º ano)	86	21,0
	Ensino Superior	287	70,2
Rendimento Mensal	Até 530€	93	22,7
	Até 700€	57	13,9
	Até 1000€	90	22,0
	Até 3000€	99	24,2
	Até 5000€	5	1,2
	Superior a 5000€	4	1,0
	Outra	61	14,9

Material

O protocolo do estudo consistia num consentimento informado, num questionário sociodemográfico, e no Questionário de Crenças Alimentares. O questionário sociodemográfico, constituído por quatro itens, pretendeu caracterizar a amostra quanto ao género, idade, habilitações literárias e rendimento mensal.

Procedeu-se à construção do Questionário de Crenças Alimentares, destinado à população adulta. É um questionário de autopreenchimento, constituído por 54 itens numa escala de likert de 5 pontos (de 1 “Discordo

Bastante” a 5 “Concordo Bastante”), que avaliam a percepção dos participantes sobre o que é que uma alimentação saudável, sobre a relação entre alimentação e saúde, e sobre o que influencia a adesão a uma alimentação saudável (e.g., benefícios, barreiras). Os *scores* dos diferentes fatores são calculados através das médias, sendo que uma maior pontuação corresponde a uma maior concordância com as recomendações comumente aceites para uma alimentação saudável.

Procedimento

O desenvolvimento dos itens do Questionário de Crenças Alimentares teve por base a revisão de literatura (e.g., Beydoun & Wang, 2008; Gibson et al., 1998; Wardle et al., 2004; WHO, 2015) e a discussão entre os investigadores do estudo ao longo de seis sessões. Optou-se por fazer a realização de um pré-teste a 10 pessoas, do qual resultaram alterações. Posteriormente, procedeu-se à sua aplicação e estudo das propriedades psicométricas. O estudo foi divulgado presencialmente, e.g., em centros de dia de forma a recrutar participantes mais idosos, e online, através das redes sociais (*facebook*) e do correio eletrónico. Todos os participantes foram informados acerca do tema, objetivos e condições de participação, tendo-se assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados, sendo o consentimento informado recebido de todos os participantes.

Análise estatística. Foram calculadas as estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas e itens do questionário, para caracterização da amostra e avaliação da sensibilidade dos itens. Valores absolutos de S_k e K_u inferiores a três e 10, respetivamente, indicam adequada sensibilidade dos itens (Kline, 2000). A estrutura fatorial do questionário foi avaliada através de uma análise fatorial exploratória. Os fatores comuns retidos foram aqueles que apresentavam valores próprios superiores a um e uma percentagem de variância explicada superior a 50% (Maroco, 2010). Os itens com peso fatorial inferior a 0,50 não foram retidos. A adequação de amostragem foi avaliada por recurso ao Kaiser-Meyer-Olkin, com um $KMO > 0,70$ a indicar adequação média (*ibidem*). A fiabilidade da medida foi avaliada através da consistência interna, com alfa de Cronbach superior a 0,60 ou 0,70 a ser considerado aceitável ou bom (Kline, 2000). Finalmente, para avaliar as diferenças ao nível das crenças alimentares em função das variáveis socio-

demográficas, realizaram-se testes de diferenças de médias. As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao software IBM SPSS Statistics (v. 22).

RESULTADOS

Análise Fatorial Exploratória

Obteve-se um valor de medida de adequação de amostragem médio (KMO=0,744), sendo possível estimar a análise fatorial. A AFE reteve 17 itens ($\lambda \geq 0,51$), e suportou a solução de quatro fatores que explicam 51,8% da variância: (a) Fator I – Alimentação e Saúde; (b) o Fator II – Hábitos Alimentares Diários; (c) o Fator III – Barreiras à Alimentação Saudável; e (d) o Fator IV – Ideologia.

Sensibilidade e Fiabilidade

As medidas de forma assimetria e curtose foram analisadas para os itens e variaram, respetivamente, entre -1,96 e 0,97, e -0,41 e 5,27, indicando boa sensibilidade dos itens. O Quadro 2 apresenta os resultados para a consistência interna das dimensões do questionário em estudo e da medida no seu todo. À exceção do fator III, a escala total e as subescalas do questionário demonstram $\alpha > 0,60$.

Quadro 2

Alfas de Cronbach das Subescalas e da Escala de Crenças Alimentares

Subescalas	Nº de itens	Alfas de Cronbach
I. Alimentação e Saúde	5	0,76
II. Hábitos Alimentares Diários	5	0,72
III. Barreiras à Alimentação Saudável	4	0,57
IV. Ideologia	3	0,64
Total	17	0,74

Género, idade, habilitações literárias, rendimento e crenças alimentares

Como se pode observar no Quadro 3, as mulheres manifestam maior concordância com as recomendações para uma boa alimentação, no que respeita à relação entre alimentação e saúde e aos hábitos alimentares diários

(cf. Quadro 3). Verificou-se que as crenças sobre alimentação e saúde e sobre as barreiras à alimentação saudável apresentam uma correlação fraca com a idade ($r=-0,124$; $p=0,012$; $r=-0,181$; $p<0,001$, respetivamente), enquanto as crenças sobre os hábitos alimentares diários apresentam uma correlação moderada com a idade ($r=-0,296$; $p<0,001$). Quanto à relação entre a idade e as crenças ideológicas, não se observou nenhuma correlação significativa ($r=0,058$; $p=0,243$). Constatou-se que são os sujeitos com o ensino secundário e o ensino superior que apresentam crenças mais positivas no que respeita à alimentação e saúde [$\chi^2_{KW}(5)=13,42$; $p=0,02$] e hábitos alimentares diários [$\chi^2_{KW}(5)=31,094$, com $p=0,000$]. Não se observaram diferenças significativas entre habilitações literárias no que diz respeito às barreiras à alimentação saudável [$\chi^2_{KW}(5)=9$; com $p=0,109$] e à ideologia [$\chi^2_{KW}(5)=0,527$; $p=0,992$]. Não se observaram diferenças significativas quanto às crenças alimentares em nenhuma das subescalas [Fator I: $\chi^2_{KW}(6)=7,85$; $p=0,25$; Fator II: $F(6,402)=0,542$; $p=0,776$; Fator III: $F(6,402)=1,53$; $p=0,167$; Fator IV: $\chi^2_{KW}(6)=8,5$; $p=0,204$].

Quadro 3

Médias, Desvio-padrão e resultados do teste t-Student

Subescalas	Género	N	M	DP	Teste t-Student
Alimentação e Saúde	Masculino	74	3,99	0,52	$t(407)=2,98$, $p=0,003$
	Feminino	335	4,19	0,50	
Hábitos Alimentares Diários	Masculino	74	4,20	0,60	$t(407)=2,40$; $p=0,017$
	Feminino	335	4,37	0,55	
Barreiras à Alimentação Saudável	Masculino	74	3,58	0,64	$t(407)=1,83$; $p=0,068$
	Feminino	335	3,76	0,63	
Ideologia	Masculino	74	2,31	0,60	$t(407)=0,65$; $p=0,517$
	Feminino	335	2,37	0,77	

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, mesmo que ainda exploratórios, demonstram que o Questionário de Crenças Alimentares parece ser um instrumento sensível, válido e fiável. A medida e suas subescalas demonstraram uma consistência interna aceitável, à exceção do fator III, o que pode ser explicado pelo fato desta escala ser de carácter bastante exploratório, não

havendo instrumentos de avaliação de crenças alimentares. A análise fatorial suporta a solução de quatro fatores (Alimentação e Saúde, Hábitos Alimentares Diários, Barreiras à Alimentação Saudável, e Ideologia) e a fiabilidade individual dos itens. Os resultados da associação entre as crenças alimentares e as variáveis sociodemográficas vão no sentido esperado tendo em conta a literatura anterior, o que suporta a validade de critério deste instrumento.

Sabe-se que entre comportamentos promotores de saúde, encontram-se os hábitos alimentares, sendo as crenças preditores destes (Patterson et al., 1995; Viana, 2002). São as mulheres e sujeitos com ensino secundário e ensino superior que apresentam crenças mais positivas, estando mais conscientes sobre a sua saúde ao manifestar um maior cuidado diário com a sua alimentação (De Cicco et al., 2006; Gibson et al., 1998). Pelo contrário, constata-se uma correlação negativa entre idade e crenças, com a população idosa a relatar significativamente menos crenças positivas. Fatores como o custo de alimentos saudáveis, a falta de tempo em preparar refeições saudáveis e a ansiedade, são pensados como tendo um papel determinante na recusa a uma alimentação saudável, o que é congruente com os resultados encontrados por Lennernäs e colaboradores (1997), que verificaram que a qualidade e a disponibilidade dos alimentos e o desejo de consumir os alimentos preferidos constituem-se também como barreiras à alimentação saudável.

Uma explicação encontrada para a ausência de associação entre as variáveis sociodemográficas e a Ideologia, deve-se ao elevado número de *outliers*. Esta observação reforça que a alimentação é um tema gerador de opiniões discrepantes, determinadas em grande parte pelas questões culturais de cada pessoa e, conseqüentemente, pelas crenças individuais.

Contrariamente ao revisto na literatura, não se verificaram diferenças significativas quanto ao rendimento mensal da amostra. Neste sentido, aponta-se como uma limitação do estudo no que toca à metodologia adotada para aferição do rendimento. Em estudos futuros poderia optar-se por fazer uma distinção entre empregado ou desempregado. Relativamente a outras limitações, destaca-se o método de amostragem utilizado e a grande maioria da amostra constituída por mulheres e sujeitos com ensino superior que podem ter enviesado os resultados.

Existem outros determinantes de adesão à alimentação saudável que necessitam de ser pensados (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2008). É

nesta perspectiva que a compreensão das crenças que influenciam as práticas alimentares se torna essencial para a implementação de programas eficazes de promoção de saúde e prevenção de doenças (Fernandez et al., 2015; Silva et al., 2008). Este trabalho veio contribuir para a construção de uma escala de avaliação de crenças alimentares, que pode tornar-se um instrumento útil à compreensão do comportamento alimentar.

REFERÊNCIAS

- Beydoun, M. A., & Wang, Y. (2008). Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? *Preventive Medicine, 46*, 145-153. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.06.016
- De Cicco, M. F., Santos, N. D. O., da Silva, M. M., Laham, C., Junior, A. G., & de Lucia, M. C. S. (2006). Imagem corporal, práticas de dietas e crenças alimentares em adolescentes e adultas. *Psicologia Hospitalar, 4*(1), 1-27.
- Diniz, A. M. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças: Para uma propedêutica da psicologia da criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fernandez, R., Rolley, J. X., Rajaratnam, R., Everett, B., & Davidson, P. M. (2015). Reducing the risk of heart disease among Indian Australians: Knowledge, attitudes, and beliefs regarding food practices – A focus group study. *Food & Nutrition Research, 59*, 1-7. doi: 10.3402/fnr.v59.25770
- Gibson, E. L., Wardle, J., & Watts, C. J. (1998). Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children. *Appetite, 31*, 205-228. doi: 10.1006/appe.1998.0180
- Harnack, L., Block, G., Subar, A., & Lane, S. (1998). Cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes of us adults: 1992 NHIS cancer epidemiology supplement. *Journal of Nutrition Education, 30*, 131-138. doi: 10.1016/S0022-3182(98)70303-6
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Lennernäs, M., Fjellström, C., Becker, W., Giachetti, I., Schmitt, A., de Winter, A. M. R., & Kearney, M. (1997). Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition, 51*, S8-S15. Retirado de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=529fc49c-785e-47e3-be43->

9b7c2b4c7056%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1lZH MtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=10515738&db=a9h

- Lino, M., Basiotis, P. P., Anand, R. S., & Variyam, J. N. (1999). The diet quality of Americans: Strong link with nutrition knowledge. *Family Economics and Nutrition Review*, 12(1), 49-51.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Ogden, J. (2012). Health beliefs. In J. Ogden (Ed.), *Health psychology: A textbook* (5th ed., pp. 37-64). England: McGraw-Hill Education.
- Patterson, R. E., Kristal, A. R., Lynch, J. C., & White, E. (1995). Diet-cancer related beliefs, knowledge, norms, and their relationship to healthful diets. *Journal of Nutrition Education*, 27, 86-92. doi: 10.1016/S0022-3182(12)80348-7
- Rakotosamimanana, V. R., Arvisenet, G., & Valentin, D. (2014). Studying the nutritional beliefs and food practices of Malagasy school children parents. A contribution to the understanding of malnutrition in Madagascar. *Appetite*, 81, 67-75. doi: 10.1016/j.appet.2014.05.032
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., & Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da seleção alimentar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 189-208.
- Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2013). Review article: Mediterranean diet and health. *International Union of Biochemistry and Molecular Biology*, 39, 335-342. doi: 10.1002/biof.1096
- Tepper, B. J., Choi, Y.-S., & Nayga Jr, R. M. (1997). Understanding food choice in adult men: Influence of nutrition knowledge, food beliefs and dietary restraint. *Food Quality and Preference*, 8, 307-317. doi: 10.1016/S0950-3293(97)00014-1
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(20), 611-624.
- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36, 860-877. doi: 10.1177/1090198108322819
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27, 107-116. doi: 10.1207/s15324796abm2702_5
- Wolfe, W. S., & Campbell, C. C. (1993). Food pattern, diet quality, and related characteristics of schoolchildren in New York State. *Journal of the American Dietetic Association*, 93, 1280-1284. doi: 10.1016/0002-8223(93)91955-P

World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. 916. Geneva. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf

World Health Organization. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*.

World Health Organization. (2015). *Healthy diet*. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>

CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS E NEGATIVAS DE UMA PERDA DE PESO BEM-SUCEDIDA

Cátia Damião¹ (✉ catvieira94@gmail.com), Filipa Pimenta², & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ²ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

O excesso de peso e a obesidade atingiram proporções globais de preocupante dimensão (Berghöfer et al., 2008; James, 2008), sendo que em 2014, 39% dos adultos em todo o mundo tinham sobrepeso e 13% eram obesos (WHO, 2016).

Para muitas pessoas, a perda de peso é difícil de alcançar e, sobretudo, de manter (McMahon, Visram, & Connel, 2016). No entanto, a manutenção da perda de peso é imperativa para o tratamento bem-sucedido da obesidade (Karfopoulou, Mouliou, Koutras, & Yannakoulia, 2013). A definição de perda de peso bem-sucedida (PPBS) enfatiza não apenas a diminuição do peso, mas também as mudanças nos comportamentos relacionados com a alimentação, exercício físico e, no geral, saúde. O sucesso desta diminuição foi descrito por Wing e Hill (2001), como uma perda de peso intencional, igual ou superior a 7 por cento do peso inicial (Knowler et al., 2002) com um critério mínimo de manutenção de peso de 12 meses (Institute of Medicine – IOM, 1995). Ainda assim, apesar da dificuldade, há indivíduos que conseguem efetivar uma PPBS. Alguns estudos têm procurado averiguar quais são as estratégias utilizadas por essas pessoas, e mapeá-las a fim de criar programas de perda de peso mais eficazes (Karfopoulou, Mouliou, Koutras, & Yannakoulia, 2013; Hartmann-Boyce, Boylan, Jebb, Fletcher & Aveyard, 2016; McMahon, Visram, & Connel, 2016; Perri, 2002; Wing & Klem, 2002).

Blaine et al. (2007) concluíram que o bem-estar psicossocial, auto-estima, ansiedade e depressão, são, geralmente, melhorados no decorrer de um processo de perda de peso, bem como a insatisfação corporal (Guisado et al., 2002). As mudanças são principalmente explicadas por melhorias na

saúde física (Swan-Kremeier, 2005), mas também podem ocorrer nos domínios pessoal, familiar, social, e profissional. No entanto, uma PPBS não está exclusivamente relacionada com consequências positivas. Gorin et al. (2007) descobriram que as mudanças relacionadas com a perda de peso, muitas vezes, não correspondem às expectativas, mesmo em indivíduos com uma perda média de 19% do peso corporal em 2 anos. O aumento de atenção indesejado por partes de outros em relação a si (Annis, Cash, & Hrabosky, 2004) ou alterações corporais indesejáveis (Sarwer, Dilks, & Spitzer, 2011) são exemplos de consequências negativas. No entanto, as consequências percebidas, principalmente negativas, de uma perda de peso bem-sucedida têm recebido pouca atenção empírica (Alegria & Larsen, 2015; Sarwer et al., 2011).

Apesar do grande investimento na estruturação de programas de perda de peso e sua posterior manutenção com base na implementação das estratégias que parecem ser efetivamente mais eficazes, poderão existir outros fatores que influenciam o (in)sucesso desta perda. Desta forma, este estudo tem como objetivo explorar as consequências (positivas e negativas), em diversos domínios (e.g., pessoal, profissional, familiar), de adultos que fizeram uma PPBS associam ao processo; e se estas poderão ser vistas como promotoras ou barreiras de uma PPBS.

MÉTODOS

A partir de uma amostra de conveniência, composta por indivíduos entrevistados num único momento, vão ser exploradas variáveis relacionadas com a perda de peso bem-sucedida. Tratando-se assim, de um estudo transversal, observacional e descritivo preliminar, realizado no âmbito de um estudo em curso.

Participantes

A amostra não probabilística de conveniência foi composta por de seis indivíduos (três do sexo masculino e três do sexo feminino), com idade média de 31,33 anos ($DP=8,71$), percentagem média de peso perdido de 30,51% ($DP=10,62\%$) e índice de massa corporal (IMC) médio de 23,72

kg/m² ($DP=0,46$ kg/m²). Os critérios de inclusão foram ter (a) idade igual ou superior a 18 anos, (b) alfabetização mínima, (c) disponibilidade para responder a uma extensa entrevista gravada em áudio, (c) uma perda de peso igual ou superior 7% do peso corporal inicial, e (d) mínimo de 12 meses de manutenção do peso perdido.

Material

Foram passados os questionários de triagem (e.g., peso antes de iniciar a perda e peso no momento da avaliação, para o cálculo da percentagem de peso perdida); sociodemográfico (e.g., idade, sexo, habilitações literárias) e de saúde (e.g., estado de saúde IOM, consumo de tabaco).

Para a realização da entrevista, foi construído um guião, estruturado e com perguntas abertas, desenvolvido com base na literatura e na opinião de especialistas, apto para explorar domínios específicos e pertinentes no contexto da perda de peso, tais como, os fatores associados ao início da PPBS, estratégias utilizadas e consequências percebidas dessa PPBS. Para explorar as consequências percebidas pelos participantes, com relação à PPBS, as questões colocadas foram, por exemplo, “acha que a perda de peso significativa e a manutenção deste novo peso mais baixo tiveram alguma consequência negativa? Se sim, quais?”, “teve alguma consequência negativa a nível social/profissional/familiar/pessoal/sexual ou íntimo?”; “acha que a diminuição de peso e a manutenção deste novo peso mais baixo tiveram alguma consequência positiva? Se sim, quais?”.

Procedimento

Os participantes foram recrutados em serviços de saúde privados, (clínica para o tratamento de obesidade; clínica de nutrição), públicos (departamento de endocrinologia de um hospital) e comunitários (organização comunitária para pessoas com obesidade) portugueses e através das redes sociais de disseminação do projeto de investigação (e.g., facebook).

O estudo foi, numa primeira fase, apresentado à Direção Clínica (no caso das clínicas) e Comissão de Ética (no contexto hospitalar), tendo sido posteriormente aprovado. Os potenciais participantes foram contactados em primeira instância pelos profissionais de saúde da instituição e, após a demonstração de interesse, foi estabelecido um contacto entre os mesmos e

a equipa de investigação. Os objetivos do estudo e condições de participação foram apresentadas aos participantes que cumpriam os critérios de inclusão do estudo, aos quais foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Os sujeitos que acederam participar assinaram um consentimento informado, autorizando a gravação áudio da entrevista. As entrevistas foram conduzidas por psicólogos treinados no guião de entrevista, tendo todas decorrido em salas à porta fechada.

As entrevistas foram transcritas e analisadas, por dois investigadores (um mestrando em psicologia e um professor especialista na área), através do método indutivo de análise de conteúdo (Bardin, 2011) e do método dedutivo de análise temática (Braun & Clarke, 2006). As análises temática e de conteúdo foram feitas da seguinte forma: (a) criação de categorias e subcategorias, associadas às categorias estabelecidas *a priori* (consequências positivas e negativas), consoante foram sendo lidas e analisadas as entrevistas; (b) as categorias/subcategorias emergiam do conteúdo e informadas pelos exemplos (conteúdo) associados às categorias; (c) cada segmento das entrevistas foi codificado de acordo com as categorias emergentes; (d) foram criadas novas categorias e subcategorias, que refletissem o conteúdo latente das afirmações, mas não se sobrepujassem às existentes e fossem homogêneas dentro da mesma categoria-mãe, de acordo com as regras de Bardin (2011).

RESULTADOS

O Quadro 1 sumariza as categorias emergentes das consequências derivadas de uma PPBS e sua frequência.

Quadro 1

Frequência e percentagem das consequências percebidas de uma PPBS

Categorias	Subcategoria	fi (n)	fr (%)
Consequências Positivas	Autoconfiança	3	3,49
	Autocontrolo	1	1,16
	Autoestima	6	6,98
	Bem-estar	9	10,47
	Cirurgia (bons resultados)	1	1,16
	Comentário positivo	14	16,28
	Controlo emocional	1	1,16

	Diminuição do cansaço	1	1,16
	Extroversão	3	3,49
	Imagem corporal positiva	9	10,47
	Mobilidade	1	1,16
	Pessoal sem especificação	1	1,16
	Sociável	1	1,16
	Profissional sem especificação	1	1,16
	Rejuvenescimento	1	1,16
	Sem especificação	2	2,33
	Desejo sexual	1	1,16
	Melhoria do desempenho sexual	2	2,33
	Sexual sem especificação	1	1,16
Consequências Negativas	Ciúmes	2	2,33
	Diminuição da massa muscular	1	1,16
	Doença	1	1,16
	Familiar – incompreensão mudança alimentar	2	2,33
	Flacidez	1	1,16
	Frustração por desaceleração da pp	1	1,16
	Recusa de convite para refeição	2	2,33
	Redução do ordenado pela prática de exercício físico	1	1,16
	Social sem especificação	3	3,49
Ausência Consequências Positivas	Familiar	2	2,33
Ausência consequências Negativas	Profissional	4	4,65
	Social	1	1,16
	Profissional	2	2,33
	Sem especificação	3	3,49
	Social	1	1,16
Total	-	86	100

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo é explorar as consequências percebidas por adultos que realizaram uma perda de peso bem-sucedida, através da análise qualitativa de entrevistas. Os entrevistados referem maior número de consequências positivas da PBSP do que negativas, bem como uma maior diversidade de subcategorias. Tal poderá ser indicador de que um processo de perda de peso traz, na maioria das vezes, mais experiências positivas do que negativas, tendo impacto numa maior diversidade de domínios.

As várias subcategorias encontradas em relação às consequências positivas, prendem-se em grande número com aspetos psicológicos, destacando-se as subcategorias relacionadas com o aumento do bem-estar “Ganhei a nível de bem-estar”, da autoestima “me sinto melhor comigo

mesmo”, da autoconfiança “sinto-me mais autoconfiante”, da extroversão “sinto-me mais à vontade, portanto, desinibida” e de comentários positivos “estás mais magrinha, estás mais bonita assim”. Swencionis et al. (2013), sustentam que a mudança de peso está associada a mudanças positivas no bem-estar psicológico. Sugerem ainda que o sentimento de vitalidade é fundamental para a mudança de peso, sendo que tal sentimento pode levar a um aumento da capacidade de autocontrole, formando um *loop* de feedback positivo para a perda de peso. (Swencionis et al, 2013).

A literatura indica, igualmente, que a insatisfação corporal e imagem corporal melhoram mesmo com uma modesta perda de peso (Sarwer et al., 2011). Como consequência da perda de peso, o nível de energia, mobilidade, humor, autoconfiança e qualidade de vida geral também melhoram (Wing & Hill, 2001). Mais ainda, Baldwin et al. (2009) apresentaram um estudo longitudinal que indicava que muitas consequências relacionadas com a perda de peso [e.g. atratividade percebida, níveis de autocontrole, feedback positivo (como elogios ou comentários positivos)] estavam associados à satisfação das pessoas, independentemente do peso perdido.

Para além dos aspetos psicológicos, encontram-se também subcategorias relacionadas com aspetos físicos, como a imagem corporal positiva “sinto-me bem assim, mais leve” e as melhorias a nível sexual “o desempenho é muito melhor”. Foi demonstrado (Gilmartin, Long, & Soldin, 2014) que a mudança na imagem corporal dos participantes melhorou a sua perceção de bem-estar sexual e lhes permitiu serem mais ativos e dinâmicos em relacionamentos íntimos ou em atrair a atenção sexual. Por outro lado, num contexto de perda de peso extrema, é comum que os pacientes experimentem insatisfação corporal devido ao excesso de pele no abdómen, braços, rosto e coxas (Swan-Kremeier, 2005). Kinzli, Traweger, Trefalt e Biebl, (2003) relataram que 70% dos seus participantes consideraram o excesso de pele como uma consequência negativa da perda de peso, que está associada a desconforto e dificuldade relativos à aparência.

Contudo, as consequências negativas mais frequentemente auto-reportadas no nosso estudo referem-se às relações interpessoais (familiares e outras) “passasse a recusar alguns convites”; “tentar fazer perceber a família que... não como determinados alimentos por opção...”. Este resultado é congruente com os resultados do estudo de Hammarström, Wiklund, Lindahl, Larsson e Ahlgren (2014) sobre as barreiras e os

promotores na perda de peso. Os autores referem que barreiras de natureza social, incluindo a percepção de amigos ou familiares, são possíveis obstáculos ao alcance deste objetivo. Dado que uma parte significativa da socialização passa por atividades como tomar café ou fazer refeições conjuntas, manter hábitos de dieta saudáveis pode comportar o sentimento de isolamento e o medo de implementar novos comportamentos alimentares (Hammarström et al., 2014). Desta forma, os encontros com amigos, colegas de trabalho e familiares podem vir a transformar-se em problemas relacionais/sociais percebidos como uma barreira à perda de peso (*ibidem*). Kinzl et al., 2003, referem que em certos casos de PPBS existem repercussões negativas, como o aumento das discussões conjugais e os ciúmes. Tal, vai de encontro ao verificado neste estudo, onde foram encontradas consequências negativas relacionadas com o cônjuge “Tornou-se ciumento...”.

Como limitação deste estudo, destaca-se o tamanho da amostra ser reduzida, impossibilitando a saturação dos dados, visto que se trata de um estudo que foca resultados preliminares de uma investigação em curso. Contudo, apesar do seu tamanho limitado, a natureza do estudo (qualitativa) e o recurso a uma amostra que compreende indivíduos de ambos os sexos constituem uma força no presente estudo.

REFERÊNCIAS

- Alegría, C. A., & Larsen, B. (2015). “That’s who I am: A fat person in thin body”: Weight loss negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(3), 137-144. doi: 10.1002/2327-6924
- Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 155-167. doi: 10.1016/j.bodyim.2003.12.001
- Baldwin, A. S., Rothman, A. J., & Jeffery, R. W. (2009). Satisfaction with weight loss: Examining the longitudinal covariation between people’s weight-loss-

- related outcomes and experiences and their satisfaction. *Annual Behaviour Medicine*, 38(3), 213-224. doi: 10.1007/s12160-009-9148-x
- Berghöfer A., Pischon T., Reinhold T., Apovian C.M., Sharma A. M., Willich S. N (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health*, 8, 200. doi: 10.1186/1471-2458-8-200
- Blaine, B. E., Rodman, J., & Newman, J. M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being: a review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 12, 66-82. doi: 10.1177/1359105307071741
- Gilmartin, J., Long, A., & Soldin, M. (2013). Identity transformation and a changed lifestyle following dramatic weight loss and body-contouring surgery: An exploratory study. *Journal of Health Psychology*, 20(10), 1318-1327-10. doi: 10.1177/1359105313511838
- Gorin, A. A., Pinto, A. M., Tate, D. F., Raynor, H. A., Fava, J. L., & Wing, R. R. (2007). Failure to meet weight loss expectations does not impact maintenance in successful weight losers. *Obesity*, 15(12), 3086-3090. doi: 10.1038/oby.2007.367
- Guisado, M. J. A., Vaz, F. J., Alarcón, J., Béjar, A., Casado, M. J., & Rubio, M. A. (2002). Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinología*, 13(1), 29-34. Retirado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532002000100004
- Hammarström, A., Wiklund, A. F., Lindahl, B., Larsson, C., & Ahlgren, C. (2014). Experiences of barriers and facilitators to weight-loss in a diet intervention – a qualitative study of women in Northern Sweden. *BioMed Central Women's Health*, 14(1). doi: 10.1186/1472-6874-14-59
- Hartmann-Boyce, J., Boylan, A. M., Jebb, S. A., Fletcher, B., & Aveyard, P. (2016). Cognitive and behavioural strategies for self-directed weight loss: systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews*, 1-15. doi: 10.1111/obr.12500
- Institute of Medicine. (1995). *Weighing the options: Criteria for evaluating weight management programs*. Washington, DC: Government Printing Office
- James, W. P. (2008). WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*. 32(7), 120-126. doi: 10.1038/ijo.2008.247
- Karfopoulou, E., Mouliou, K., Koutras, Y., & Yannakoulia, M. (2013). Behaviours associated with weight loss maintenance and regaining in a Mediterranean population sample. A qualitative study. *Clinical Obesity*, 3, 141-149. doi: 10.1111/cob.12028.

- Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery, 13*, 105-110. doi: 10.1381/096089203321136683
- Knowler, W. C., Barrett-Conner, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., Nathan, D. M. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine, 346*, 393-403. doi: 10.1056/NEJMoa012512
- McMahon N.E., Visram, S., & Connel, L.A. (2016). Mechanisms of change of a novel weight loss programme provided by a third sector organisation: a qualitative interview study. *BMC Public Health, 16*, 378. doi: 10.1186/s12889-016-3063-4
- Perry, M. G. (2002). Improving maintenance in behavioral treatment. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2nd ed., pp. 593-598). New York: The Guilford Press.
- Sarwer, D. B., Dilks, R. J., & Spitzer, J. C. (2011). Weight loss and changes in body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 369-377). New York: The Guilford Press.
- Swan-Kremier, L. A. (2005). Psychosocial outcomes of bariatric surgery. In Mitchell & Zwaan (Eds.), *Bariatric Surgery: A Guide for Mental Health Professionals*. New York: Routledge.
- Swencionis, C., Wylie-Rosett, J., Lent, M., R., Ginsberg, M., Cimino, C., Wassertheil-Smoller, S., ... Segal-Isaacson, C. (2013). Weight change, psychological well-being, and vitality in adults participating in a cognitive-behavioral weight loss program. *Health Psychology, 32*(4), 439-446. doi: 10.1037/a0029186
- Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition, 21*(1), 323-341. Retirado de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.nutr.21.1.323>
- Wing, R. R., & Klem, M. (2002). Characteristics of successful weight maintainers. In Fairburn & Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2nd ed., pp. 588-592). New York: The Guilford Press
- World Health Organisation. (2016). *Obesity and overweight*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

O ATENDIMENTO CLÍNICO DA OBESIDADE NUMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

Cecília Altobelli¹ (✉ ceciliacelis@uol.com.br) & Ivonise da Motta¹

¹Universidade de São Paulo, Brasil

Ao contemplar a natureza percebe-se que a mesma está em constante movimento nomeada pela ciência de ciclos. Sendo que a transformação e adaptação intrínseca dos seres vivos, nesse meio em constante modificação, é o objeto de estudo de várias ciências. Nota-se também constantes mudanças na mente humana. Neste contexto, Freud não dedicou um trabalho especificamente à mudança psíquica, mas toda sua obra se norteou a partir dessa perspectiva.

Segundo Joseph (1992), a mudança psíquica não é apenas um fim ou estado final, ela ocorre sempre no tratamento, sem ser sinais de progresso ou retrocesso. É importante encará-la como sendo o método individual e próprio de cada cliente em lidar com as suas ansiedades e relacionamentos. Os clientes chegam ao consultório clamando por mudanças em suas vidas, declarando, muitas vezes, viverem com um fardo insustentável, desejando que as coisas mudem. E frequentemente não atentam ao facto de que, para haver a mudança tão desejada, é necessário primeiro, ocorrer mudança interna. De acordo com Joseph (1992) os clientes sabem que essa mudança requer uma movimentação interna de forças e de um desarranjo do equilíbrio mental e emocional.

Os estados mentais são dotados de grande mobilidade, mesmo na passagem de um estado saudável para outro mais patológico, como explica Freud (1907), que considerava o limite entre o que se descreve como estado mental normal e patológico é muito variável. A esse fenômeno convencionou-se a chamar de mudança psíquica.

O presente trabalho analisa um caso clínico em psicoterapia psicanalítica, que visa abordar a questão do despertar doloroso de um cliente obeso, que ao se deparar com as forças ocultas e reprimidas opostas ao tratamento, gerou uma luta contra um imperialismo narcísico ao lidar com a

sua compulsão alimentar e a busca pelo corpo ideal. A minha pretensão é contar a história do atendimento de Ari (nome fictício) que, parafraseando Joseph (1992), se apresentou a mim como um “cliente de difícil acesso”.

MÉTODO

Participante

No início do tratamento, Ari tinha 29 anos, Índice de Massa Corporal (IMC) de 44, solteiro, desempregado, mantinha um relacionamento em crise com uma psicóloga da mesma idade. Ari tinha suspenso a matrícula da faculdade do curso de química, num momento em que apenas faltava o último ano para finalizar. Filho mais velho de uma fratria de três. A mãe trabalhava como cabeleireira e o pai era metalúrgico.

Procedimento

Realizaram-se, ao longo de três anos, sessões semanais de psicoterapia psicanalítica, com a duração de 50 minutos. As sessões decorreram numa sala, na presença unicamente do cliente e do psicoterapeuta. No processo psicoterapêutico, cada sessão é única, não tendo existido um roteiro pré-determinado. Em cada encontro analítico há a possibilidade de reviver as experiências emocionais vividas e revividas nesse encontro. Durante os três anos de terapia, foram utilizadas como ferramentas os diálogos expressos, aplicando métodos psicanalíticos de Freud, removendo amnésias, desfazendo repressões e tornando o inconsciente mais acessível a consciência, como proposta para o objetivo do tratamento e recuperação clínica.

RESULTADOS

Apresentação do Caso Clínico

O atendimento iniciou-se por indicação da ex-namorada de Ari, tendo sido o próprio cliente a procurar psicoterapia para entender o porquê da

sua vida ser repleta de altos e baixos e ter dificuldade de se manter estável. Para além de obeso, Ari apresentava um quadro depressivo de insatisfação, autoestima baixa e acomodação com a dor e sofrimento.

No ano anterior, estava trabalhando em uma empresa de grande porte, namorando, e tinha conseguido perder peso. Tudo estava bem, e de uma hora para outra perdeu tudo o que havia conquistado. Ari relatou que não conseguia alcançar os seus objetivos, pois os seus pensamentos e a insegurança impediam que ele se mantivesse firme em conquistar as suas metas. O primeiro objetivo era emagrecer, o segundo era conseguir um emprego estável, o terceiro era terminar a faculdade.

Ari disse ter sofrido *bullying* na infância, porque sempre foi motivo de chacota na escola, por ser uma criança obesa. Por isso, sentia-se excluído e percebia que não era desejado pelas meninas. Como tal, e como não tinha agilidade para subir e brincar nos brinquedos do parque, isolou-se, procurando refúgio em casa junto dos pais e aprendendo a divertir-se sozinho em casa (e.g. videogames, visualização de filmes).

Ari reporta ter uma boa relação com a família nuclear. No entanto, a superproteção da mãe irritava-o, e demonstrou ter muita dificuldade em falar do seu passado, da sua relação familiar e de entrar em contato com os seus sentimentos.

O namoro acabou no início dos atendimentos, visto que se sentia inferior à namorada e sentir não conseguir corresponder às suas expectativas. Esta desejava que ele tivesse mais iniciativa e determinação para emagrecer e encontrar um emprego. Ari percecionava muitos obstáculos a estes objetivos, e sentia-se agoniado e com raiva de todos quando se sentia pressionado.

Intervenção e Resultados

Nas primeiras sessões do tratamento foram notáveis as dificuldades de Ari que se encontrava muito regredido, numa posição esquizoparanóide. Ao tentar lidar com a ansiedade causada pela sua dor, acabou por cindi-los e projetá-los em objetos externos (e.g. a mãe, a psicoterapeuta) com o objetivo de aliviar a tensão interna.

A ligação que se apresentou, tanto na transferência como na contra-transferência, facilitou uma aceitação mais rápida, oferecendo as condições para a solução do conflito patogênico e suas dificuldades psíquicas. O

cliente pode sentir-se preparado para lidar com as adversidades do mundo adulto, aberto a infinitas possibilidades, inclusive de mudança psíquica, sem atribuir ao exterior a solução de todas as suas dificuldades psíquicas. Parece que essa dinâmica da busca irrefreável pela comida que Ari desenvolveu respondia à sua incapacidade de aceitar as imposições de responsabilidades da vida adulta.

Depois de um ano de tratamento, Ari conseguiu encontrar um emprego como técnico de laboratório da indústria têxtil. O emprego não trouxe satisfação, já que o salário era muito baixo, e existia muitas intrigas e competição entre colegas.

Apesar de descontente com o emprego, permaneceu neste durante dois anos, tendo participado numa competição que a empresa propôs aos funcionários (programa “Na medida Certa”), com o propósito de promover um emagrecimento em equipa. A equipa vencedora receberia, a que perdesse mais peso, receberia um prémio. Ari mostrou-se entusiasmado com essa competição, tendo realizado uma controlada e realizado a inscrição num ginário. O resultado foi a perda de 40kg em cinco meses, a melhoria da autoestima e a conquista do prémio atribuído pela empresa.

Como resultado, decidiu-se procurar um novo relacionamento amoroso, tendo levado a cabo procura de parceira através da internet. Conheceu Y, a sua atual namorada, com a qual ainda hoje mantém um relacionamento sério. Ari retomou os estudos e terminou o curso superior, tendo, nessa ocasião, procurado um novo emprego com um salário melhor e possibilidade de progressão funcional.

DISCUSSÃO

Nos três anos em que estivemos juntos, apesar da cooperação e interesse de Ari pelo processo psicoterápico, uma força lutava firmemente contra qualquer mudança psíquica. Joseph (1992) afirma que há uma cisão na personalidade dos clientes, uma dificuldade em receber do terapeuta, uma compreensão emocional verdadeira, é como se uma parte do ego dos clientes se mantivesse “de fora” do que ocorre entre psicanalista e a outra

do ego que é mais frágil. Essa primeira parte atuaria de forma destrutiva para evitar, assim, um contacto mais verdadeiro e integrador.

A importância que o corpo adquiriu para Ari era evidente em várias sessões. O seu corpo delimitou o seu espaço físico e psicológico ao interferir na constituição do eu, seja pela densidade identitária que o corpo passa a oferecer à pessoa, seja pela impossibilidade de se identificar a um corpo que está sempre em déficit (*Prefiro ficar em casa, tenho vergonha de mim, fico pensando o que os outros estão pensando de mim*”).

Esse corpo que padece e sofre pelos seus excessos torna-se o ator principal, constituindo-se uma fonte de sofrimento, frustração, insatisfação e impedimento à satisfação pulsional, tornando-se a expressão da dor. Por meio do discurso é possível produzir efeitos positivos no corpo: *“Sinto uma dor enorme”, “Dor por pensar que não conquistei nada até agora. É como uma dor de vazio, de raiva. Fracassei”*.

O cliente procura o tratamento psicológico trazendo como queixa a sua dificuldade em manter-se equilibrado nas suas conquistas. Na verdade, essa demanda encobre a sua real queixa: o permanente conflito entre a satisfação e a frustração, prazer e sofrimento, que todo processo de emagrecimento implica na necessidade de controle sobre o impulso de comer. Da mesma maneira que no jogo, na *internet*, e com a comida, chega a comparar-se a uma pessoa dependente de álcool [*“Quando eu começo a jogar não quero mais parar; (...) parece uma droga, eu fico assim, numa fissura. Se eu não tenho aquilo que quero, por exemplo, não consigo jogar, ou fico sem internet, fico muito frustrado, igual um viciado sem a droga”*].

A este propósito, Recalcati (2002) aponta que o corpo obeso e a própria fome parecem manifestar o real acéfalo da pulsão evidenciando a estreita relação entre o corpo somático e o corpo pulsional da psicanálise. O corpo obeso é demasiado cheio sendo que a pessoa, contudo vive um vazio infinito (Recalcati, 2002). Esta ideia está patente em algumas verbalizações de Ari: *“Como chocolate para anestésiar a dor, por não conquistar nada”*.

Ao se recorrer à alusão do mito de Tântalo (Tântalo foi um rei da mitologia grega. Conta-se que, sendo querido entre os deuses, resolveu convidá-los para um banquete, e para testá-los, serviu-lhes a carne do próprio filho. Como os deuses eram omniscientes, descobriram-no. Horrorizados, rejeitaram a dádiva. Zeus, por sua superioridade, restabelece a vida do filho de Tântalo e ministra-lhe ao pai: a eterna insatisfação.

Tântalo é, então, condenado a vaguear num vale rico em vegetação e água, mas que não podia utilizar, pois todas as vezes que se aproximava da água, ela escorria; se tentava pegar num fruto, a vegetação movia-se para longe. Desta forma, surgiram as expressões “Tormento de Tântalo” ou “Suplício de Tântalo” que designa o sofrimento de quem quer muito algo próximo, mas não o consegue.), interpretando os conteúdos que interessam sob o ponto de vista das fantasias inconscientes, pode notar-se que esse mito simboliza o desejo incessante, incontido e, muitas vezes insaciável, presentes neste caso. Quando o cliente expõe a sua incontinência em sempre desejar mais e mais, e quanto mais tenta avançar em direção àquilo que deseja, mais distantes e difíceis ficam as suas metas. Não existe, assim, a possibilidade de chegar ao prazer, pois este fica cada vez mais distante e se aproxima da morte, uma vez que a própria pessoa boicota o sucesso de si mesma, se condena ao sofrimento, por não conseguir saciar os seus desejos.

A relação de idealização que se estabelece com a comida e com o corpo magro, enquanto objetos de desejo, é uma relação narcísica que, como assinala Freud (1914, p.), se refere a “atitude de uma pessoa que trata seu corpo (ou outro objeto) da mesma forma pela qual o corpo de um objeto sexual é comumente tratado”. O cliente percebe-se impossibilitado de se relacionar com uma pessoa que possui as mesmas características dele, pois é como se o outro se transformasse num espelho, onde ele poderia descobrir a sua imperfeição, falta de aprovação ou o amor do outro. Em estreita relação com esse aspeto, o indivíduo passa a desenvolver um modelo interno, procurando o isolamento, permanecendo em casa para jogar e ver filmes.

O objeto amado é elevado às alturas da idealização. Desta maneira a pessoa que ama é sempre humilde e não ser correspondido em seu amor provoca grande sofrimento. Em contrapartida, a ameaça de perder o amor do objeto é fonte de angústia (Freud, 1927). Isso me faz pensar que o vislumbre da importância que Ari atribui aos objetos, pode remetê-lo, nas suas relações pessoais, a sentimentos dolorosos de humilhação, de desvalorização e ódio contra si mesmo. Essa condição, quando crónica, revela o estado de adoecimento nos mais diversos tipos de patologia, muito frequente na obesidade (*Eu sempre preferi ficar em casa brincando e jogando sozinho. Em casa eu estava protegido das gozações dos outros meninos*”).

Para Freud (1914), “uma parte da autoestima é primária – o resíduo do narcisismo infantil; outra parte decorre da onipotência, enquanto uma terceira parte provém da satisfação da libido objetal.” Quando a quantidade de libido atribuída aos objetos é excessiva, o ego torna-se empobrecido e incapaz de satisfazer seu ideal de ego. Como as duas primeiras vias deixam de ser satisfeitas, o ego para evitar a destruição da autoestima, procura meios de satisfazer parcialmente essas vias, há um tempo quando a felicidade plena. Quando a escolha objetal é feita segundo um tipo narcísico, a sexualidade apoia-se no objeto da função de autoconservação.

Desde o início do tratamento, sempre percebi um jogo de sedução, embora bastante reprimido do cliente em relação a mim. Na transferência eu ocupava o lugar de uma figura idealizada, da qual era esperado um olhar de admiração e aprovação, para assim, Ari, poder sentir-se como alguém amado, bonito, e respectivamente alguém de valor. Era muito difícil que Ari falasse sobre o que sentia em relação a mim, ou pela terapia. Mesmo quando eu apontava os sentimentos negativos, como hostilidade e desconfiança, ou positivos, como o desejo de ser valorizado por mim, eram rejeitados. Inúmeras vezes o cliente verbalizou o seu desejo de emagrecer, acreditando que ao realizar esse desejo ficaria mais viável a concretização dos outros desejos, de despertar a admiração das outras pessoas, e até mesmo se relacionar com uma pessoa.

Avalio que os recursos que permitiram a realização desse tratamento dizem respeito ao desejo de recuperação por parte do cliente, à sua inteligência, à tentativa de buscar uma nova solução, às condições egóicas mais favorecidas e principalmente, a aliança terapêutica, que se apresentaram tanto na transferência quanto na contratransferência. Segundo Freud (1917) os conflitos do cliente só se resolverão com êxito se “as ideias orientadoras que lhe dermos se coadunarem com o que nele é real.”, se houver acordo quanto aos objetivos pretendidos por ambos e à possibilidade de buscá-los dentro do cliente. Nesta visão, o sucesso terapêutico implica em superar resistências internas e efetuar modificações à liberação de libido de maneira a torná-la utilizável para o ego, para que o cliente possa “ter um nível de capacidade e aproveitar a vida” Freud, (1917).

Durante esses três anos e meio de atendimento, pude observar a mudança na atitude deste cliente. Em vários momentos da terapia, o

cliente se confrontou com o seu estado de acomodação para a vida. O processo terapêutico fez com que o cliente se deparasse com um conflito gerado pela angústia de nunca conseguir satisfazer o desejo de ficar magro, e com a sua acomodação, pois esperava um processo mágico, isto é, que alguém fizesse por ele. A mudança diz respeito a um aumento na confiança do cliente quanto a poder superar os padrões repetitivos de conduta autodestrutiva, e em virtude do empenho do cliente, sua motivação para mudança e da habilidade da terapeuta para favorecer este envolvimento. Atualmente, parece que o cliente se encontra em um estado de movimentação em direção à posição depressiva, apresentando uma maior integração do *self*, ele está se relacionando com os objetos de forma mais total e realista, indo em direção à integração do amor e do ódio.

Segundo Joseph (1992), a mudança psíquica decorre de um dinamismo mental e como resposta ao trabalho analítico, sendo o psicanalista responsável em acompanhar o analisando em seus modos de se relacionar e de lidar com as suas ansiedades. Uma mudança psíquica é mais estabelecida quando partes do ego são fortalecidos, quando há uma identificação positiva do analisando com o psicanalista e com o processo psicanalítico. O analisando pode, então, reconhecer os seus estados mentais e perceber a influência destes em suas escolhas.

Durante esta jornada com Ari, percebi que eu desempenhava um papel muito importante na relação transferencial idealizadora, situação em que o cliente percebe a terapeuta como sendo uma genitora toda poderosa. E na contratransferência, a terapeuta sentia o cliente como um bebê que ansiava por uma marternagem mais adequada às suas necessidades que não significava fome de comida mais sim, fome de atenção, de acalento, de olhar, de amor. Em várias sessões, me deparei com a explícita necessidade desesperada de Ari, pelas minhas respostas, pelo meu posicionamento diante de algumas questões, como se eu fosse um parâmetro a ser seguido.

Kohut (1977-1978) salientou que estas pessoas necessitam espelhar-se e idealizar os outros; se queixam de sentimentos inespecíficos de vazio, depressão ou insatisfação nos relacionamentos, além de se caracterizarem por uma autoestima muito vulnerável. As suas ansiedades são primárias, de fragmentação, de perda dos próprios sentimentos de identidade. Ao compreender as vicissitudes psicopatológicas do comportamento alimentar, significou entender a relação que o sujeito estabeleceu com o seu corpo e com os outros, mas, resguardou e veicularam afetos, angústias não

metabolizáveis, dores, lembranças infantis. No tratamento psicanalítico, a atualização dos processos primários, exalta o lugar da imagem da obesidade, sendo a constituição de um espaço interior que assegura as condições de uma nova imagem narcísica, a partir disso o cliente pode se sentir preparado para lidar com as adversidades do mundo adulto, aberto a infinitas possibilidades, inclusive de mudança psíquica, sem atribuir ao exterior a solução de todas as suas dificuldades psíquicas.

REFERÊNCIAS

- Freud, S. (1907). Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In S. Freud (1976), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud (1976), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XVI. Psicanálise e psiquiatria. In S. Freud (1976), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1927). A questão da análise leiga – Pós-escrito. In S. Freud (1976), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Joseph, B. (1992). *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kohut, H. (1977-1978). *A restauração do self*. Rio de Janeiro: Imago.
- Recalcati, M. (2002). O “demasiado cheio” do corpo. *Por uma clínica psicanalítica da obesidade*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise.

O ATENDIMENTO CLÍNICO DA OBESIDADE NUMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

Cláudia da Silva¹ (✉ claudia@psico.life), Greicy dos Santos¹, & Camila Macedo¹

¹ Universidade Federal de Mato Grosso de Sul, Brasil

Na Psicanálise, por um tempo, havia a necessidade de sessões de psicoterapia frequentes e em grande número, para que se alcançasse uma eficácia terapêutica representativa, conforme postulado por Freud, o que demandava tempo e recursos económicos do cliente. Isto limitava o tratamento para aqueles que não tinham condições financeiras para o suportar, dificultando o atendimento a muitas pessoas que sofriam de perturbações mentais. Mais recentemente, muitos psicanalistas têm vindo a envidar esforços a fim de mudar esta realidade. Alguns exemplos disto são a criação de clínicas psicanalíticas que oferecem atendimento a pessoas com baixo rendimento. Este trabalho tem como objetivo avaliar a aplicabilidade da abordagem psicanalítica no atendimento clínico numa Clínica-Escola de uma instituição pública. Procurou-se averiguar como se deu o desenvolvimento da psicoterapia com os clientes, identificar a percepção de melhoria dos sintomas e apontar aspetos a modificar para um melhor atendimento.

Psicanálise e Clínica: Funcionamento e Evolução

A Psicanálise passou por grandes mudanças desde o seu surgimento. Motivada por fatores que se apoiam em seus próprios avanços internos, “(...) determinados pelos limites de sua técnica, de seu método, e pelas exigências advindas do mundo onde se desenvolveu e desenvolve, com vistas à sua adaptação e atendimento às demandas que lhe chegam” (Celes, 2010, p. 65), as mudanças sofridas pela Psicanálise não a afastaram da sua origem marcada pela relação dialética entre teoria e clínica.

De acordo com Pinheiro (1999), em nenhum momento os campos teórico e clínico se afastam, encontrando-se na prática clínica o espaço no qual a teoria pode ser construída. Para cada elaboração teórica, pode encontrar-se uma proposta terapêutica correspondente, ocorrendo um avanço simultâneo da teoria e das suas aplicações práticas. Para Celes (2010, p. 76), “o empreendimento de psicoterapias, tendo por base a Psicanálise e praticadas por psicanalistas, é um indício da amplitude que ganhou nos últimos tempos a presença da Psicanálise em outros campos, áreas e situações”, mesmo aqueles fora dos tradicionais atendimentos particulares.

Hoje, no Brasil, a abordagem psicanalítica possui campo de atuação nos hospitais, varas judiciárias da infância e da família, com jovens que cumprem medidas socioeducativas, acompanhamento terapêutico, universidades, etc. A maior parte destes contextos implica participações multidisciplinares do psicanalista (Celes, 2010). Contudo, ao pensarmos na realidade de uma Clínica-Escola, alguns aspectos próprios da análise precisam ser adaptados.

Clínica-Escola

Campezatto e Nunes (2007, p. 376), conceituam as Clínicas-Escola como “[...] serviços obrigatórios pela legislação que dispõe sobre os Cursos de Formação em Psicologia no Brasil”. Para os autores, a literatura aponta uma dupla-função, a de proporcionar ao estagiário experiência na atuação clínica e a de permitir que a universidade realize a prestação de serviços, que é um de seus papéis sociais. Scatambulo et al. (2007), ressaltam que nas Clínicas-Escola os acadêmicos treinam e capacitam-se, tendo a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos e desenvolver a capacidade de manejar os recursos técnicos aprendidos, como também prestar serviço à comunidade e se adequar às demandas.

Assim, além de lugar de pesquisa e reflexão, a clínica também é o ponto de interseção da universidade com a comunidade, pois, se a Clínica-Escola é voltada para a formação do aluno, não é o processo de ensino que determina a clínica, mas a atenção à saúde e o cuidado com o sofrimento psíquico, tornando o atendimento à comunidade formador (Marcos, 2011).

Freud (1919/1969), em seu texto “Sobre o ensino da psicanálise nas universidades”, tem uma visão própria em relação à prática clínica desenvolvida durante os cursos universitários com a criação de ambulatórios. O

autor considera que a transmissão da Psicanálise dá-se por meio da experiência com os clientes e não apenas no ensino teórico.

Gastaud e Nunes (2009) apontam fatores sociodemográficos como preditores do abandono do atendimento entre adultos: “local da residência do paciente (fora da área do serviço), falta de vale transporte, o fato de o paciente ter procurado espontaneamente o serviço, o paciente ser do sexo masculino, a idade do paciente e o fato de este ter filhos” (Gastaud & Nunes, 2009, p.14). Com relação ao local da residência, engloba também questões que envolvem a mobilidade, a acessibilidade e o transporte público, quase sempre deficientes.

Milagres e Dias (2012) citam como fatores para a desistência a possibilidade de o serviço não corresponder às expectativas dos usuários, falta de motivação devido ao tempo de espera, ou ainda a resistência como defesa psíquica para lidar com angústias e frustrações. Estes são problemas que precisam ser superados para que se mantenha a psicoterapia. Prado e Meyer (2004 citado por Milagres & Dias, 2012, p. 65) apontam como solução para superar as resistências o vínculo terapêutico que, como facilitador do processo de mudança, promove um maior engajamento no processo terapêutico.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de campo com clientes atendidos pela Clínica-Escola Carolina Martuscelli Bori, que compõe a Seção de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Paranaíba – MS (UFMS/CPAR). A clínica visa a formação profissional dos estudantes do curso de Psicologia, além de oferecer serviços da área para a comunidade e região. O atendimento psicológico desenvolvido pelos estagiários é supervisionado por docentes supervisores do curso de Psicologia-Bacharelado.

Participantes

Os participantes do estudo são clientes que foram atendidos por estagiários do período do 6º ao 8º semestre do curso de Psicologia. Foram analisadas 27 fichas dos clientes atendidos na abordagem psicanalítica,

entre os anos de 2010 a 2015. Porém, como não havia a atualização de cadastro, restringiu-se as fichas para os atendimentos ocorridos entre os anos de 2013 a 2015. Entre os 27 clientes selecionados, pela dificuldade de contato, foram convidados a participar 10 clientes. Cinco aceitaram participar no estudo.

Todas as cinco participantes são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 a 57 anos ($M=38,4$), domiciliadas em diferentes bairros periféricos do município, localizados no entorno da universidade. Uma participante residia em zona rural. Duas participantes frequentaram o ensino superior e as outras três o ensino médio. Uma das participantes era vendedora (P1), outra aposentada (P2), outra professora particular (P3), outra auxiliar de enfermagem (P4), e uma participante era auxiliar de lar (P5). O rendimento do agregado familiar variou de um salário mínimo a um salário mínimo e meio.

Material

No levantamento de dados, foram utilizadas as Fichas de Identificação dos clientes e uma entrevista semiestruturada. Os dados sociodemográficos investigados foram os da época do atendimento, identificando o perfil socioeconómico dos clientes. As entrevistas semiestruturadas foram respondidas na própria Clínica-Escola, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Procedimento

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer de aprovação, nº 67217417.80000.0021), e garantiu-se o sigilo e anonimato de todos os participantes, identificando-os apenas pelas iniciais do seu nome. Também, fez-se uso de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e observou-se o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia). As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização pelo Termo de Autorização para Gravação de Voz. Os dados recolhidos foram transcritos e analisados qualitativamente, utilizando-se o referencial teórico psicanalítico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distância e meio de transporte utilizados foram apontados pelas clientes como dificuldade à frequência das sessões de psicoterapia. Três participantes deslocavam-se de moto, uma de carro e uma a pé, e justamente por isso abandonou o tratamento. As participantes citaram: “(...) o problema é a distância da clínica (...)” (P3), “(...) mudou de bairro, aí ficou muito longe para vim” (P2), “a falta de veículo para vir” (P4). Tais discursos confirmam as palavras de Gastaud e Nunes (2009) quando citam o local da residência do paciente como um dos fatores de desistência. Vale destacar que, no município onde se situa a Clínica-Escola, não existe transporte público, o que se constitui como dificuldade acrescida para se chegar ao local de atendimento, que é afastado do centro e dos bairros mais habitados.

Quanto ao encaminhamento das participantes, em três fichas não consta a fonte de encaminhamento, ao passo que duas participantes foram encaminhadas por médicos da rede municipal de saúde (psiquiatra e clínico geral). O encaminhamento por um profissional é representativo, podendo demonstrar a confiança no serviço oferecido pela Clínica-Escola, como também oferece maior segurança ao terapeuta para iniciar o tratamento.

Quanto ao número de atendimentos realizados, observou-se que este variou entre uma a 10 sessões. Estes dados são congruentes às conclusões de Marcos (2011), o qual diz que na Clínica-Escola há um limite no tempo, pois sua duração, em princípio, é de um semestre letivo, podendo ser estendido se o aluno continuar o estágio por mais um semestre. O autor ainda destaca que “(...) às vezes não é necessário um longo tempo para produzir uma retificação subjetiva. Entretanto não há como prever este resultado” (Marcos, 2011, p. 213). Releva ressaltar que o número reduzido de atendimentos também está relacionado com o abandono ou desistência por parte das clientes: três das clientes abandonaram o atendimento e uma desistiu. Na instituição em que se desenvolveu a pesquisa, considera-se abandono quando o cliente da clínica apresenta faltas consecutivas ou alternadas sem justificção. Já a desistência é entendida pela interrupção do tratamento pelo paciente. Pontua-se que na referida Clínica-Escola, adota-se a Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, de modo que o tratamento é breve e as sessões são realizadas uma ou duas vezes na semana.

Entre os motivos alegados para o abandono, as participantes citaram: mudança de endereço e distância da clínica, dificuldade de transporte e mudança de terapeuta, o que é comum no espaço institucional da Clínica-Escola, devido aos términos dos semestres. Para Benetti e Cunha (2008, p. 56), o abandono do processo terapêutico está associado a “(...) diversos fatores, como características do paciente, do terapeuta, da técnica e do setting de trabalho”, o que mostra a “(...) complexidade dos atendimentos clínicos em diferentes settings os quais, muitas vezes, utilizam-se de modelos terapêuticos que não levam em conta as especificidades das demandas institucionais”. Os autores observam uma maior complexidade nas situações clínicas que envolvem terapeutas em formação que, com a responsabilidade de oferecer atendimento de qualidade à comunidade, faz com que os abandonos sejam um alerta, apontando caminhos para uma eficácia das psicoterapias e de outros aspectos que envolvem a instituição escolar, como o ensino, a pesquisa, a formação.

Nos casos em que ocorre a interrupção do tratamento antes deste ser finalizado, uma hipótese a ser levada em consideração diz respeito ao comprometimento dos resultados do tratamento. Freud, ao selecionar os clientes que considerava que poderiam se beneficiar do tratamento, tomava algumas precauções, como aceitar inicialmente o paciente de forma provisória, de modo que, caso o tratamento fosse interrompido, poupar-se-ia o paciente de uma “impressão aflitiva de uma tentativa de cura que falhou” (Freud, 1913/1996, p. 139).

Para Benetti e Cunha (2008, p. 55), “(...) o custo emocional, econômico e social de abandonos terapêuticos na área da saúde mental é alto e pode ser reduzido, se forem promovidas ações nos serviços de acolhimento do paciente”. Desta forma, para os autores, em seu treinamento profissional, importa que o terapeuta conheça bem as características dos processos terapêuticos que podem estar relacionados com o abandono, a fim de desenvolver uma aliança terapêutica, considerando as especificidades de cada caso e ainda a questão da troca de terapeutas, própria do contexto das Clínicas-Escola.

Com relação à percepção das participantes sobre o atendimento oferecido e o resultado obtido, as participantes apontaram como aspectos satisfatórios a possibilidade de expor seus problemas, ter alguém para ouvi-las e o alívio dos sintomas. Quatro das participantes responderam que os

atendimentos proporcionaram uma melhoria parcial e uma participante apresentou melhoria total.

A gratuidade do serviço foi também referido como um aspeto determinante, o que evidencia a importância deste tipo de atendimento por alcançar as faixas menos economicamente favorecidas da população. Isto é reforçado nas respostas dadas pelas entrevistadas ao serem questionadas sobre o que significava para elas serem atendidas gratuitamente na clínica. Neste sentido, para Marcos (2011, p. 2013), ao se questionar quem é o público atendido pelas Clínicas-Escola, percebe-se que “(...) são pessoas que frequentemente não podem pagar por uma [psic]análise – seja porque são oriundas de uma classe menos favorecida, seja porque são jovens e estudantes”. Por fim, a aplicabilidade da psicanálise nas instituições públicas é ressaltada por Heck e Kessler (2015, p. 619), os quais afirmam que é possível (...) vislumbrar as clínicas de atendimento psicológico em instituições públicas como alternativas para trabalhar a partir das proposições psicanalíticas e oferecer atendimento à sociedade em mais larga escala”. Por sua importância e resultados, a psicoterapia de orientação psicanalítica é um tratamento que não pode ser restrito apenas às pessoas de maior poder aquisitivo, ou seja, que possam pagar por ele. Pelo contrário, deve ser de acessibilidade a todos que dele precisarem, mas com as adequações necessárias. Por este motivo, acredita-se que este estudo sobre o atendimento psicanalítico em uma instituição pública se faz tão relevante.

Os dados deste estudo apontam que apesar de terem seus problemas comprovados, as participantes não tiveram a esperada assiduidade em relação ao tratamento, faltando, abandonando ou desistindo. Estes aspectos podem estar relacionados talvez pelo atendimento ser realizado por estudantes numa Clínica-Escola ou ainda pela dificuldade devido à distância até a instituição. Apesar de os atendimentos terem ocorrido em um curto período de tempo, este fato não impediu que as participantes usufríssem de alguns dos benefícios que o tratamento poderia lhes proporcionar (escuta, acolhimento, alívio dos sintomas), mesmo que de forma restrita, quando comparado aos benefícios propostos para um atendimento de maior duração.

Neste sentido, retomando o objetivo principal deste trabalho, compreendeu-se que a aplicação da abordagem psicanalítica é viável e possui campo para desenvolvimento e exploração em instituições

públicas, as quais exigem um *setting* diferenciado e uma flexibilidade em relação a vários aspectos.

REFERÊNCIAS

- Benetti, S. P. C., & Cunha, T. R. S. (2008) Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48-58. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v60n2/v60n2a07.pdf>
- Campezatto, P. V. M., & Nunes, M. L. T. (2007) Caracterização da clientela das clínicas- escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 376-388. Retirado de www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722007000300005&script=sci_abstract&tlng=pt
- Celes, L. A. M. (2010) Clínica Psicanalítica: Aproximações histórico-conceituais e contemporâneas e perspectivas futuras. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 26, 65-80. Retirado de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500006
- Freud, S. (1919/1969). Observações sobre o amor transferencial. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XII). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/1996). Sobre o início do tratamento. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XII). Rio de Janeiro: Imago.
- Gastaud, M. B., & Nunes, M. L. T. (2009) Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de psiquiatria do Rio Grande Sul*, 31(1), 13-23. Retirado de www.scielo.br/scielo.php?pid=S010181082009000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Heck, F. A., & Kessler, C. H. (2015) Clínica pública e universidade: Considerações sobre a posição do analista. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 618-628. Retirado de www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163376/001019109.pdf?sequence=1
- Marcos, C. M. (2011) Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão. *Psicologia Clínica*, 23(2), 215-220. Retirado de www.scielo.br/scielo.php?pid=S010356652011000200013&script=sci_abstract&tlng=pt
- Milagres, I. M. S., & Dias, A. G. (2012) Abandono do tratamento psicológico na clínica-escola do UNIPAM: Reflexões institucionais. *Perquirere*, 1(9), 55-69. Retirado de perquirere.unipam.edu.br

- Pinheiro, N. N. B. (1999). Psicanálise, teoria e clínica: Reflexões sobre sua proposta terapêutica. *Psicologia: Ciência e profissão*, 19(2), 20-29. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931999000200004>
- Scatambulo, G. C. et al. (2007). Caracterização dos Procedimentos e Encaminhamentos do Atendimento Psicológico em Clínica-Escola. *Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*, V EPCC, Paraná. Retirado de www.cesumar.br

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO EMOCIONAL EM ADOLESCENTES DE INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO

Cláudia da Silva¹ (✉ claudia@psico.life) & Ivonise da Motta¹

¹ Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990) prevê que crianças e adolescentes sejam encaminhados a instituições de acolhimento, quando se encontram em risco físico e/ou psicológico nos seus ambientes de convívio familiar. Há casos em que, após um período, acontece o retorno à família natural e, em outros, a inserção numa família de substituição. Contudo, de acordo com o Cadastro Nacional de Adoção (2017), no Brasil, os adolescentes acolhidos possuem menores índices de adoção quando comparados às crianças, as quais compõem uma menor faixa etária.

Após o acolhimento institucional, alguns adolescentes encontram alternativas que suprem, em algum nível, o abandono ou a separação do contexto familiar, como é o caso do programa de Apadrinhamento Afetivo, o qual, segundo o Tribunal de Justiça de São Paulo (n.d) pretende que um adulto exerça a função de padrinho do adolescente, estabelecendo com o mesmo um vínculo afetivo que favoreça a ampliação de sua convivência social. Porém, vale notar, que nem todos os adolescentes institucionalizados conseguem construir este vínculo, sendo que uma parte acaba tendo as suas necessidades emocionais negligenciadas e por vezes, esquecidas, como aponta o Conselho Nacional de Justiça (2015).

O presente estudo visa discutir a importância do cuidado emocional aos adolescentes de instituições de acolhimento, propondo intervenções que valorizem a reflexão, a manutenção da esperança e das perspectivas de futuro. Trata-se de um estudo qualitativo, apoiado em uma revisão bibliográfica sobre o assunto, que também se fundamenta na teoria do psicanalista inglês D. W. Winnicott (1989).

Acolhimento Institucional e Diretrizes do Eca

A criação do ECA, disposto na Lei n. 8.069 de 1990, foi um importante marco no contexto jurídico brasileiro, por instituir legalmente a promoção integral da criança e do adolescente. O Estatuto convida a sociedade e, não apenas a família, a responsabilizar-se e a assumir a proteção dos direitos sociais das crianças e adolescentes (Art.4º).

O ECA considera adolescente, a pessoa entre 12 e 18 anos de idade (Art.2º) e refere que, em casos excepcionais, o Estatuto seja aplicado à pessoa entre 18 e 21 anos. No Art. 19 é estabelecido que a educação e criação da criança e do adolescente sejam prioritariamente realizados no contexto familiar e, em situações particulares, em família de substituição. Acima de tudo, deve-se assegurar a convivência familiar e comunitária num contexto que ofereça o desenvolvimento integral do indivíduo.

Em 2009, o ECA recebeu significativas reformulações na Lei n. 12.010, nomeada de Nova Lei Nacional da Adoção (NLNA). Silva e Arpini (2013), ao pesquisarem a implicação da NLNA na prática de profissionais (assistentes sociais e psicólogos) que trabalham em instituições de acolhimento, identificaram que a nova lei abriu espaço para a valorização da escuta das crianças e adolescentes, os quais passaram a ser melhor reconhecidos em sua individualidade. Além disso, houve a implantação do Plano Individual de Atendimento (PIA), que define ações e atividades interventivas que considerem a história de vida dos indivíduos e busquem estabelecer ações que proporcionem um caminho e movimento para o institucionalizado.

O ECA define algumas modalidades de inserção em acolhimento institucional ou familiar. De acordo com o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), o Programa de Acolhimento Institucional estabelece um acolhimento provisório para crianças e adolescentes que se encontram sob medida de proteção e em situação de risco pessoal e social. O acolhimento é operacionalizado quando as famílias/responsáveis ocasionalmente não podem oferecer a função de proteção e cuidado (Tribunal de Justiça de São Paulo, n.d).

Outra modalidade de atendimento e que se apresenta como alternativa ao acolhimento institucional é o acolhimento familiar. Neste, por um tempo determinado, uma família acolhe a criança ou adolescente, proporcionando convivência, cuidado e afeto, até que ocorra a reintegração

familiar ou o encaminhamento para a adoção (TJSP). Quando não se apresentam interessados na adoção, destina-se a criança e/ou adolescente, à modalidade de guarda familiar (Art.50, §11.º, Lei n. 12.010).

Assim, uma equipa técnica é responsável por disponibilizar à autoridade judiciária competente, relatórios que subsidiem a decisão jurídica. A situação dos sujeitos em acolhimento institucional deve ser reavaliada a cada seis meses (Art.19, §1.º). Ainda está previsto que os mesmos não permaneçam em acolhimento institucional por mais de dois anos, exceto em casos em que a autoridade judiciária considere que se trata de necessidade comprovada (Art.19, §2.º, Lei n. 12.010).

Neste sentido, nota-se que, quanto à proteção social de crianças e adolescentes, o Brasil possui uma estruturação bem fundamentada de ações governamentais e não-governamentais, que visam o atendimento às necessidades, prevenção e redução de violação de direitos. Apesar de o ECA prever que o acolhimento institucional e familiar sejam medidas provisórias, verifica-se que, em vários casos, tais possibilidades não acontecem ou demoram consideravelmente para serem efetuadas.

Um estudo desenvolvido por Álvares e Lobato (2013) num município brasileiro estudou 23 pessoas entre crianças e adolescentes em acolhimento institucional. Evidenciou-se que, ainda que o ECA estabeleça que o tempo máximo de permanência nas unidades institucionalizadas seja de 2 anos, 52% dos participantes estavam em medida de acolhimento cerca de um a cinco anos. Os autores apontaram que a medida protetiva de acolhimento institucional, ainda que seja aplicada quando a criança/adolescente se encontra em situação de risco, pode ser pensada também como um momento de rompimento de vínculos e fator de stress, com possíveis consequências. Cerca de 35% dos participantes revelaram ter sintomas depressivos. Além disso, foram considerados outros agravos que podem estar relacionados à incidência de sintomas depressivos, como: acolhimento realizado após os sete anos de idade, não estar inserido no programa de apadrinhamento, ter histórico de acolhimento e não possuir irmãos na instituição.

Em outra perspectiva, o estudo de Rodrigues, Gava, Sarriera e Dell'Aglio (2014) ressaltou a importância das unidades de acolhimento como um lugar de proteção, capaz de propiciar o desenvolvimento dos indivíduos, ainda que em caráter provisório. Foram verificados índices de percepção de preconceito superiores em adolescentes institucionalizados,

em comparação aos que vivem com suas famílias. Os jovens acolhidos, perceberam-se como sendo integrantes de um grupo socialmente estigmatizado, cuja identidade social está atrelada à instituição. Os próprios profissionais da unidade de acolhimento reconheceram que o sentimento de exclusão sentido pelos adolescentes estava associado ao ambiente em que vivem. Porém, a percepção de preconceito reconhecida pelos adolescentes não refletiu diretamente na diminuição da autoestima. Após a análise dos dados, a hipótese levantada foi a de que os sentimentos de pertencimento ao grupo, o apoio social recebido pela instituição e os aspectos individuais de enfrentamento, podem moderar o impacto do preconceito sobre a autoestima dos adolescentes institucionalizados (Rodrigues et al., 2014).

Estes trabalhos revelam que, em alguns casos, o encaminhamento para as instituições de acolhimento nem sempre é vivenciado de forma tranquila pelos sujeitos. Para alguns, pode ser um momento de extrema insegurança e desamparo. Contudo, o apoio social proporcionado pela instituição, assim como a convivência com os pares, pode atuar como um recurso a fim de minimizar o sofrimento e auxiliar no enfrentamento a este processo (Rodrigues et al., 2014).

Programa de Apadrinhamento Afetivo

No caso específico dos adolescentes institucionalizados, os quais são identificados como uma parcela de sujeitos com remotas perspectivas de colocação em família substituta, o Programa de Apadrinhamento revela-se como uma útil alternativa na vida dos mesmos. O Apadrinhamento Afetivo é voltado para crianças e adolescentes acolhidos institucionalmente, que possuem poucas perspectivas de reintegração à família natural ou encaminhamento para a adoção. O programa sugere que padrinho e apadrinhado tenham um contato direto, a ponto de se estabelecer um vínculo afetivo entre os mesmos, além de ser permitido a realização de atividades fora da instituição (Art.2.º §1.º, §2.º, CG n. 36/2014).

O Provimento Corregedoria Geral n. 40/2015 estabelece que as Varas da Infância e Juventude, quando possível, devem inserir em suas comarcas os Programas de Apadrinhamento Afetivo. Para tanto, é necessário a identificação, de entre as crianças e os adolescentes institucionalizados, daqueles com maior perfil para o apadrinhamento, ou seja, crianças

maiores e adolescentes com fragilidade ou rompimento de vínculos familiares e poucas chances de reintegração familiar ou adoção.

O referido programa preconiza a preparação das crianças e adolescentes, dos padrinhos e madrinhas e também dos profissionais das unidades de acolhimento. Além disso, indica que a convivência entre padrinho e apadrinhado seja realizada pouco a pouco e de modo planejado. Está previsto que os sujeitos sejam escutados sobre o desejo de participar do programa, levantando suas expectativas, oferecendo orientações e demais questões envolvidas no processo (CG n. 40/2015).

Considerando a necessidade de assegurar a proteção integral ao adolescente, a promoção do seu bem-estar e a atenção às suas necessidades emocionais, o Apadrinhamento Afetivo é uma iniciativa que permite a ampliação da convivência social com pessoas que se dispõem a construir uma relação de apoio, orientação e afetividade. Pode, ainda, servir de suporte quando os adolescentes estiverem fora da instituição e necessitarem assumir as responsabilidades pelas próprias vidas.

Esperança e Perspectivas de Futuro

A adolescência é um período significativo para a estruturação da identidade do sujeito, o qual busca figuras norteadoras e de referência que o auxiliem na construção da pessoa que o jovem deseja tornar-se (Winnicott, 1989). Assim, a qualidade das relações interpessoais nesta fase é extremamente relevante, a fim de que o adolescente tenha em quem se inspirar e com quem compartilhar as angústias, ansiedades e obter apoio quando necessário (Tribunal de Justiça de São Paulo, n.d).

Os adolescentes em acolhimento institucional carregam, cada um, uma história de vida. Algumas dessas histórias podem ter sido preenchidas por lembranças e experiências boas; mas, também por situações difíceis e às vezes incompreensíveis, que de algum modo acarretaram na adição de uma nova página na vida desses sujeitos, ou seja, uma ruptura com a vida anterior e a entrada em uma instituição de acolhimento (Silva & Arpini, 2014). Ainda que esta ruptura se tenha instalado no decurso de uma falha ambiental nos cuidados e suporte emocional aos sujeitos, deve-se buscar resgatar e manter a capacidade de esperança, que é o que pode direcionar o adolescente à ressignificação de sua vida e à construção de uma perspectiva de futuro positiva (Winnicott, 1989).

Winnicott (1989) compreende que o sinal de esperança é uma força que tende a promover a integração do ego. A capacidade de ter esperança evidencia que habita no indivíduo a possibilidade de ir em busca da reparação de lacunas impostas pelo ambiente em algum momento anterior, ou seja, seria acreditar que é possível retomar as experiências emocionais positivas que porventura foram perdidas ao longo do desenvolvimento emocional.

Uma pesquisa realizada com 945 adolescentes de dois municípios do estado do Rio Grande Sul (Brasil), procurou estudar as expectativas quanto ao futuro em adolescentes de três contextos institucionais diferentes (Zappe, Moura Jr., Dell'aglio & Sarriera, 2015). Notou-se a presença de maiores fatores de risco ao desenvolvimento em adolescentes de instituições de proteção e unidades de medidas socioeducativas, quando comparados com os que viviam com suas famílias e frequentavam a escola. Os adolescentes dos dois primeiros grupos revelaram terem crescido num ambiente com eventos indutores de stress, o que influenciou as taxas de expectativas de futuro mais baixas (Zappe et al., 2015).

Por outro lado, Ferreira, Littig e Vescovi (2014) entrevistaram 14 sujeitos, a fim de explorar a perspectiva de futuro entre crianças e adolescentes institucionalizados, após a vivência em situação de rua. O fator que conduziu os participantes para a rua foi a vulnerabilidade social no contexto familiar. A pesquisa mostrou que as representações sobre o futuro dos entrevistados estavam ligadas a uma postura ativa impulsionadora para a concretização de mudanças. Também existia a expectativa de melhoras em relação à realidade e o reconhecimento de que, mesmo que o passado tenha sido marcado por violência, negligência e abusos, o futuro poderia ser diferente.

Estes trabalhos conduzem à compreensão sobre como o ambiente em o que o sujeito está inserido tende a influenciar na qualidade de sua saúde emocional e na forma como ele se reconhecerá diante do contexto social em que vive. Para alguns, o acolhimento institucional pode ser assimilado à vivência de exclusão e estigma frente aos demais jovens. Já, para outros, o acolhimento significa uma alternativa positiva e construtiva de inauguração de mudanças na vida, ou seja, o escape de um meio anterior prejudicial e desfavorável e a conseqüente abertura para uma transformação (Ferreira, Littig & Vescovi, 2014).

Importante pensar que os profissionais que atuam nestas instituições lidarão com estes diferentes olhares. Portanto, considerando que a realidade impõe que os adolescentes acolhidos têm maiores chances de permanecerem nas instituições até atingirem a maioridade, conclui-se ser de extrema importância o oferecimento de uma adequada atenção ao cuidado e à qualidade da saúde emocional dos adolescentes, no sentido de prevenção e promoção de saúde mental.

Como recursos práticos para a efetivação de um trabalho preventivo e que possa agregar às ações do Plano Individual de Atendimento, sugerem-se atividades que favoreçam, acima de tudo, uma vivência criativa perante a vida. Winnicott (1989) entende a criatividade não como a produção de uma obra de arte ou algo excepcional, mas enquanto a vivência singular e legítima atribuída a um ato. É a expressão do si mesmo, um gesto individual que direciona o homem para o sentido de vida em contínua mudança. Sugere-se que os profissionais que atuam com estes adolescentes promovam espaços para a livre expressão, diálogo, reflexão e uso da criatividade autêntica, a fim de conduzi-los a pensar reflexivamente sobre si e o sentido atribuído às próprias vidas. Qualquer que seja a prática estabelecida (grupos operativos, rodas de conversa, atividades culturais, entre outros), o importante é que tenha sentido e esteja de acordo com os interesses dos sujeitos. Também é válido explorar os recursos que cada um possui no sentido de estabelecer os fios condutores que mantém viva a capacidade de esperança e o vislumbre de um futuro construtivo.

Este trabalho buscou discorrer sobre alguns aspectos que envolvem o contexto dos adolescentes que se encontram em instituições de acolhimento, os quais, comumente apresentam maiores chances de permanecerem nas instituições até a maioridade. Em vista disso, evidenciou-se a importância de promoção de ações que estabeleçam o cuidado emocional aos adolescentes, como uma prática preventiva em saúde mental e que auxilie na construção de perspectivas de futuro positivas e emancipadoras. Parte-se do entendimento de que pensar reflexivamente sobre o futuro pode ser identificado como um fator de proteção social e emocional na adolescência, porque ao se pensar sobre o futuro, existe a possibilidade de ressignificar escolhas, decisões e motivar a atitude em direção ao resgate dos recursos internos disponíveis, a fim de dar novos sentidos à construção da vida.

REFERÊNCIAS

- Álvares, A. D. M., & Lobato, G. R. (2013). Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Temas em Psicologia, 21*(1), 151-164. doi: 10.9788
- Cadastro Nacional de Adoção. (2017). *Relatório de Dados Estatístico: Quantidade de crianças para adoção*. Retirado do website do Conselho Nacional de Justiça: <http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>
- Conselho Nacional de Justiça. (2015). *Programa de apadrinhamento afetivo começa a ser implantado em SP*. Retirado de <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/79558-programa-de-apadrinhamento-afetivo-comeca-a-ser-implantado-em-sp>
- Corregedoria Geral da Justiça do Estado de São Paulo – CG. (2014). *Provimento CG Nº 36/2014* (Processo 2014/10058). Retirado de <http://esaj.tjsp.jus.br/gcnPtl/abrirDetalhesLegislacao.do?cdLegislacaoEdit=135491&fIBtVoltar=N>>
- Corregedoria Geral da Justiça do Estado de São Paulo – CG. (2015). *Provimento CG Nº 40/2015* (Processo 2015/155516). Retirado de <http://esaj.tjsp.jus.br/gcnPtl/abrirDetalhesLegislacao.do?cdLegislacaoEdit=141110&fIBtVoltar=N>
- Ferreira, V. V. F., V., Littig, P. M. C. B., & Vescovi, R., G. L. (2014). Crianças e adolescentes abrigados: perspectiva de futuro após situação de rua. *Psicologia & Sociedade, 26*(1), 165-174. Retirado de <http://www.redalyc.org/html/3093/309330671018/>
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Retirado de www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Lei n. 12.010, de 3 de agosto de 2009*. Dispõe sobre adoção; altera as Leis n. 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Retirado de www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm#art2
- Rodrigues, L. A., Gava, L. L., Sarriera, J. C., & Dell’Aglío, D. D. (2014). Percepção de preconceito e autoestima entre adolescentes em contexto familiar e em situação de acolhimento institucional. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 14*(2), 389-407. Retirado de www.redalyc.org/html/4518/451844508002/
- Silva, M. L., & Arpini, D. M. (2014). O impacto da nova Lei Nacional de Adoção no acolhimento institucional: O ponto de vista de psicólogos e assistentes sociais que integram as equipes técnicas. *Psicologia em Revista, 19*(3), 422-440. doi: 10.5752

Tribunal de Justiça de São Paulo – TJSP (n.d). *Adotar*. Retirado de www.adotar.tjsp.jus.br

Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em casa*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Zappe, J. G., Moura Jr, J. F., & Dell’Aglío, D. D. (2015). Expectativas quanto ao futuro de adolescentes em diferentes contextos. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 91-100. Retirado de http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatomica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/251

COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL E ATITUDES PARENTAIS FACE À ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS

Cláudia M. Silva¹ (✉ cmsilva@ubi.pt) & Tânia Teixeira¹

¹Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal

A infância é um período crítico para o desenvolvimento de comportamentos relativos à alimentação e é considerada fulcral na prevenção do excesso de peso, da doença e na promoção da saúde (Parletta, Peters, Owen, Tsiros, & Brennan, 2012). Os fatores culturais, socioeconómicos e psicossociais apresentam um impacto determinante nos hábitos alimentares infantis desde a primeira infância. O contexto social adquire um papel predominante no comportamento alimentar infantil. Pais ou cuidadores desempenham um papel crucial quanto ao padrão e à experiência alimentar da criança. Cumprem o papel de educadores nutricionais através das relações, das atitudes e práticas alimentares, e têm influência nas estratégias utilizadas face ao padrão alimentar das crianças (Birch et al., 2001; Peters, Sinn, Campbell, & Lynch, 2012).

O apetite e a vontade de ingerir determinados alimentos baseiam-se numa necessidade biológica, mas os comportamentos relacionados com a alimentação são maioritariamente aprendidos (Scaglioni, Arrizza, Vecchi, & Tedeschi, 2011). O comportamento alimentar acarreta a seleção e o consumo de alimentos preferidos que normalmente são aprendidos e evoluem ao longo do tempo, sob influência da maturação, dos agentes relativos à socialização, de fatores afetivos e da interação entre os pais, a criança e a família (Viana, Santos, & Guimarães, 2008). As crianças preferem alimentos ricos em açúcar, gordura, sal e com elevada quantidade de hidratos de carbono, registando-se uma ingestão reduzida de frutas e legumes (Fisher & Birch, 1999) e uma rejeição de alimentos com sabores amargos e azedos (Birch, 1999; Benton, 2004).

A neofobia alimentar, definida como o “medo do novo”, é um fator protetor na medida em que o medo de experimentar novos alimentos pode evitar o consumo de alimentos tóxicos e/ou perigosos, potenciais causadores

de doenças ou até da morte (Benton, 2004; Birch, 1999). Se a resposta neofóbica for mínima é considerada adaptativa, mas pode tornar-se desadaptativa quando reduz a qualidade e a variedade no que se refere à alimentação (Perry et al., 2015). Os alimentos que são considerados novos e desconhecidos pelas crianças tendem a ser alvo de rejeição inata (Viana et al., 2008). No entanto, se ocorrerem experiências repetidas quanto à ingestão de um alimento novo, a criança começa a manifestar aceitação desse alimento. As preferências alimentares parecem ser, pois, moldadas pela disponibilidade e acessibilidade dos alimentos em casa, pelas preferências alimentares dos pais e pela exposição aos gostos individuais das crianças (Fiese & Bost, 2016), realçando-se o papel das figuras parentais na determinação das preferências alimentares das crianças (Benton, 2004).

Os hábitos alimentares assumem uma relação direta com o aparecimento da obesidade infantil (Mello, Luft, & Meyer, 2004). Pressão para comer, não fazer todas as refeições diárias, comer alimentos muito calóricos e inexistência da prática de exercício físico, são fatores que podem provocar alterações no índice de massa corporal e conduzir ao excesso de peso (Mello et al., 2004). O excesso de peso e a obesidade infantil conduzem a variados problemas ao nível da saúde física, afetando a criança também a nível emocional, psicológico e social (Victorino et al., 2014). Deste modo, torna-se essencial intervir com o objetivo de prevenir o aparecimento e o aumento da obesidade infantil. As figuras parentais devem assumir, na promoção hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis nas crianças, um papel crucial (Azizi, 2011).

Esta investigação visou compreender a perceção dos pais acerca do comportamento alimentar de crianças em idade escolar. Especificamente, este estudo teve como objetivo avaliar a perceção dos pais acerca da neofobia alimentar das crianças e as suas atitudes face à alimentação das mesmas, assim como as preferências alimentares manifestas pelas crianças em idade escolar.

MÉTODOS

Participantes

Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de conveniência constituída por 96 pais de crianças com idades compreendidas entre os 6

e os 10 anos, e os seus filhos, sendo que 32 crianças pertenciam ao grupo clínico (crianças com acompanhamento psicológico) e 64 enquadravam-se no grupo não clínico (grupo recolhido numa escola particular do 1.º ciclo do ensino básico). O grupo referente às crianças que apresentam acompanhamento psicológico foi recolhido num Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) de um hospital público.

O grupo clínico foi constituído por 32 pais (29 do sexo feminino). Neste grupo, 25 pais (78%) tinham idades compreendidas entre os 24 e os 40 anos. A maioria dos participantes tinha o ensino secundário (34%) ou universitário completo (28%). As crianças (17 do sexo masculino) deste grupo tinham uma média de idades de 7,93 anos ($DP=1,23$).

O grupo não clínico foi composto por 64 encarregados de educação (61 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos, 38 (59%) dos quais com idade entre os 24-40 anos. A maioria dos pais possuíam licenciatura (39 participantes, 61%). As 64 crianças (38 do sexo feminino) deste grupo tinham uma média de idades de 7,75 anos ($DP=1,25$).

Material

Os participantes do estudo responderam a um questionário sociodemográfico e clínico, a um questionário de crenças, atitudes e práticas parentais relativas ao comportamento alimentar, a um questionário sobre neofobia, e a um questionário de preferências alimentares.

Questionário sociodemográfico e clínico. Este questionário tem uma primeira parte relativa à informação geral acerca do cuidador familiar (e.g., sexo, idade, nível de escolaridade) e uma segunda parte sobre a informação relativa à criança (e.g., sexo, idade, escolaridade, peso, altura). O IMC foi calculado a partir da medição da altura e do peso corporal de cada criança aquando da recolha dos dados (no CDC), ou estes dados foram perguntados aos pais. O IMC foi, posteriormente, traduzido numa escala ordinal segundo os pontos de corte utilizados pela Direção Geral da Saúde para a faixa etária e sexo de cada criança.

Child Feeding Questionnaire (CFQ). Este questionário, desenvolvido por Birch et al. (2001) e aferido para a população portuguesa por Real, Oliveira, Severo, Moreira e Lopes (2014), visa avaliar as crenças, atitudes

e práticas parentais relativamente ao comportamento alimentar da criança. É constituído por 38 itens distribuídos por nove subescalas, cujas pontuações corresponde à média das pontuações individuais dos itens que as compõem: (a) Responsabilidade Percebida; (b) Perceção do Peso dos Pais; (c) Perceção do Peso das Crianças; (d) Preocupação com o Peso da Criança; (e) Restrição; (f) Pressão para Comer; (g) Monitorização; (h) Controlo Coberto; e (i) Controlo Aberto. No que concerne à consistência interna das subescalas, o estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa (Real et al., 2014) revelou uma boa consistência interna ($0,68 < \alpha < 0,89$).

Escala de Neofobia Alimentar para Crianças (ENAC). Esta escala unidimensional foi desenvolvida por Pliner (1994) e adaptada para a população portuguesa por Filipe e Barros (2011). A escala avalia a perceção das figuras parentais relativamente ao medo das crianças em idade escolar em experimentar alimentos novos. É composta por 10 itens de tipo *likert* de 5 pontos (de 1, “concordo completamente”, a 5, “discordo completamente”). Quanto mais baixas são as pontuações (correspondendo à média das pontuações individuais dos itens), maior o grau de neofobia alimentar da criança. O estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa (*ibidem*) revelou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,82$).

Questionário de Preferências Alimentares. As preferências alimentares das crianças foram avaliadas através de um método lúdico (*Rank Order Preference Assessment*) desenvolvido por Birch e adaptado por Andrade (2008). Esta metodologia consiste em pedir à criança que observe 33 imagens de alimentos (e.g. frutos, legumes, laticínios, bebidas, guloseimas, etc.) e indique em que medida gosta de cada um dos alimentos, numa escala ordinal de faces com 3 pontos: um rosto triste (“não gosto”), um rosto neutro (“gosto assim-assim), e um rosto feliz (“gosto muito”).

Procedimentos

O estudo foi submetido a aprovação pela direção da escola e pela Comissão de Ética do Hospital Amato Lusitano. No CDC a investigadora contactou presencialmente os encarregados de educação, pedindo a sua colaboração. Os encarregados de educação que acederam participar responderam ao questionário sociodemográfico, ao CFQ e à ENAC, enquanto

o Questionário de Preferências Alimentares foi respondido pelas crianças. Na Escola de 1º ciclo, a investigadora contactou a professora responsável, a qual solicitou a colaboração aos encarregados de educação das crianças dos quatro anos de ensino enviando o consentimento informado e os questionários a responder pelos pais. Em caso de aceitação da participação no estudo, a mesma docente aplicou o questionário às crianças em contexto de sala de aula.

A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao programa IBM Statistics (v. 23). Foram calculadas as estatísticas descritivas, para caracterização da amostra e das distribuições das variáveis do estudo. Recorreu-se ao teste *t* de *student* para amostras independentes para avaliar a significância estatística das diferenças entre os grupos em estudo, quanto à CFQ e ENAC. Os pressupostos deste método estatístico (distribuição normal e homeocedasticidade) foram avaliados pelo testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, pela avaliação da forma e achatamento da distribuição [com $|Sk| < 4$ e $|Ku| < 10$ a indicar violação pouco severa do pressuposto da normalidade (Kline, 2005)], e pelo teste de Levene.

RESULTADOS

Os resultados sobre o índice de massa corporal (IMC) da criança, obtidos para apenas 69 participantes, evidenciaram que a maioria das crianças tinham peso corporal considerado normal (63,7%), três crianças demonstravam baixo peso, 22 crianças apresentavam excesso de peso (16 do grupo não clínico e 4 do grupo clínico), sendo que de entre essas oito crianças (11,6%) apresentavam pré-obesidade e 14 crianças (20,3%) revelavam critérios de obesidade.

Crenças, Atitudes e Práticas Parentais

As médias nas subescalas do CFQ (cf. Quadro 1) revelam que os pais se percebem como responsáveis pela alimentação dos filhos, utilizam muitas vezes a restrição como estratégia no que se refere à alimentação da criança e monitorizam em grande proporção a alimentação dos filhos.

Todavia, não apresentam muita preocupação em relação ao peso corporal dos filhos e não revelam muita firmeza no que diz respeito ao local e momento em que a criança deve comer.

Quadro 1

Diferenças Entre Grupos nas Subescalas do Child Feeding Questionnaire (CFQ)

Subescalas	Grupo não clínico (N=64)		Grupo clínico (N=32)		t	p	
	N	M	DP	M			DP
Responsabilidade Percebida	96	3,44	0,53	3,55	0,52	-1,00	n.s.
Perceção do peso parental	82	1,93	0,42	2,11	0,49	-1,67	n.s.
Perceção do peso da criança	93	1,87	0,39	1,85	0,28	0,19	n.s.
Preocupação com o peso da criança	96	1,47	1,03	1,56	1,29	-0,38	n.s.
Restrição	96	3,23	0,80	3,39	0,50	-1,02	n.s.
Pressão para comer	96	2,12	1,16	2,84	0,87	-3,14	0,002
Monitorização	96	3,30	0,51	3,18	0,82	0,88	n.s.
Controlo aberto	96	3,04	0,61	3,11	0,68	-0,53	n.s.
Controlo coberto	96	2,04	0,77	1,96	1,03	0,39	n.s.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes parentais entre os pais do grupo clínico e do grupo não clínico em oito das nove subescalas do CFQ (*cf.* Quadro 1). Contudo, encontraram-se diferenças significativas entre as atitudes parentais dos pais dos dois grupos relativamente à “Pressão para comer” [$t(95)=-3,14$; $p=0,002$; $g=0,682$; I.C.95%]0,245;1,12[], com os pais do grupo clínico a pressionarem mais os seus filhos para comer que os seus congéneres do grupo não clínico.

Neofobia Alimentar Infantil

Os resultados obtidos evidenciam que a maior parte das crianças apresentam algumas características associadas à presença de neofobia alimentar ($M=1,90$; $DP=0,76$). Os pais acreditam que as crianças revelam alguma desconfiança relativamente a alimentos novos (item 2 – “O (A) meu (minha) filho (a) é desconfiado em relação a alimentos novos”: $Md=1$), e mostram receio em consumir alimentos que nunca provaram (item 7 – “O (A) meu (minha) filho (a) tem receio em comer alimentos que nunca provou antes”: $Md=1$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto aos itens individuais da ENAC, com exceção do item 9 [“O (A) meu (minha) filho (a) é capaz de comer praticamente qualquer alimento”], relativo ao facto de a criança ser capaz de comer praticamente qualquer alimento [$t(95)=-2,26$; $p=0,026$; $g=0,49$; I.C. 95%]0,06;0,92[], com os pais das crianças do grupo clínico a concordarem mais com esta afirmação.

Preferências Alimentares

As crianças do grupo clínico preferem: batatas fritas (97%), água (94%), piza (88%), fruta variada (78%), gelado (78%), pão (78%), atum em lata (78%), leite com chocolate (75%), iogurtes sólidos e líquidos (75%), bolachas, donuts e bolachos (72%) e leite branco (72%). A maioria destas crianças rejeitam o queijo fresco (59%). As crianças do grupo não clínico preferem: a água (97%), as massas cozidas (88%), o frango ou peru cozinhado (86%), fruta variada (83%), o arroz cozido (78%), a carne de vaca, porco ou outro animal (77%), as batatas fritas (75%), o sumo de laranja (73%), gelado (73%) e a piza (72%). A maioria destas crianças não gostam de queijo fresco (64%) e de fruta em calda (50%).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no IMC evidenciaram que a maioria das crianças insere-se na categoria associada ao peso normal. Contudo, e em linha com estudos anteriores sobre a prevalência da obesidade em crianças portuguesas (Padez, Mourão, Moreira, & Rosado, 2005), encontrou-se uma elevada prevalência (nesta amostra) de excesso de peso (32%).

Os pais percecionaram-se como responsáveis pela alimentação dos filhos, utilizando muitas vezes as estratégias de restrição alimentar e de monitorização da alimentação dos filhos. Surpreendentemente, e à exceção da estratégia pressão para comer, não se verificaram diferenças entre os grupos quanto às atitudes em relação ao comportamento alimentar infantil de pais de crianças com e sem acompanhamento psicológico. Estes

resultados não são congruentes com a literatura, já que, dado o elevado nível de escolaridade dos pais do grupo não clínico, podia antecipar-se um nível superior de monitorização dos pais (Real et al., 2014). A maioria das crianças apresentou algumas características de neofobia alimentar, apesar de as crianças do grupo clínico parecerem ser capazes de comer qualquer alimento. Este resultado pode estar associado a uma maior utilização da estratégia da pressão para comer pelos seus pais. Apesar de alguma neofobia destas crianças, muitas destas crianças reportam gostar de fruta – o que parece estar de acordo com os hábitos nutricionais das crianças portuguesas (Silva, 2012). O facto de que as crianças do grupo clínico terem preferências alimentares menos saudáveis que as do grupo clínico pode ficar a dever-se à menor escolaridade dos pais do primeiro grupo, o que pode indiciar menor conhecimento nutricional (Viana et al., 2008).

A principal limitação deste estudo foi a reduzida dimensão da amostra e a sua recolha numa só escola e num único serviço de saúde mental pediátrico, o que impossibilita a generalização dos resultados. Também não foi possível assegurar a equivalência entre os dois grupos relativamente às características sociodemográficas, dificultando a interpretação dos resultados. Contudo, este estudo sugere que o nível de escolaridade e a literacia alimentar dos pais pode ser determinante para as preferências alimentares dos filhos, que pode, eventualmente, ser determinante para a atitude dos pais face à alimentação da criança. Os resultados sugerem a necessidade de desenvolver programas de promoção de um comportamento alimentar infantil saudável.

REFERÊNCIAS

- Andrade, M. G. (2008). *Determinantes Sociais e Psicológicos do Comportamento Alimentar Infantil* (documento não publicado). Curso de Formação Avançado do Doutoramento em Psicologia na Especialidade de Psicologia da Saúde da Universidade de Lisboa.
- Azizi, F. (2011). Prevention of Childhood Obesity. *International Journal of Endocrinology Metabolism*, 9(1), 246-247. doi: 10.5812/Kowsar.1726913X.1871

- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*, 28, 858-869. doi: 10.1038/sj.ijo.0802532
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual Reviews Nutrition*, 19, 41-62. doi: 10.1146/annurev.nutr.19.1.41
- Birch, L. L., Fischer, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36, 201-210. doi: 10.1006/appe.2001.0398
- Cooke, L. J., Wardle, J., Gibson, E. L., Sapochnik, M., Sheiham, A., & Lawson, M. (2003). Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutrition*, 7(2), 295-302. doi: 10.1079/PHN2003527
- Fiese, B. H., & Bost, K. K. (2016). Family Ecologies and Child Risk for Obesity: Focus on Regulatory Processes. *Family Relations*, 65, 94-107. doi:10.1111/fare.12170
- Filipe, A. P., & Barros, L. (2011). *Neofobia alimentar e hábitos alimentares em crianças em idade pré-escolares e conhecimentos nutricionais parentais* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *American Journal Clinical Nutrition*, 69, 1264-1272. doi: 10357749
- Mello, E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: Como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, 80(3), 173-182. doi: 10.2223/JPED.1180
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 94(11), 1550-1557. doi:10.1080/08035250510042924
- Parletta, N., Peters, J., Owen, A., Tsiros, M. D., & Brennan, L. (2012). Parenting styles, communication and child/adolescent diets and weight status: Let's talk about it. *Early Child Development and Care*, 182(8), 1089-1103. doi: 10.1080/03004430.2012.678597
- Perry, R. A., Mallan, K. M., Koo, J., Mauch, C. E., Daniels, L. A., & Magarey, A. M. (2015). Food neophobia and its association with diet quality and weight in children aged 24 months: A cross sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(13), 1-8. doi: 10.1186/s12966-015-0184-6

- Peters, J., Sinn, N., Campbell, K., & Lynch, J. (2012). Parental influences on the diets of 2-5 years old children: Systematic review of interventions. *Early Child Development and Care*, 182(7), 837-857. doi: 10.1080/03004430.2011.586698
- Real, H., Oliveira, A., Severo, M., Moreira, P., & Lopes, C. (2014). Combination and adaptation of two tools to assess parental feeding practices in pre-school children. *Eating Behaviors*, 15, 383-387. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.04.009
- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94(suppl), 2006S-2011S. Retirado de <http://ajcn.nutrition.org/>
- Silva, J. F. (2012). *Determinantes sociais e comportamentais do consumo de fruta e hortícolas em crianças portuguesas de 4-5 anos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto.
- Viana, V., Santos, P. L., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 209-231. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200003
- Victorino, S. V. Z., Soares, L. G., Marcon, S. S., & Higarashi, I. H. (2014). Viver com obesidade infantil: A experiência de crianças inscritas em programa de acompanhamento multidisciplinar. *Revista Rene*, 15(6), 980-989. doi: 10.15253/2175-6783.2014000600011

DANÇA PARA PARKINSON: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Constança Moniz Galvão¹ (✉ constanca.damg@gmail.com) & Filipa Pimenta²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ² ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa progressiva, caracterizada por um vasto espectro de sintomas motores (e.g., bradicinesia, tremor, rigidez, instabilidade corporal, perturbações da marcha e *freezing*; Ferreira, Rosa, & Coelho, 2013; Rajput, Rajput, & Rajput, 2008) e não-motores (e.g., problemas de sono e depressão; Ferreira et al., 2013; Lewis, Annett, Davenport, Hall, & Lovatt, 2016). De acordo com o Estudo Epidemiológico de Avaliação da Prevalência da Doença de Parkinson (2014), existem atualmente cerca de 13 mil pessoas com DP em Portugal, e estima-se que este número triplique nos próximos 50 anos, como consequência do envelhecimento populacional e do uso crescente de medicamentos que promovem a sua expressão clínica (Ferreira et al., 2013; Rajput et al., 2008).

A principal e mais eficaz forma de tratamento da DP é medicamentosa (levodopa), mas uma vez que esta doença acarreta elevados custos financeiros e inúmeras consequências físicas, psicológicas, emocionais e sociais (Sharp & Hewitt, 2014), constata-se que os tratamentos médicos não atendem por completo às problemáticas da DP. Adicionalmente, com a progressão da doença, deixam de ser viáveis, pelo que são necessários outros métodos terapêuticos (Bognar et al., 2016; Earhart, 2009). Acresce que estes indivíduos carecem de atividades focadas no bem-estar que sejam simplesmente divertidas, agradáveis e não relacionadas com a doença (Westheimer, 2008). Subsequentemente, alguns autores têm vindo a explorar os benefícios da dança para sujeitos com DP (Earhart, 2009; Sharp & Hewitt, 2014).

A dança, sendo uma atividade holística (Westheimer, 2008), pode integrar a prática de movimentos que as pessoas com DP sentem dificuldade

em realizar (Earhart, 2009). Por si só, isto pode retardar a progressão da doença (Duncan & Earhart, 2012) e tem o potencial de atenuar a tristeza e a preocupação com a doença, o que faz com que as pessoas se sintam melhor e apresentem melhor humor (Lewis et al., 2016; Westheimer, 2008). Pode ainda ser benéfica pelo seu carácter aprazível e socialmente estimulante, visto que é uma atividade social que promove o estabelecimento de redes de suporte, a motivação para a procura de exercício regular, o envolvimento comunitário, o desenvolvimento pessoal e a liberdade de expressão (Earhart, 2009; Lewis et al., 2016; Westheimer, 2008).

Até à data, a maior parte das investigações debruçou-se exclusivamente nos sintomas motores da DP e na qualidade de vida relacionada com a saúde (e.g., Duncan & Earhart, 2012; Hackney & Earhart, 2009; Hackney, Kantorovich, Levin, & Earhart, 2007). Ainda que os resultados sejam satisfatórios do ponto de vista motor, num estudo qualitativo realizado com sujeitos com DP (participantes regulares em aulas de dança), dois dos principais motivos para o envolvimento nas aulas foram a interacção com os outros e a necessidade de socialização. Os participantes reportaram que as melhorias detetadas noutras dimensões (e.g., humor) derivavam do contacto com os restantes (Bognar et al., 2016).

Um dos mais recentes debates prende-se com o facto de diferentes estilos de dança possuírem diferentes qualidades, passíveis de incidir sobre os diferentes sintomas da DP (Hackney & Earhart, 2009). Tendo em conta a importância que é atribuída à socialização, então é possível que as danças tradicionais ou folclóricas (e.g., portuguesas, gregas, irlandesas, etc.) sejam dos estilos mais eficazes na melhoria da qualidade de vida destes indivíduos, já que tendem a ser danças de grupo (e.g., danças de roda), fomentando a socialização e o contacto entre dançarinos. Já vários estudos demonstraram que as danças sociais são populares entre os mais velhos e que, comparativamente àqueles que não dançam, os idosos que praticam danças sociais regularmente apresentam melhores indicadores físicos (e.g., melhor equilíbrio e mobilidade funcional) e mais motivação para a adoção de comportamentos de saúde ligados à prática de exercício (Hackney & Earhart, 2010). Para pessoas com DP, o contacto físico direto com os outros (próprio de muitas danças tradicionais) pode significar maior suporte e segurança (e.g., proteção contra quedas), o que as pode motivar não só a ir além dos seus limites, como também pode motivar para

a prática regular de dança (Hackney & Earhart, 2010), potenciando melhorias nos sintomas motores.

A presente revisão de literatura tem então como objetivo averiguar o efeito que as danças tradicionais, independentemente da origem geográfica e cultural, têm em indivíduos com DP, tanto a nível motor quanto psicológico. Reunindo os resultados dos estudos empíricos existentes até ao momento, pretende-se alargar o conhecimento no âmbito da dança para Parkinson e identificar as principais lacunas nesta área de investigação.

MÉTODO

Esta revisão de literatura seguiu as diretrizes da revisão de âmbito para reunir estudos empíricos sobre a temática em causa e ir ao encontro do objetivo de investigação (Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010). A pesquisa foi realizada com recurso a três bases de dados eletrónicas – EBSCO (limitando a inclusão a textos completos: PsycINFO, PsycARTICLES, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete e e-Journals), Web of Science e PubMed – com os seguintes termos e estratégia de pesquisa booleana: “Parkinson” AND “social dancing” OR “traditional dancing” OR “set dancing”.

O processo de pesquisa e seleção das fontes bibliográficas apresenta-se de forma sumária na Figura 1. Numa primeira revisão, atendendo a título e resumo das fontes identificadas, foram identificados 444 artigos, dos quais 14 eram duplicados, pelo que, após a sua eliminação, resultou um total de 430 artigos. A elegibilidade destes estudos foi avaliada tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: (a) estudos em inglês ou português e (b) estudos (quase)experimentais que aplicassem uma intervenção de danças tradicionais, de qualquer nacionalidade, em participantes com diagnóstico de Parkinson em qualquer estágio de doença. Desta análise apenas foram selecionados 7 estudos potencialmente relevantes.

Numa segunda revisão, com acesso ao texto completo, 4 estudos foram excluídos por não cumprirem os critérios supramencionados. Consequentemente, apenas foram elegidos 3 estudos para integrar a revisão de literatura.

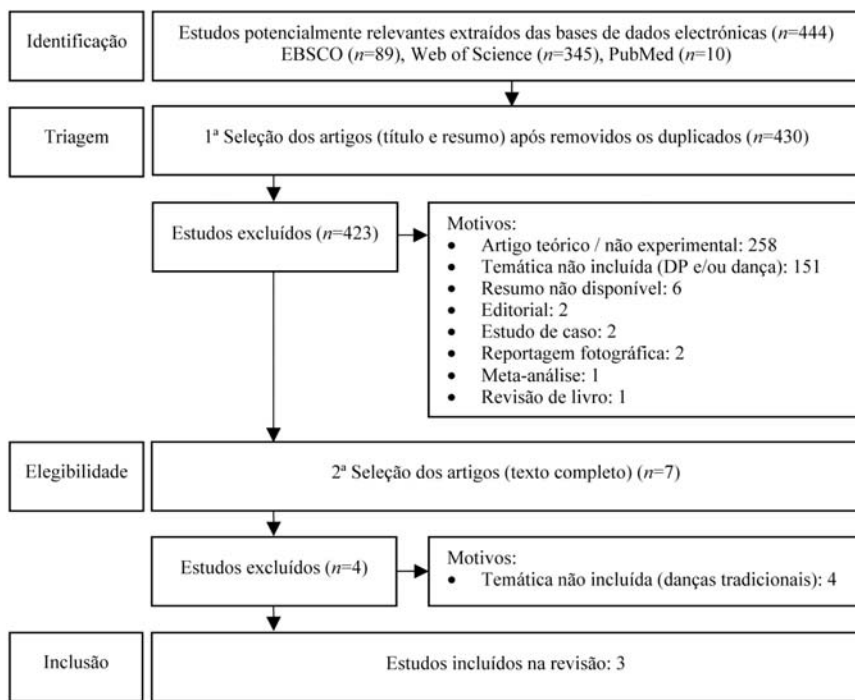


Figura 1. Síntese do Processo de Seleção dos Artigos

Nota. Baseado em PRISMA 2009 Flow Diagram (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

RESULTADOS

Dos três artigos seleccionados para integrar a revisão de literatura, dois deles tiveram lugar na Irlanda (Shanahan, Morris, Bhriain, Volpe, Lynch, & Clifford, 2017; Shanahan, Morris, Bhriain, Volpe, Richardson, & Clifford, 2015) e um em Itália (Volpe, Signorini, Marchetto, Lynch, & Morris, 2013). Todos testaram a viabilidade, adesão e efeitos de uma intervenção de *set dancing* (i.e., danças tradicionais irlandesas) em participantes com DP leve a moderada. Os três estudos eram quantitativos e focaram-se nos sintomas motores e na qualidade de vida relacionada com a saúde. Como complemento às aulas de dança, todas as intervenções incluíram o uso de DVDs com exercícios e passos de dança para os participantes verem e/ou realizarem

sozinhos em casa. A informação relativa a cada um dos artigos encontra-se sintetizada no Quadro 1.

Quadro 1

Síntese da Informação dos Artigos

	Volpe et al. (2013)	Shanahan et al. (2015)	Shanahan et al. (2017)
Participantes (<i>n</i>)	Participantes com <i>DP</i> (<i>n</i> =12) acompanhados pelos respectivos familiares/prestadores de cuidados e por alunos de uma escola de danças irlandesas	Participantes com <i>DP</i> (<i>n</i> =9) acompanhados pelos respectivos familiares/prestadores de cuidados	Participantes com <i>DP</i> (<i>n</i> =20) acompanhados pelos respectivos familiares/prestadores de cuidados
Idade ^a	58-73 (61.6±4.5)	– (66.66±5.87)	36-77 [69±10]
Estádio da doença ^{ab}	2-3 (2.2±0.4)	1-2.5 [1.5±0.5]	1-2.5 [1.25±1]
Duração da doença (anos) ^a	5-18 (9.0±3.6)	– (7.3±5.96)	0.50-18 [5.5±6]
Tipo de intervenção	<i>Irish set dancing</i> + Vídeo dos passos de dança para ver em casa 1 vez por semana, durante 1 hora	<i>Irish set dancing</i> + Vídeo com programa de exercícios para realizar em casa 2 vezes por semana, durante 20 minutos	<i>Irish set dancing</i> + Vídeo com programa de exercícios para realizar em casa 3 vezes por semana, durante 20 minutos
Duração da intervenção	6 meses	8 semanas	10 semanas
(Periodicidade das aulas)	(1 vez por semana)	(1 vez por semana)	(1 vez por semana)
[Duração das aulas]	[90 minutos]	[90 minutos]	[90 minutos]
Resultados obtidos	↓ deficiência e incapacidade motora ↓ <i>freezing</i> ↑ qualidade de vida ↑ mobilidade ↑ equilíbrio	↓ deficiência e incapacidade motora ↑ qualidade de vida	Não significativos
Efeitos adversos	1 queda não prejudicial e sem necessidade de cuidados médicos	Não houve	Não houve

Nota. ^a() média±desvio-padrão; [] mediana±intervalo interquartilício. ^bDe acordo com a Escala Modificada de Hoehn e Yahr (Goetz et al., 2004).

Mais especificamente, Volpe et al. (2013) compararam a prática de *set dancing* com a prática de fisioterapia numa amostra italiana, e apesar de ambos os grupos terem apresentado melhorias desde a *baseline* até ao fim da intervenção, o grupo que participou nas aulas de *set dancing* exibiu melhorias mais significativas ao nível da deficiência e incapacidade motora, da mobilidade e do *freezing*. Shanahan et al. (2015) comprovaram igualmente algumas melhorias com participantes irlandeses. Por fim,

Shanahan et al. (2017) compararam a prática de *set dancing* com a ausência de qualquer prática (i.e., manutenção dos hábitos diários, medicação, etc.) e, contrariamente ao esperado e aos resultados obtidos nos estudos anteriores, não houve diferenças significativas entre os dois grupos em nenhuma das dimensões medidas (qualidade de vida, resistência, equilíbrio e deficiência e incapacidade motora), e apenas a deficiência e incapacidade motora é que mostrou pequenos indícios de melhoria (marginalmente significativos).

O que se destaca destas três investigações são as elevadas taxas de adesão às aulas, que chegaram aos 93,7% (Shanahan et al., 2017), e o carácter aprazível das mesmas, tendo os participantes demonstrado uma enorme satisfação com a intervenção e um forte interesse em continuar a ter aulas (Shanahan et al., 2015; Shanahan et al., 2017).

DISCUSSÃO

A revisão de literatura aqui descrita teve como objetivo investigar os efeitos que intervenções de danças tradicionais têm em sujeitos com DP, tendo por base literatura semelhante (i.e., focada noutros estilos de dança, como o tango) que apontava para uma possível melhoria dos sintomas da doença (particularmente físicos) e da qualidade de vida destes indivíduos, considerando o carácter social e as características desta prática física.

Como se verifica, a literatura existente sobre esta temática é ainda extremamente escassa, e cinge-se às danças tradicionais irlandesas (*set dancing*). Dois dos três estudos analisados obtiveram resultados satisfatórios e significativos (Shanahan et al., 2015; Volpe et al., 2013), com elevadas taxas de adesão (Shanahan et al., 2017), indicando que este é um estilo viável para pessoas com DP.

Estes resultados vão ao encontro de investigações que aplicaram intervenções noutras modalidades (e.g., tango; Duncan & Earhart, 2012; Hackney & Earhart, 2009; Hackney et al., 2007), algumas das quais promoveram melhorias mais significativas em certas dimensões (e.g., deficiência e incapacidade motora; Duncan & Earhart, 2012; Hackney et al., 2007). Isto é indicativo de que, independentemente do estilo, a dança em si promove melhorias ao nível motor. Porém, também não se exclui uma influência positiva neste *outcomes* motores do ambiente que se cria nas aulas

e das oportunidades de socialização no decorrer das mesmas, sejam danças em grupo, a pares ou a solo. Estas intervenções que proporcionaram melhorias mais significativas do que as aqui reportadas foram intervenções com durações superiores (e.g., 12 meses; Duncan & Earhart, 2012) e com aulas de uma hora, duas vezes por semana (e.g., Hackney & Earhart, 2009; Hackney et al., 2007). Neste sentido, é de notar que, dos estudos analisados, aquele que obteve resultados mais significativos foi o que proporcionou a intervenção mais longa (i.e., 6 meses; Volpe et al., 2013), pelo que talvez sejam necessárias intervenções mais longas, com aulas mais curtas e com mais do que uma repetição por semana para se obterem melhorias mais significativas e, eventualmente, mais duradouras.

Uma vez que todos os artigos elegidos para esta revisão integraram a prática de exercícios em casa, fica ainda por saber se os efeitos observados se devem às aulas de dança, à realização dos exercícios em casa ou à combinação dos dois factores. Para além disso, os artigos analisados apenas avaliaram melhorias nos sintomas físicos da DP e na qualidade de vida relacionada com a saúde, ficando ainda por explorar os efeitos das danças tradicionais noutras dimensões, de foro psicológico (e.g., humor).

Uma das limitações inerentes a este estudo prende-se com a definição de danças tradicionais, que podem ter várias designações (e.g., danças folclóricas) e englobar diversos estilos de dança – por exemplo, sendo o tango uma dança tradicional da Argentina, não constitui uma dança de grupo como se tentou aqui definir e explorar. Para além disso, se tivessem sido utilizados outros termos de pesquisa, talvez tivessem sido elegidos outros estudos.

Em suma, apesar das limitações da presente revisão, esta contribui para a sistematização das investigações feitas nesta área até à data, servindo como ponto de partida para futuras investigações que pretendam colmatar as lacunas aqui identificadas e alargar e aprofundar o conhecimento sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

- Bognar, S., DeFaria, A., O'Dwyer, C., Pankiw, E., Bogler, J., Teixeira, S., Nyhof-Young, J., & Evans, C. (2016). More than just dancing: Experiences of people with Parkinson's disease in a therapeutic dance program. *Disability and Rehabilitation*, 39(11), 1073-1078. doi: 10.1080/09638288.2016.1175037

- Duncan, R. P., & Earhart, G. M. (2012). Randomized controlled trial of community-based dancing to modify disease progression in Parkinson disease. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26(2), 132-143. doi: 10.1177/1545968311421614
- Earhart, G. M. (2009). Dance as therapy for individuals with Parkinson's disease. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45(2), 231-238.
- Ferreira, J., Rosa, M. M., & Coelho, M. H. (2013). Doenças do movimento. In J. Ferro & J. Pimentel (Eds.) *Neurologia fundamental: Princípios, diagnóstico e tratamento* (2ª ed., pp. 159-188). Lisboa: Lidel.
- Goetz, C. G., et al. (2004). Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr Staging Scale: Status and recommendations. *Movement Disorders*, 19(9), 1020-1028. doi: 10.1002/mds.20213
- Hackney, M. E., & Earhart, G. M. (2009). Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: A comparison of Argentine tango and American ballroom. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(6), 475-481. doi: 10.2340/16501977-0362
- Hackney, M. E., & Earhart, G. M. (2010). Effects of dance on gait and balance in Parkinson disease: A comparison of partnered and non-partnered dance movement. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 24(4), 384-392. doi: 10.1177/1545968309353329
- Hackney, M. E., Kantorovich, S., Levin, R., & Earhart, G. M. (2007). Effects of tango on functional mobility in Parkinson's disease: A preliminary study. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 31(4), 173-179. doi: 10.1097/NPT.0b013e31815ce78b
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69), 1-9.
- Lewis, C., Annett, L. E., Davenport, S., Hall, A. A., & Lovatt, P. (2016). Mood changes following social dance sessions in people with Parkinson's disease. *Journal of Health Psychology*, 21(4), 483-492. doi: 10.1177/1359105314529681
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Rajput, M. L., Rajput, A. H., & Rajput, A. (2008). Epidemiology. In S. A. Factor & W. J. Weiner (Eds.) *Parkinson's disease: Diagnosis and clinical management* (2nd ed., pp. 39-44). New York: Demos Medical Publishing.
- Shanahan, J., Morris, M., Bhriain, O., Volpe, D., Lynch, T., & Clifford, A. (2017). Dancing for Parkinson's: A randomized trial of Irish set dancing compared to

usual care. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. doi: 10.1016/j.apmr.2017.02.017

Shanahan, J., Morris, M., Bhriain, O., Volpe, D., Richardson, M., & Clifford, A. (2015). Is Irish set dancing feasible for people with Parkinson's disease in Ireland? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(1), 47-51. doi: 10.1016/j.ctcp.2014.12.002

Sharp, K., & Hewitt, J. (2014). Dance as an intervention for people with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 445-456. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.09.009

Volpe, D., Signorini, M., Marchetto, A., Lynch, T., & Morris, M. (2013). A comparison of Irish set dancing and exercises for people with Parkinson's disease: A phase II feasibility study. *BMC Geriatrics*, 13(54), 1-6. doi: 10.1186/1471-2318-13-54

Westheimer, O. (2008). Why dance for Parkinson's disease. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 24(2), 127-140. doi: 10.1097/01.TGR.0000318900.95313.af

EFETIVIDADE DA CLÍNICA GESTÁLTICA NO TRATAMENTO DO TRAUMA INFANTIL: ESTUDO DE CASO

Daniela Bianchi¹ (✉ danyupupo@hotmail.com) & Ida Kublikowski¹

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Muitos transtornos psicológicos, problemas físicos e dificuldades sociais estão relacionados com eventos traumáticos ocorridos na infância. Há diversas formas de violência vivenciadas por crianças e adolescentes, que além de naturalizar o comportamento violento, podem minar o sentido de autoestima e impedir o desenvolvimento (UNICEF, 2017). No Brasil, em alguns casos, a criança ou o adolescente pode ser retirado do convívio familiar e colocado numa casa de acolhimento. Em casos extremos a família é destituída do poder de família e a criança fica em abrigos à espera do processo de adoção. Olhar para este fenómeno buscando recursos terapêuticos continentais é de importância capital no cuidado de crianças e adolescentes. Nesse sentido, a Gestalt-terapia pode contribuir com a sua proposta que releva o cuidado relacional, onde os vínculos e o encontros humanos norteiam a relação terapeuta-cliente.

A clínica gestáltica tem por meta desenvolver um trabalho dialógico, que favorece o processo de autorregulação e ajustamento criativo para os pacientes. A revisão bibliográfica aponta poucos estudos sobre o tema, o que imprime relevância ao presente estudo de caso no âmbito da avaliação da efetividade terapêutica de intervenções psicológicas. Na visão de Fernandes (2016) a clínica gestáltica infantil busca o aprimoramento das funções de contato, a ampliação de *awareness*, a presentificação e a valorização da experiência. No caso do atendimento de crianças observamos tais processos no encontro terapêutico através do brincar, forma pela qual o terapeuta pode contribuir para que a criança reencontre o rumo de um desenvolvimento saudável.

Além desses pressupostos, a Gestalt-terapia lança mão do conceito de autorregulação orgânica que prevê uma sabedoria intrínseca do

organismo na busca de homeostase, processo esse que ocorre em diversos registros, ou seja, não apenas fisicamente, mas também psiquicamente e em relação ao ambiente onde a pessoa está inserida. É então proposta uma visão de homem não dissociada do ambiente onde está imerso. Para tanto, o indivíduo usará de seu sistema de ajustamentos criativos para facilitar a busca pela homeostase, por meio do processo de contato, que quando bem realizado, atende à necessidade e ao tornar-se repertório experiencial, permite que o organismo volte a seu equilíbrio, o que leva ao crescimento. Caso a pessoa não consiga satisfazer a necessidade dominante, a situação ficará inacabada, comprometendo novos ciclos de contato.

No caso da criança, há a necessidade do ambiente, representado pelos cuidadores principais, ofertar o suporte para que ela possa percorrer o ciclo de contato de forma satisfatória, o que significa dizer que a criança precisará do heterossuporte para atingir o autossuporte, em um caminho de dependência até o ganho de autonomia (Aguiar, 2015; Poppa, 2013; Poppa, 2016). A clínica gestáltica infantil buscará assim criar um espaço livre, continente, seguro e acolhedor onde a criança poderá estabelecer (ou restabelecer) a experiência do vínculo, e, portanto, da confiança primária, atualizando a processo de autorregulação orgânica e o desenvolvimento do seu potencial criativo através do aprimoramento dos ajustamentos.

Peres (2011, p. 1) concebe o trauma psicológico como “resultante de uma situação experimentada, testemunhada ou confrontada pelo indivíduo, na qual houve ameaça à vida ou à integridade física e/ou psicológica de si próprio ou de pessoas a ele ligadas”. A Gestalt-terapia compreende o trauma como percepções fixas, uma situação inacabada do passado (Perls, Hefferline & Goodman, 1997; Vidakovic, 2016). Essas situações inacabadas geram experiências sensoriais marcantes, enviesando as percepções em novos ciclos de contato. O trauma interfere no processo de autorregulação e, por consequência, no início do ciclo de contato, pois contamina as sensações e as percepções. Por seu turno, a fronteira de contato também sofre com as memórias traumáticas, pois torna-se rígida. O contato, afetado pela experiência traumática, fica sujeito a uma hipervigilância ambiental, com ajustamentos criativos disfuncionais já que voltados para o gesto de fuga, luta ou paralisia.

Na infância a experiência traumática pode ser oriunda de maus-tratos, abandono, negligência e violência de forma permanente, onde o ambiente se mostra pouco acolhedor, hostil, insuficiente, negligenciando os cuidados básicos para com a criança e imprimindo um sentimento de abandono,

precariedade e risco. Viola, Schiavon, Renner & Grassi-Oliveira (2011, p. 57) chamam esse tipo de experiência precoce de trauma complexo, “de ocorrências múltiplas, e, às vezes, de natureza invasiva e interpessoal (maus-tratos na infância, negligência infantil, violência doméstica, etc.)”, relacionado a múltiplas exposições ou a uma exposição continuada ao trauma interpessoal, com consequências consistentes e previsíveis, que afetam muitas áreas da vida. Netto (2016) irá destacar o chamado trauma de desenvolvimento, diretamente ligado ao que a autora chama de trauma de relacionamento. Para ela, “nenhum ser humano sobrevive sem um cuidador que assegure a incorporação das necessidades mínimas de sobrevivência (alimentação, contato, higiene, segurança, regulação emocional/fisiológica), durante todo o seu extenso período de dependência” (Netto, 2016, p. 130). Os autores citados são coerentes em constatar os efeitos nefastos dessas experiências precoces no desenvolvimento da pessoa. Netto (2016) pondera que não é o trauma em si o terrível para a vida, mas o “não ter chance de reparação das disfunções provocadas pelo trauma e de retorno a um estado basal de segurança e homeostasia” (p. 130). Nesse sentido, as defesas antes necessárias para dar conta dessas situações insuportáveis acabam se tornando padrões de comportamento, inviabilizando um desenvolvimento livre e saudável. A criança fica aprisionada em si mesma, embotando novas formas de interação com o outro e com o mundo.

O objetivo deste estudo foi verificar a efetividade da psicoterapia gestáltica no atendimento clínico infantil. Para atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo de caso qualitativo, que na visão de Patton (2002) permite documentar resultados individualizados por meio da abordagem de processos.

MÉTODO

Participantes

O participante tinha seis anos de idade e um histórico de trauma. A criança estava em processo de adoção por um casal homoafetivo. Os pais adotivos buscaram ajuda psicológica para seu filho RD devido a alguns comportamentos agressivos de RD, e às suas dificuldades nos relacionamentos interpessoais, sobretudo quando em ambiente novo e com pessoas

que a criança não tinha contato (ocasiões em que se isolava e brincava sozinho). Outros sintomas referidos pelos pais e escola foram: embotamento afetivo (manifestado por dificuldade em reconhecer e expressar as suas emoções), e dificuldades cognitivas (compreender novas tarefas, organizar as suas ações e articular com clareza as suas necessidades), descontrole dos impulsos agressivos (normalmente desproporcional ao evento).

A anamnese ficou muito prejudicada pois RD foi colocado em uma casa de acolhimento aos três anos de idade e os pais adotivos tinham poucas informações sobre seu histórico anterior. Relatam que RD possivelmente sofrera maus-tratos, abandono, negligência no cuidado e violência física. Ao que parece a mãe biológica era violenta e sofria de algum tipo de transtorno mental; já o pai era alcoolista. A família morava na rua, não dispondo de condições mínimas de higiene e segurança para atender às necessidades da criança. RD foi recolhido, quando tinha aproximadamente três anos de idade pelo Juizado de Menores em São Paulo/Brasil, em razão da precária condição em que se encontrava juntamente com um irmão menor. Foram colocados em uma casa de acolhimento até o fim do processo de destituição do poder de família. A criança estava há aproximadamente um ano com a família adotiva.

Procedimento

As intervenções foram realizadas com uso de diversos recursos lúdicos, especialmente a caixa de areia. A avaliação da efetividade do programa de intervenção foi realizada de forma qualitativa, entendendo-se aqui por efetividade o quanto uma determinada intervenção produz um resultado benéfico. A avaliação da efetividade partir da análise das imagens construídas pelo paciente na caixa de areia, que representaram momentos de mudança significativa durante o atendimento.

RESULTADOS

Na primeira sessão, realizada em 04/09/2010 (cf. Figura 1), RD mostrou-se disponível para entrar na sala com a terapeuta. No entanto, nenhum contato físico ou visual foi estabelecido. RD dirigiu-se

prontamente para o armário onde os brinquedos estavam e começou a brincar sozinho, enchendo a caixa de areia com as miniaturas. Nesse dia, ele propôs a montagem de uma fazenda.



Figura 1. Cenários dos Dias 04/09/2010 e 12/11/2010

No primeiro cenário há uma divisão em três compartimentos. Segundo RD, havia o espaço do bem (fazenda), um espaço do mal e uma casa onde estão as tartarugas e um homem. O tema da brincadeira gira em torno da nutrição, do matar e do morrer e da presença da luta do bem contra o mal. Essa temática – nutrição, morte e luta do bem com o mal – perpetua-se durante muito tempo nas brincadeiras. Aos poucos RD inclui a terapeuta nas brincadeiras, fazendo mais contato visual e verbal. A possibilidade dele poder expressar através da brincadeira o sofrimento físico e psíquico, juntamente com o facto de poder ressignificar a privação, dando lugar a uma experiência de nutrição, pôde levar RD a um resgate do relaxamento, minimizando a hipervigilância. Através da possibilidade de estabelecer vínculos saudáveis com pessoas cuidadosas, afetivas e atentas à sua necessidade (pais, terapeuta, professoras) a criança começa a viver a experiência de confiança.

Na oitava sessão, 12/11/2010 (cf. Figura 1), percebemos uma diminuição da quantidade de brinquedos disponibilizados na caixa. O tema de nutrição ainda é presente. Os animais são alimentados inúmeras vezes.

Após um ano de terapia (cf. Figura 2), é possível notar a diminuição dos brinquedos colocados na caixa. Os animais agressivos começam a ceder lugar a outros animais (e.g., cavalos, cães e figuras humanas) não violentos. Os temas do cuidado e da formação de família e casa surgem em lugar das guerras e lutas de poder.



Figura 2. Cenários dos Dias 24/09/2011 e 22/10/2011

O cenário do dia 10/04/2012 (cf. Figura 3) representa um momento significativo no processo pessoal de RD. Na semana anterior, sem que ele soubesse, o processo de adoção havia encerrado. E neste dia, ele constrói uma cidade com diversas pontes levando para uma casa. Podemos compreender que, apesar dele não ter sido comunicado verbalmente, havia essa informação no sistema familiar, o que o fez perceber a segurança desse novo lar e de sua pertença a esta nova família.



Figura 3. Cenários dos Dias 10/04/2012 e 12/06/2012

Tanto no cenário anterior como do dia 12/06/2012 (cf. Figura 3), percebemos um processo de centralização e integração. Há harmonia entre os elementos, os brinquedos interagem entre si em um todo organizado e coerente.

O processo encerrou com uma melhora na qualidade da regulação do afeto da criança. RD já consegue expressar de maneira funcional suas emoções, percebendo e comunicando suas necessidades. Os pais informam que RD já se relaciona melhor com as demais crianças, conseguindo fazer e manter novas amizades. Os momentos agressivos diminuíram, com a possibilidade da criança desenvolver outros recursos mais funcionais para lidar com o medo e a ansiedade. Percebeu-se uma maior confiança no

ambiente e uma diminuição no estado de hipervigilância e controle ambiental.

DISCUSSÃO

A avaliação qualitativa dos resultados evidenciou a efetividade do tratamento, pois a criança, ao longo do processo, apresentou melhoria na regulação do afeto, na interação social e com os familiares e na capacidade de comunicação. Pode-se perceber que a clínica gestáltica dispõe de instrumentos para manejo clínico em vítimas de trauma infantil uma vez que trabalha com a restauração do processo autorregulador do organismo, busca a qualidade relacional permitindo o cuidado com as questões de apego e vínculo e facilita o aprimoramento da função criativa.

Cabe no entanto ressaltar os limites do estudo em função da complexa teia de fatores que se entrelaçam e podem ter contribuído para tais mudanças, como por exemplo o próprio processo de desenvolvimento e a mudança radical de ambiente familiar no qual RD passou a viver, o que remete à necessidade de ampliar o escopo do estudo para abranger a intervenção terapêutica considerando outras variáveis contextuais.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, L. (2015). *Gestalt-terapia com crianças. Teoria e prática*. São Paulo: Summus Editorial.
- Fernandes, M. B.(2016). Psicoterapia com crianças. In L.M. Frazão & K. O. Fukumitsu (Orgs.), *Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia* (pp. 56-82). São Paulo: Summus Editorial.
- Netto, L. (2016). Trauma e renegociação na perspectiva do desenvolvimento. In C. P. Rossi, L. Netto, L. Pinto, & Z. Fajardini (Orgs.), *Diálogos estendidos com a experiência somática* (pp. 61-71). São Paulo: Scortecci.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* (3rd ed). Thousand Oaks: Sage.
- Peres, J. (2011). *Trauma e superação*. São Paulo: Editora Roça.

- Perls, F. Hefferline, R. & Goodman, P. (1997). *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus editora.
- Poppa, C. C. (2013). *O processo de crescimento em Gestalt-terapia: Um diálogo com a teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (Dissertação de mestrado). PUC-São Paulo, 2013.
- Poppa, C. C. (2016). *O suporte para o contato: Uma proposta de ampliação para a clínica gestáltica de criança*. Tese de doutoramento. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- UNICEF. (2017). *A familiar face: Violence in the lives of children and adolescents*. Retirado de www.unicef.org/publications/index_101397.html
- Vidakovic, I. (2016). *The power of 'moving on' – A Gestalt Therapy Approach to trauma treatment*. Retirado de www.nvagt-gestalt.org/afbeeldingen/Vidakovic_Trauma_final.pdf
- Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M. & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista Psiquiatrica do Rio Grande do Sul*, 33, 55-62. Retirado de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000100010

CONSTRUÇÃO DA ESCALA DE CRENÇAS SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE

Daniela Costa¹ (✉ cdaniela94costa@gmail.com), Maria Helena Arruda¹, & Isabel Leal²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ² ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

Nos últimos anos assistiu-se ao desenvolvimento de um novo paradigma da saúde, que procura integrar o mecanicismo, considerado a base filosófica da medicina convencional, e o vitalismo ou impulso vital, defendido pelas medicinas alternativas e complementares [MAC (Maia & Maia, 2016)]. Estas são, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) um conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição de um determinado país e, por isso, não estão integrados no sistema de saúde dominante. Estas práticas podem ser utilizadas com eficácia em concomitância com a medicina convencional (Stoneman, Sturgis & Allum, 2013), a qual é se define como aquela praticada por uma pessoa com formação em medicina ou disciplinas afins [e.g., Osteopatia, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia (National Center for Complementary and Integrative Health – NCCIH, 2016)].

A conquista por parte da medicina convencional foi longa e muito difícil, e o mérito que hoje lhe é reconhecido foi conquistado ao longo de anos, apresentando sempre resultados aliados à ciência (Ribeiro, 2010). O sistema de saúde atual tem as suas raízes na filosofia mecanicista, e como tal a doença e seus sintomas e sinais são vistos de uma forma geral, como o resultado de uma perturbação no normal funcionamento do organismo e atividade das reações físicas e químicas (Maia & Maia, 2016). Estudos anteriores demonstram que muitas das características associadas ao uso de cuidados de saúde convencionais são também associadas ao uso de MAC, o que realça a utilidade de uma abordagem conceitual unificada e integrativa,

ou seja, uma abordagem que procura compreender uma multiplicidade de comportamentos (Upchurch & Rainisch, 2015).

Assim, assistimos, nos últimos anos, a um aumento da aceitação e utilização das MAC tem contribuído para a existência de uma abordagem integrativa, combinando o modelo biomédico e as práticas MAC. Apesar disso, doentes e/ou profissionais de saúde com uma visão mais estreita e restritiva da prática médica e da avaliação dos tratamentos continuam a opor-se a estas abordagens complementares (Stoneman, Sturgis, & Allum, 2013).

Impõe-se, pois, perguntar o que determina o recurso ou rejeição das MAC. As crenças de saúde e aquelas relativas à medicina parecem emergir como uma variáveis fundamentais para explicar e predizer o recurso/ /rejeição destas práticas. Crenças são ideias, conceitos, convicções e atitudes adotadas pelos indivíduos, que estão associadas à saúde ou à doença, e à forma como diferentes fatores influenciam a sua saúde e qualidade de vida (Badaró et al., 2014). A par de outros fatores relevantes para a compreensão do processo saúde-doença (e.g., personalidade do indivíduo, suporte social), as crenças de saúde destacam-se como fatores que contribuem para a modulação e predição do comportamento (Ramos, 2003; Ogden, 2004). Também o Modelo de Crenças de Saúde atribui um papel central às crenças e atitudes, tendo servido de mote a um corpo de investigação relevante na área da saúde (Martins et al., 2015).

Com base na literatura existente é possível identificar quatro crenças associadas ao uso de MAC (Bishop, Yardley, & Lewith, 2005): (a) crenças na saúde holística (a saúde e a doença envolvem toda a pessoa); (b) crença nos tratamentos holísticos (crença na capacidade ou mecanismos do próprio corpo de cura de si mesmo); (c) crença nos tratamentos naturais (considerados mais seguros e mais eficazes do que os medicamentos, valorizando os tratamentos sem efeitos colaterais); e (d) crença na participação ativa no tratamento (comporta o envolvimento do utente na tomada de decisão e exercício de algum controlo deste sobre a sua saúde).

Atendendo a: (a) crescente importância atribuída às práticas de medicina mais integrativas e holísticas, (b) crescente papel de complementariedade das MAC – cuja adesão tem vindo a ganhar importância nos últimos anos, como já referimos, – e (c) ao hipotético papel das crenças na determinação do grau de aceitação e adesão às MAC, releva desenvolver instrumentos de avaliação de crenças de saúde face à multiplicidade de

práticas médicas existentes. O presente estudo tem como objetivo dar resposta a esta lacuna da literatura. Este estudo visou: (a) construir um instrumento de avaliação das crenças sobre práticas de saúde (Escala de Crenças sobre Práticas de Saúde), e (b) fazer um estudo exploratório das propriedades psicométricas deste instrumento numa amostra de utilizadores de MAC e de utilizadores exclusivos da medicina convencional.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo contou com a participação de 369 indivíduos da população geral, homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos, residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo. Recorreu-se a um procedimento de amostragem não probabilístico por efeito de bola de neve. A maioria dos participantes eram do sexo feminino (75,1%), solteiros (58,8%), detentores de licenciatura (50,8%) e encontrava-se, à data do estudo, empregado (60,7%). A cerca de 85,6% dos participantes apresentavam um regime alimentar omnívoro e 64,2% já havia recorrido, pelo menos uma vez, a uma prática de MAC.

Material

Questionário sociodemográfico. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e relativo à utilização das MAC constituído por 11 itens (e.g., idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, regime alimentar, tipo e frequência de utilização das MAC, motivos para a utilização das MAC).

Escala de Crenças sobre Práticas de Saúde (ECPS). Trata-se de um questionário de autopreenchimento com 68 itens de tipo likert (e.g., “Evito recorrer ao uso de medicamentos”, “Penso que a medicina convencional é boa em casos de urgência médica”), cuja opção de resposta varia entre 1 (“discordo totalmente”) e 5 (“concordo totalmente”). Os itens (cf. Quadro 1) foram construídos a partir da análise a entrevistas realizadas com naturopatas

e da análise de instrumentos já existentes encontrados na literatura acerca das crenças sobre práticas de saúde.

Quadro 1

Itens da Escala de Crenças sobre Práticas de Saúde (ECPS)

8. Considero as MAC uma prática segura.
 24. Penso que as MAC fornecem um atendimento ao doente mais personalizado do que a medicina convencional.
 26. Penso que os produtos naturais podem fazer mal.
 28. Penso que as MAC podem ser perigosas caso a pessoa não receba o tratamento adequado.
 31. Acredito que as MAC funcionem.
 38. Os métodos naturais fornecem o que o meu corpo precisa para estar equilibrado.
 41. Acredito que através das MAC a minha saúde pode melhorar.
 42. Penso que posso encontrar soluções nas MAC que não encontro na medicina convencional.
 45. As MAC ajudam a prevenir doenças de saúde mais graves.
 46. Penso que as MAC têm recursos suficientes para me ajudar em caso de doença.
 48. Considero as MAC uma boa prática.
 49. Penso que as MAC preservam o bom funcionamento do meu organismo.
 59. Tenho receio que os tratamentos das MAC possam interferir com algum medicamento.
 60. Penso que as MAC melhoram a qualidade de vida.
 61. Considero que as MAC evitam a dependência aos medicamentos.
 62. Penso que as MAC podem substituir a toma de certos medicamentos.
 63. Através das MAC o meu corpo funciona de forma mais natural.
 65. Penso que as MAC preocupam-se com a causa da doença e não apenas com os sintomas.
 67. As MAC podem beneficiar a minha saúde a longo prazo.
-

Procedimento

Foram contactados vários profissionais de saúde de naturopatia, já que se trata de uma das MAC mais utilizadas pelos portugueses (Carvalho, Lopes, & Gouveia, 2012). Primeiramente, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a cinco destes profissionais, com uma duração de aproximadamente 60 minutos, de forma a recolher informação adicional sobre as MAC. As entrevistas foram analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009), e através das subcategorias obtidas foram desenvolvidos os itens do instrumento. A versão preliminar da escala composta por 68 itens foi, então, submetida a pré-teste ($n=4$) para avaliação da sua compreensibilidade e validade de conteúdo.

As instituições parceiras [Instituto de Medicina Tradicional (IMT) e o Instituto Português de Naturologia (IPN)] foram contactadas, e emitiram autorização para a realização deste estudo, disponibilizando via e-mail o protocolo de investigação aos alunos do IMT e do IPN. A restante recolha da amostra foi feita através da divulgação do estudo nas redes sociais (e.g.,

facebook), onde os participantes preencheram os questionários disponibilizados *online* para o efeito.

Análise estatística. Primeiramente foram calculadas as estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas e itens do questionário, para caracterização da amostra e avaliação da sensibilidade dos itens. A sensibilidade dos itens foi avaliada através da observação dos valores de assimetria (Sk) e curtose (Ku) das respetivas distribuições, com $Sk < 3$ e $Ku < 10$, a indicar ausência de desvio severo à distribuição normal e sensibilidade adequada (Kline, 2005). Foram calculados os mínimos e máximos para avaliar a amplitude de resposta, e a mediana das distribuições dos itens, para avaliar a existência de valores de mediana nos extremos (quando mais do que 50% das respostas são 1 ou 5). A estrutura fatorial do questionário foi avaliada através de uma análise fatorial exploratória. O fatores comuns retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a um, em consonância com o *scree plot* e uma percentagem de variância explicada superior a 50% (Maroco, 2010). Os itens com peso fatorial inferior a 0,50 não foram retidos. A adequação de amostragem foi avaliada por recurso ao Kaiser-Meyer-Olkin, com um $KMO > 0,70$ a indicar adequação média. A fiabilidade da medida foi avaliada através da consistência interna, com um coeficiente alfa de *Cronbach* superior a 0,60 ou 0,70 a ser considerado aceitável ou bom (Kline, 2000). Um coeficiente alfa de *Cronbach* superior a 0,50 foi considerado no limiar do aceitável (Tavakol & Dennick, 2011). As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao software IBM SPSS Statistics (v. 22).

RESULTADOS

Sensibilidade dos Itens

Os valores de assimetria e de curtose das distribuições dos itens individuais variaram entre 0,157 e 1,04 e entre 0,038 e 0,749, respetivamente. Para todos os itens, toda a escala de medida foi utilizada ($min=1$ e $max=5$), com a mediana de todos os itens a ser igual a quatro, exceto para os itens 26 ($Me=2$) e itens 28, 45, 46 e 59 ($Me=3$).

Análise Fatorial Exploratória

A versão final da Escala de Crenças sobre Práticas de Saúde foi composta por 19 itens ($\lambda > 0,50$) distribuídos por dois fatores: Dimensão Holística (16 itens), que reflete os valores das MAC (e.g., “Considero as MAC uma prática segura” e “Acredito que as MAC funcionem”) e Dimensão Alopática (3 itens), que reflete os valores da medicina convencional (“Penso que os produtos naturais podem fazer mal”).

Fiabilidade

A Dimensão Alopática (0,59) apresenta um valor de consistência interna pobre face à dimensão Holística (0,96). Destaca-se que o alfa de Cronbach não aumenta significativamente mesmo que seja retirado algum item das dimensões, e observou-se consistentemente bons valores globais de fiabilidade (0,92).

Caracterização da Amostra Quanto ao Uso de MAC

No presente estudo, a maioria dos participantes utilizadores de MAC foram mulheres com o ensino superior completo (76%). De entre as diferentes práticas MAC a mais frequentemente utilizada foi a acupunctura (58%). A escolha das MAC, por parte dos participantes no presente estudo, prendeu-se sobretudo à opção “Evitamento dos fármacos e dos seus efeitos secundários” (63%), mas também à opção “Ser congruente com os seus valores pessoais e aquilo que defende” (37%). Os participantes da presente investigação consideraram-se maioritariamente (49%) utilizadores ocasionais das MAC.

DISCUSSÃO

Este estudo visou construir e fazer um estudo preliminar das propriedades psicométricas de uma escala de crenças sobre práticas de saúde. A medida desenvolvida demonstrou ter adequada sensibilidade e aceitável a boa fiabilidade.

Em linha com a literatura anterior que identificou como crenças associadas ao uso de MAC as crenças na saúde holística e nos tratamentos holísticos (Bishop, Yardley, & Lewith, 2005), a análise fatorial exploratória suportou a solução de dois fatores (dimensão holística e dimensão alopática), tendo retido apenas 19 itens dos 68 da versão preliminar. No decorrer das várias análises fatoriais exploratórias observou-se sempre uma forte tendência para que os itens saturassem com um maior peso fatorial somente num fator, apresentando uma distribuição pelos restantes fatores bastante pobre. Numa fase final foi possível afirmar que ocorreu uma subestimação de fatores, ou seja, reteve-se um número de fatores menor que o adequado, o que se traduz numa perda significativa de informação (Franklin, Gibson, Robertson, Pohlmann, & Fralish, 1995). A análise fatorial exploratória final foi forçada a dois fatores de forma a garantir que a escala não avaliaria somente uma Dimensão Holística, e incluiria também uma Dimensão Alopática.

Em consonância com a literatura anterior (Carvalho, Lopes, & Gouveia, 2011), as mulheres, os indivíduos entre os 30 e os 69 anos e as pessoas com nível educacional superior, foram os maiores utilizadores de MAC. Os resultados deste estudo relativamente à caracterização dos utilizadores de MAC replicam, genericamente, os resultados patentes na literatura (Carvalho et al., 2011; Upchurch & Rainisch, 2015)

Com a realização do presente estudo, foram identificadas fortes limitações. Relativamente à construção dos itens da escala, que se demonstraram durante a análise de dados pouco discriminantes, com uma tendência de conteúdo de cariz Holístico. Após a análise fatorial exploratória somente 3 itens foram englobados na Dimensão Alopática. Outra limitação encontrada foi o facto de não terem sido avaliadas as questões culturais dos participantes, sabendo-se que existe uma forte relação cultural com as MAC. Não foi incluído no questionário sociodemográfico se os participantes tinham algum tipo de doença crónica, e seria relevante fazê-lo, uma vez que vários estudos apontam para a existência de uma relação direta entre as MAC e as doenças crónicas. Por fim, identifica-se limitações da amostra, nomeadamente o acesso à escala ter sido feito via online, o que pode traduzir-se numa amostra com participantes mais jovens e com maiores níveis de escolaridade, uma vez que a maioria dos participantes são licenciados e utilizadores de MAC. As limitações encontradas com a realização deste trabalho justificam uma investigação mais profunda.

REFERÊNCIAS

- Badaró, A. C., Dittz, C. P., Feres, Â. C., Vieira, H. I. S., & Lourenço, L. M. (2014). Crenças em Saúde: Levantamento Bibliométrico. Retirado de http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0356
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. (2005). Developing a measure of treatment beliefs: the complementary and alternative medicine beliefs inventory. *Complementary therapies in medicine, 13*(2), 144-149. doi: 10.1016/j.ctim.2005.01.005
- Carvalho, C. M. C. F. D., Lopes, S. D. D. C., & Gouveia, M. J. P. M. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health, 1*, 81-94. doi: 10.5964/pch.v1i1.10
- Coleta, M. F. D. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: Construção e validação. *Avaliação psicológica, 2*(2), 111-122.
- Franklin, S. B., Gibson, D. J., Robertson, P. A., Pohlmann, J. T. & Fralish, J. S. (1995). Parallel Analysis: A method for determining significant principal components. *Journal of Vegetation Science, 6*(1), 99-106. doi: 10.2307/3236261
- Guimarães, T. M. D. D. C. (2003). Crenças de Saúde sobre a doença coronária em profissionais das tecnologias de Saúde. Retirado de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1280/1/DM%20GUIM1.pdf>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Maia, C., & Maia, D. (2016). *Cadernos de naturopatia*. Loures: Lusodidacta.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia, 4*, 65-90. Retirado de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>
- Martins, R. J., Moimaz, S., Sundefeld, M., Garbin, A., Gonçalves, P., & Garbin, C. (2015). Adesão às precauções padrão sob o prisma do Modelo de Crenças em Saúde: A prática de reencapar agulhas. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(1), 193-198. doi: 10.1590/1413-81232014201.19822013

- National Center for Complementary and Integrative Health – NCCIH (2016). Retirado de <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2.ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Organização Mundial de Saúde (2000). Traditional, complementary and integrative medicine. Retirado de <http://who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>
- Ramos, R. T.(2003). Processos cognitivos básicos relevantes para a psicologia da Saúde. In V. B. Oliveira & K. Yamamoto, (Orgs.), *Psicologia da Saúde: Temas de reflexão e prática* (pp. 89-102). São Paulo: UESP.
- Ribeiro, R. (2010). A escolha entre terapias não convencionais e medicina convencional: Uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/15375>
- Stoneman, P., Sturgis, P., & Allum, N. (2013). Understanding support for complementary and alternative medicine in general populations: Use and perceived efficacy. *Health, 17*, 512-529. doi: 10.1177/1363459312465973
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education, 2*, 53. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Upchurch, D. M., & Rainisch, B. W. (2015). The importance of wellness among users of complementary and alternative medicine: Findings from the 2007 National Health Interview Survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 15*(1), 362. doi: 10.1186/s12906-015-0886-y

CORPO E CUIDADO: COMPREENDENDO O HUMANO PREENCHIDO DE EXPECTATIVAS CRÓNICAS

Danielle de Gois Santos Caldeira^{1/2} (✉ danielledegoissantos@gmail.com), Elza Dutra¹, & Irene Borges Duarte²

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil; ²Universidade de Évora, Portugal

A Psicologia da Saúde é um campo composto por diferentes áreas de saberes, intervenções e interesses. Temas como educação e saúde convergem nesta especialidade da Psicologia, vinculando a esta, complexidade na prática profissional e no conceito de saúde. A proposta deste artigo é dialogar Psicologia da Saúde e a fundamentação na Fenomenologia contribuindo para ressaltar uma conceituação de saúde que reúna os modos de viver, sofrer, adoecer e morrer do ser humano enfatizando aspetos biológicos e não biológicos (Almeida Filho, 2000). Além disso, é relevante referir que o entendimento de saúde que contamos usualmente é influenciado por pressupostos representacionais os quais reproduzem características de um pensamento moderno como o que foi discutido por Latour (1994) perpetuando (valorizando) realidades previamente definidas pela conveniência das lideranças políticas, sociais e económicas. O caminho eleito para que o diálogo aconteça percorre compreensões sobre corpo, cuidado e humano ampliando as referências científico-naturais que estruturam hegemonicamente as formações dos profissionais.

O trabalho foi construído apoiado em pesquisa bibliográfica quanto às formas como na Psicologia da Saúde corpo e cuidado usualmente são referidos e tomando por base a experiência de análise hermenêutica de casos clínicos acompanhados pela pesquisadora autora principal. Assim, os conteúdos apresentados debatem a importância atribuída ao corpo e aos fazeres científicos na avaliação de patologias restringindo carácter orgânico para o corpo e técnico para o cuidado. As compreensões psicológicas propostas não sobrepõem o saber científico ao saber humano sobre si e o mundo que habitamos.

O surgimento da Psicologia da Saúde deu-se em torno da década de 70 do século XX, período onde convergiram alterações sociais, económicas, políticas e culturais. O surgimento desta especialidade fez a Psicologia ramificar em várias direcções, destaque a dois caminhos: saúde referida a diferentes formas de doenças mentais e saúde acompanhando limitações nos modos de viver na convivência com patologias físicas.

A Psicologia da Saúde conforme se foi desenvolvendo nos Estados Unidos contradizia-se com a Psicologia Clínica que era reconhecida pelo seu empenho nas questões relacionadas à saúde mental e as doenças mentais. A seguir a década de 70 surgiram especialidades nesta modalidade de trabalho psicológico incluindo disseminação das especialidades através de periódicos científicos em jornais. Além do distanciamento quanto às doenças mentais, destacou-se nesta especialidade um deslocamento dos pólos de actuação que passaram a adoptar a saúde como pólo de trabalho e não a doença.

Na década de 80, a Psicologia da Saúde obteve um maior interesse dos psicólogos e da população pela área. Os autores Belar, Deardorff e Kelly (1987) relacionaram o aumento de interesse na especialidade com o cruzamento de fatores como o insucesso do modelo biomédico no que diz respeito a explicação para doença e saúde, aumento do interesse pela qualidade de vida associada à prevenção das doenças, atenção dos profissionais para as doenças crónicas, avanços quanto às investigações voltadas para as ciências comportamentais, crescente interesse para os cuidados de saúde, entre outros.

Paralelamente ao aperfeiçoamento do trabalho ao qual se dedicou a Psicologia da Saúde cresceram expectativas quanto ao humano em sua longevidade, produção, etc.; as pesquisas na Psicologia da Saúde e as demandas para a clínica psicológica têm-se confrontado com uma humanidade que precisa ser compreendida. Este exercício não se resume a uma tarefa elaborativa cognitiva, pois nos expõe ao nosso modo de experimentar, a nós e ao mundo que habitamos, nesta direcção a presente investigação reflecte noções de corpo e cuidado a partir de inspiração na fenomenologia respeitando e nos aproximando do humano que somos.

A predominância de estudos que valorizam e reforçam ideias pré-concebidas sobre a exibição de corpo, vida e consumos de maneira idealizadas coloca-nos distantes de experiências próprias e aproximadas do cotidiano. A forma usual e sistemática como os profissionais lidam com

a saúde não justifica reprodução de ideologias que nos afastam de compreensões quanto aos modos como adoecemos e vivemos. Não é satisfatória a criação de novos discursos e técnicas como discutiu Ayres (2004) visando a promoção de saúde, redução de vulnerabilidades, entre outras denominações quando estas não são problematizadas, refletidas e contextualizadas. Transformações radicais no modo de saber e cuidar do saber em saúde (Merhy, 2002) atingem não a defesa de novas definições, mas mudanças de pensamento e acção.

Não é definindo antecipadamente e sem apoio na dimensão clínica que atingiríamos as mais seguras interpretações e maneiras de compor atenção e zelo no cuidado. Manso (2015) recordou-nos que o cuidado é um processo contínuo e em mutação. O cuidado não nos permite generalizações ou restrição a uma área de conhecimento. O cuidado nos proporciona intervir, é possibilidade de mobilização para além de idealizações. Cuidar sintoniza-nos por sensibilidades práticas inseparáveis nas dinâmicas conhecer e agir, intuir e pesquisar de quem anseia por harmonia e equilíbrio como constantes semelhantes à almejada felicidade dos filósofos antigos.

DISCUSSÃO

O cuidar nos agencia com nosso corpo e o corpo dos outros, pois expressa o modo como somos afectados pelas experiências atemporalmente. Corpo vai além da superfície de contacto, nele são reunidas as composições dos movimentos de diferentes realidades, circunscreve o que acreditamos ser nós, o nosso íntimo e o mundo, além disso incide sobre a nossa leitura do que é o público, uma espécie de exteriorizar paralelamente íntimo e estrangeiro. Corpo se define conectando-nos de maneira que quanto mais conexões, mais porções de mundo são inauguradas e inúmeras diferenciações se abrem à experiência (Latour, 2004).

Crescem mundialmente estudos de natureza científica psicológica a respeito das três noções investigadas neste estudo, são elas: cuidado, corpo e humano. Conforme referido, este trabalho investigou e reflectiu correlações entre cuidado e corpo auxiliando-nos na compreensão de nossa

humanidade de maneira a romper com conceitos sobre saúde que antecipam uma rigidez não plausível à dinâmica humana entre corpo e cuidado.

Nesta direcção são ressaltadas contextualizações caracterizadas pela adequação as demandas económicas, políticas e sociais. O exemplo que compartilho refere-se ao crescente número de cirurgias plásticas denominadas correctivas visando uma melhor adaptação e aprimoramento do corpo biológico e da sensação de bem-estar e inserção em grupos por parte dos solicitantes. Não são raras nem mesmo camufladas as publicidades sobre venda de procedimentos cirúrgicos que são referidos como tratamentos de aperfeiçoamento da imagem. Juntamente com os inúmeros tratamentos encontram-se consultorias sobre hábitos, publicidade para adquirir padrões físicos e tipologias de postura. Resumindo: corpo, cuidado e humano nesta lógica comercial são restritos a características identificadoras e uniformizadoras, tornando-nos objectos de consumo e consumíveis, distante de uma singularidade (do nosso modo de estar no mundo) e da racionalidade (enquanto elaboração cognitiva da condição experimentada) que nos diferenciaria dos outros animais.

No intuito de problematizar este panorama a inspiração advém da influência da Fenomenologia e da Hermenêutica para o desenvolvimento da investigação, a partir de diálogos com filósofos que se interessaram por conteúdos experienciais e que apareçam na primeira pessoa, ilustrando componentes de uma reconhecida tradição filosófica fenomenológica. Na relação entre os saberes psicológico e filosófico, Fenomenologia e Existencialismo aparecem referências obrigatórias como: Brentano, Husserl, Jaspers, Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty. Estes filósofos estreitaram laços em meados do século XX repercutindo nos campos da psicopatologia, da psicoterapia e da pesquisa qualitativa na actualidade.

A proposta de investigação das três noções se desenvolveu como proposição clínica psicológica inspirada na Psicoterapia Existencial a partir da influência da Filosofia Existencial de Martin Heidegger. Desta forma, corpo é compreendido seguindo as orientações do filósofo ao longo dos 10 anos de seminários que aconteceram em Zollikon (Suíça) reunindo profissionais interessados nos assuntos da existência confiantes que esta dimensão era negligenciada no campo científico natural.

No transcórre dos seminários, que posteriormente compuseram o livro *Seminários de Zollikon* deu-se no seminário de 6 e 8 de julho de

1965, a leitura da noção corpo como uma corporeidade dimensão desconhecida dos interessados e instigadora de outras leituras que não obedeciam aos critérios de análise até então conhecidas. Assim, a restrição ao corpo como biológico foi alargada para a confluência entre biologia e os modos de pensar, sentir e existir.

Este corporar é o tornar presente múltiplas dimensões que propomos aproximar da Psicologia da Saúde possibilitando outras formas de atenção e preparação dos profissionais, além de sensibilização do humano que nos compõe para o “conteúdo corpo”. Acaso o fenómeno do corpo não seja posicionado para discussão, ele corre o risco de não se tornar presente para além do biológico. O tornar presente é uma manifestação para fora, na qual perguntamos sobre as relações que o corpo, assim como outros fenómenos estabelecem.

A maneira como usualmente as ciências conhecem o corpo tornam corpo e seus interessados susceptíveis à cegueira das naturalizações. Segundo Heidegger (1987/2009) “a ciência se torna cega para aquilo que ela deve pressupor, cega para aquilo que ela gostaria de explicar à sua maneira, em sua génese” (p. 110). Esta cegueira não é particular as ciências, contempla-nos não-cientificamente fazendo com que nos habituemos às suposições negligenciando o impulso ao questionamento e pousando no refúgio das certezas descartáveis.

A partir do problema do corpo [*Leibproblem*] a proposição não reside em solucionar a questão entre biológico e psicológico, muito menos solucionar impasses em que se localizam tratamentos convencionais como se fossem de foro psicossomático. Primeiro, é preciso reconhecer a problemática do corpo, assim Heidegger (1987/2009) propôs uma crítica ao corpo, entendendo crítica como um “deixar ver o diferente como tal em sua diferença” (p. 111). O diferente precisa necessariamente ser comparado e esta é uma tarefa árdua, a mesma tarefa que ele propõe a psicossomática. A crítica à psicossomática, ou seja, sua diferenciação, assim como a do corpo apoiam-se em encontrarmos meios de tratar do ser do homem, isto quer dizer, considerar vivamente sua existência, nas palavras do autor, “falamos de doenças psicossomáticas quando perturbações dos sentidos condicionam sintomas patológicos” (p. 112), ainda chamando-as doenças emocionais. Não é à toa que os interessados em remodelações físicas se empenham em modificações eventualmente satisfatórias e definitivas. Chamamos a atenção que o alvo das modificações não é somente

pele, volume ou na forma, possivelmente existam relações com vazios de sentir, excessos de opiniões, temor de não aceitação, etc.

O corpo matéria [*Korper*] não é distinto em todas as relações possíveis de serem descritas incluindo aquelas que temos dificuldade de denominar. Manter o diálogo na pergunta pelo ser é um modo de saber perguntar de maneira não natural sobre os caminhos a seguir na medida em que é aberta a possibilidade de reconhecimento quanto aos modos que nos privamos e nos lançamos no nosso cotidiano. A corporeidade é maneira de nos ordenarmos, situarmo-nos no mundo seguindo uma espécie de abrigo que nos mantém dentro e fora.

Na corporeidade que é admitida relacionando-se com o existir não há meios de mensurar ou provar, apenas tornar presente nossas compreensões de nós e de mundo. Com exceção da morte, o corpo não é terminado, delimitado pela forma, contexto ou espaço, ele não termina, pode sim estar passível de distanciação, nos distanciamos do que somos e isto expõe um mistério de privação que merece atenção. O corporar do corpo, como se fosse uma acção do corpo, sua participação no estar-aqui do homem é manutenção que expande os limites do corpo material (a qual resumiríamos como no limite da pele). A diferença, ou melhor o limite, do corpo não é medido quantitativamente, “o corporar do corpo [*Leiben des Leibes*] determina-se a partir do modo do meu ser” (Heidegger, 1987/2009, p. 123). O que me possibilita inferir que as modificações realizadas não se restringem a matéria, mas estendem-se em diferentes âmbitos, que não querem dizer apenas respeito quanto a algo interior, mas a contínua compreensão de como habitamos o mundo.

Ao expor o corpo de maneira não convencional publicita-se modos de geri-lo, modo de cuidá-lo. O cuidado que apoia e mobiliza a corporeidade foi admitido como existencial humano, conforme Heidegger (1927/2012) em sua obra fundamental *Ser e tempo*. Cuidando na medida em que se cultiva a temática da existência proporciona ao humano movermo-nos da posição de executores de acções previamente coordenadas para situar-nos como *ser-com*. Na condição de *ser-com* partilhamos o empenho, as limitações, mas também o zelo que pode ser tranquilizador e abertura de novos caminhos apoiados na reciprocidade de cuidar e de sermos cuidados.

Visto que os caminhos na vivência de nossas experiências se sucedem de forma singular, o modo encontrado para orientar na clínica psicológica baseia-se nos princípios da Fenomenologia Hermenêutica. Nesta, a clínica

se empenha num trabalho onde os critérios utilizados não priorizam determinismos causais como sentenças explicativas para o humano. Assim, o humano não é restritivo ao cumprimento de expectativas ou ajustamento de comportamento a padrões que priorizam acentuatadamente as patologias em detrimento dos sentidos que advêm de nossas relações.

No cuidado manifestam-se os modos de ser dos envolvidos que podem se perceber ou não na sua condição de projecto em contínuo movimento, isto é, enfrentando dilemas para as tomadas de decisão, nesta dinâmica de cuidar são abolidas as hierarquias incentivando o mais harmónico cultivo dos modos de ser próximos (do *Dasein, ser-aí*) como preocupação e distantes (coisas) como ocupação. A autora Adela Cortina (2007) trouxe nos seus trabalhos inspiração para adoptarmos novas perspectivas de cuidar. Cortina privilegiou, no contemporâneo, o cuidado que nos une e desadormece para o aberto e relacional, circunscrevendo-nos em homens e mulheres singulares em nossas acções e com pensamentos dialogantes entre racionalidade e compaixão.

Outro autor para este diálogo foi Merleau-Ponty (1994), com ele foi possível reflectir sobre nossa condição de expostos ao mundo via corpo no exercício de abertura a diferentes modos de zelo deste. Sua preocupação voltou-se na compreensão pela investigação da experiência imediata que estabelecemos com nosso corpo, assim como trazer o corpo próprio ao centro de nossa percepção.

Merleau-Ponty (1945) adoptou a noção de esquema corporal nas suas discussões acerca da percepção do corpo próprio. Nesta altura o filósofo problematizou a questão do corpo de maneira a considerar permeabilidade mútua entre as partes do nosso corpo e em relação a outrem e ao mundo. O filósofo contribui com uma noção de reversibilidade do corpo em nós aludindo ao conciliar de corpo próprio e corpo estrangeiro independente da condição de privação no adoecimento ou não, e que usualmente nos é despertado diante das privações do adoecimento.

A reflexão realizada neste trabalho pretende ser um alerta à solidificação das práticas que zelam pelo corpo físico e afectivo, e representações avaliativas do corpo e cuidado. Estes fenómenos são lidos pelas ciências gerando disputas (algumas áreas investem no cuidado e outras distinguem relações possíveis entre cuidado e corpo). A proposição de diálogo pretende sensibilizar a Psicologia na tarefa de compreender e instigar processos para nos aproximarmos de nós mesmos. Esta alternativa coaduna corpo e

cuidado partindo de um zelo de nós mesmos, incentivando o cuidado orientado na Fenomenologia Hermenêutica. Por conseguinte, corpo, cuidado e humano não estão dados, são provocações do modo como estamos vivendo e dos caminhos que estamos percorrendo na defesa da vida.

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N. (2002). Saúde como ausência de doença: Crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 879-889. Brasil.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, 8(14), 73-92. Botucatu. Brasil.
- Belar, C. D., Deardorff, W. W., & Kelly, K. E. (1987). *The practice of clinical health psychology*. Pergamon Press. New York. Estados Unidos da América.
- Cortina, A. (2007). *Ética de la Razon Cordial: Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Editora Nobel. Oviedo. Espanha.
- Heidegger, M. (1987/2009). *Seminário de Zollikon*. In Medard Boss. Tradução de Gabriela Arnold e Maria de Fátima de Almeida Prado. EDUC. Editora Vozes. Petrópolis. Brasil.
- Heidegger, M. (1927/2012). *Ser e tempo*. Coleção Multilíngues de Filosofia da Unicamp. Editora da Unicamp, Campinas; Editora Vozes, Petrópolis. Brasil.
- Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos*. Ed. 34. Rio de Janeiro. Brasil.
- Latour, B. (2004). *Políticas da natureza. Como fazer ciência na democracia*. Trad. de Carlos Aurélio Mota de Souza. Edusc. Bauru, São Paulo. Brasil.
- Manso, C. C. (2015). *O fazer-cuidar: seguindo práticas de cuidar nas Equipes de Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Tese (Doutorado) – Programa de Pósgraduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: Cartografia do trabalho vivo em ato*. Hucitec. São Paulo, Brasil.
- Alves, R. F. (Org.). (2011). *Psicologia da saúde: Teoria, intervenção e pesquisa [online]*. EDUEPB. Campina Grande. Brasil.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris, França: Gallimard.

Merleau-Ponty, M. (1994). *La nature: Cours du Collège de France: Notes, suivi des résumés de cours correspondants*. Paris, França: Éditions du Seuil.

ESTUDO SOBRE BURNOUT E ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Dina Mendes¹ (✉ dinamends93@hotmail.com), Vânia Leal¹, Maria C. Rocha¹, Rui S. Cruz¹, & Ana P. Amaral¹

¹Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal

Atualmente, a saúde ocupacional é um tema extremamente discutido. O *stress* relacionado com o local de trabalho, também designado por *stress* ocupacional, surge quando as exigências do trabalho não coincidem com as capacidades, os recursos ou as necessidades do trabalhador (Nakao, 2010). O *stress* ocupacional tem implicações para os trabalhadores, para os empregadores e para os sistemas de saúde em geral (de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez, & Wegewitz, 2017; Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016). O contacto quase constante com situações altamente emocionais, como são exemplo a dor e o sofrimento, justifica a prevalência do *stress* ocupacional nas profissões da área da saúde (Luken & Sammons, 2016). O *stress* relacionado com o trabalho tem sido associado a inúmeros efeitos adversos sobre a saúde física e mental dos indivíduos e pode levar ao *burnout* profissional e a depressão (Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2015; Chiu, Stewart, Woo, Yatham, & Lam, 2015).

O *burnout* é uma consequência do *stress* crónico relacionado com o trabalho (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), composto por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional (Luken & Sammons, 2016; Tselebis, Moulou, & Ilias, 2001). A exaustão emocional ocorre quando indivíduo perde a capacidade de lidar com as exigências emocionais do seu trabalho. A despersonalização diz respeito ao distanciamento entre o trabalhador e os destinatários do serviço e pode ser considerada uma reação à exaustão emocional. A redução de realização profissional é caracterizada por uma autoavaliação negativa do trabalhador e um sentimento de incompetência para o trabalho (Araújo, 2014; de Paiva, Canario, de Paiva China, & Goncalves, 2017; Maslach, Schaufeli,

& Leiter, 2001). O *burnout* pode provocar uma diminuição da produtividade do trabalhador, baixas médicas prolongadas, depressão, comportamentos de risco, como o consumo excessivo de medicamentos, álcool e outras substâncias, entre outros (Maroco & Tecedor, 2009). O *burnout* em profissionais de saúde é muito comum e pode afetar a qualidade dos serviços prestados, o que pode ter implicações para a segurança dos doentes (Chuang, Tseng, Lin, Lin, & Chen, 2016; Luken & Sammons, 2016).

Os profissionais de farmácia comunitária constituem um grupo particularmente suscetível ao *stress* profissional. O objetivo deste estudo foi avaliar os níveis de *burnout* e os estilos de vida destes profissionais, bem como, eventuais relações entre estas duas variáveis.

MÉTODO

Participantes

Foi realizado um estudo do tipo descritivo-correlacional e de coorte transversal junto de profissionais a exercer atividade em farmácia comunitária no distrito de Coimbra ($N=809$). Foi efetuada uma amostragem probabilística e para o cálculo da dimensão da amostra foi utilizada a fórmula para populações finitas (≤ 100.000 casos), com um nível de confiança de 95%, tendo sido obtida uma amostra mínima constituída por 261 indivíduos pertencentes a uma população de 809 indivíduos, segundo dados do Infarmed I.P. Foram obtidos 127 questionários preenchidos. Participaram neste estudo 127 profissionais de farmácia comunitária do distrito de Coimbra.

A maioria dos participantes eram do sexo feminino (82,7%), solteiros (51,2%), com idade média de 34,06 anos ($DP=9,91$). Os participantes detinham licenciatura ou mestrado (46,5%/48,8%), na sua maioria eram farmacêuticos (68,5%), que não exercem cargo diretivo (70,9%) e apresentam uma média de 9,44 ($DP=9,28$) anos de trabalho em farmácia comunitária. Na sua maioria os participantes trabalham numa farmácia com 1 a 9 trabalhadores (84,3%).

Material

O protocolo utilizado para a recolha de dados era constituído por quatro partes: Grupo A – Caracterização sociodemográfica e profissional; Grupo B – Estilos de vida; Grupo C – Avaliação do *stress* profissional – *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e Grupo D – Utilização de medicamentos.

O *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS, 1986), validado para a língua portuguesa por Cruz & Melo (1996), é a versão destinada a profissionais de saúde. É composta por 22 itens de tipo *likert* com 7 pontos [desde 0 (nunca) a 6 (todos os dias)]. Os 22 itens encontram-se repartidos por 3 subescalas que contemplam as três dimensões de *burnout*: Exaustão Emocional ($max=54$), Despersonalização ($max= 30$), e Realização Profissional ($max=48$). A pontuação das subescalas “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” tem uma relação proporcional direta com o índice de *burnout*, ao passo que a subescala “Realização Profissional” está com ele inversamente relacionada (Maroco et al., 2016; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Procedimentos

Os participantes foram convidados a participar através dos preenchimentos da versão *online* dos questionários do estudo disponibilizados através da plataforma *Google Forms* entre fevereiro e abril de 2017. O endereço eletrónico dos questionários do estudo e o convite a participar foi enviado através de *emails* endereçados às 152 farmácias que fazem parte do distrito de Coimbra. Todos os participantes foram previamente informados dos objetivos e finalidade do estudo, declarando que a sua participação no estudo era voluntária. Foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos bem como o sigilo e anonimato dos inquiridos. Os dados foram analisados através do *software* estatístico *IBM SPSS Statistics* (v. 20).

RESULTADOS

Os estilos de vida dos inquiridos é sumariado no Quadro 1. Como se pode observar, a maioria dos profissionais de farmácia comunitária não

pratica desporto nem fuma ou consome álcool ou substâncias psicoativas, e toma café com muita regularidade.

Quadro 1

Frequência dos Estilos de Vida dos Profissionais

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	N
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Praticar Desporto	15 (11,8%)	26 (20,5%)	49 (38,6%)	29 (22,8%)	8 (6,3%)	127
Tomar Café	14 (11,0%)	17 (13,4%)	24 (18,9%)	36 (28,3%)	36 (28,3%)	127
Fumar	104 (81,9%)	7 (5,5%)	8 (6,3%)	5 (3,9%)	3 (2,4%)	127
Beber Bebidas Alcoólicas	26 (20,5%)	59 (46,5%)	37 (29,1%)	5 (3,9%)	0 (0%)	127
Consumir Drogas	126 (99,2%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	127

Cerca de 42,5% dos profissionais de farmácia comunitária apresentam alto nível de Exaustão Emocional, observando-se uma prevalência mais baixa de Despersonalização (37,0%/35,4%) e de Realização Profissional (40,9%/41,7%). A maioria dos participantes não toma medicamentos para redução da ansiedade/depressão (85,0%) e apenas 15,0% tomam algum tipo de medicação para a ansiedade e/ou depressão (um a dois medicamentos). Aqueles que o fazem, apontam fazê-lo há mais de seis meses, por indicação médica, com exceção de dois casos de automedicação.

No que toca à associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais (sexo, estado civil, habilitações literárias, título profissional, dimensão da farmácia, exerce cargo diretivo) e as dimensões de *burnout*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que toca à dimensão Exaustão Emocional (Tabela 2), com 50% dos homens e 40,9% das mulheres a reportar nível elevados de exaustão. O nível de Despersonalização estava significativa e positivamente associado à “dimensão da farmácia” (p=0,017), com profissionais de farmácias de maior dimensão a reportar maior nível de despersonalização. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as restantes variáveis sociodemográficas e profissionais e as dimensões de *burnout*.

Quanto à relação entre o estilo de vida e o *burnout*, observou-se que apenas o consumo de tabaco estava significativamente associado à dimensão Realização Profissional. Os indivíduos com menos hábitos

tabágicos apresentam maior nível de Realização Profissional ($\chi^2=18,86$; $p=0,016$).

Tabela 2

Relação entre Sexo e a Dimensão Exaustão Emocional

			Exaustão Emocional				$\chi^2(p)$
			Baixo	Médio	Alto	Total	
Sexo	Feminino	<i>N (%)</i>	31 (24,4%)	31 (24,4%)	43 (33,9%)	105 (82,7%)	0,043
	Masculino	<i>N (%)</i>	10 (7,9%)	1 (0,8%)	11 (8,7%)	22 (17,3%)	
	Total		41 (32,3%)	32 (25,2%)	54 (42,5%)	127 (100,0%)	

DISCUSSÃO

O estudo visou avaliar os níveis de *burnout* dos profissionais de saúde na área de farmácia comunitária do distrito de Coimbra, e estudar a associação do *burnout* com o estilo de vida destes. Em linha com os resultados de estudos anteriores (Araújo, 2014; Balayssac et al., 2017; Chuang et al., 2016; Chui, Look, & Mott, 2014; Eslami, Kouti, Javadi, Assarian, & Eslami, 2016; Magalhães et al., 2015; Moreira, Magnago, Sakae, & Magajewski, 2009), os profissionais de farmácia comunitária do distrito de Coimbra apresentam um risco médio-alto para o desenvolvimento de síndrome de *burnout*. O risco é especialmente elevado entre os profissionais do sexo masculino, e profissionais a trabalhar em farmácias de maior dimensão. Uma menor frequência de consumo de tabaco está associada a maiores níveis de realização profissional – o que sugere que pessoas profissionalmente realizadas tendem a não adotar comportamentos de risco.

O *stress* prolongado pode ser emocionalmente exaustivo, trazendo consigo maior risco de *burnout* e de doenças do foro psiquiátrico. Para além disso, e como demonstrado, a área da farmácia comunitária é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, que tendem a ser mais emocionais que os indivíduos do sexo masculino (Hubbard, 2015). No entanto, no presente estudo foi observada uma prevalência mais elevada de exaustão emocional em indivíduos do sexo masculino, contrariamente ao

que seria expectável. São necessários mais estudos para justificar as diferenças de *burnout* profissional relacionadas com o sexo.

O presente estudo avaliou, também, os estilos de vida dos profissionais de farmácia comunitária, dos quais se destacam o consumo frequente de café, a prática de desporto reduzida ou pouco habitual, e o consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas) reduzido ou inexistente. No que diz respeito ao consumo de café, não existe consenso relativamente à relação entre os benefícios e os riscos. O café pode apresentar efeitos cardioprotectores e neuroprotectores e, pelo contrário, conduzir a ansiedade e ao aumento da pressão arterial (Garcia-Blanco, Davalos, & Visioli, 2017; O'Keefe et al., 2013; Tenore et al., 2015). Portanto, são necessários mais estudos, para que se possam avaliar os efeitos do consumo de café quando existe *burnout* profissional. No que diz respeito à atividade física, os resultados do estudo demonstram prática pouco regular de exercício físico em profissionais de farmácia comunitária. Tendo em conta que a atividade física pode influenciar positivamente a condição de saúde dos indivíduos que sofrem de *burnout* profissional (Guo et al., 2017; Naczenski, de Vries, van Hooff, & Kompier, 2017), estes resultados poderiam ser modificados no futuro, por exemplo, através de parcerias entre as entidades empregadoras e entidades que promovem a prática de exercício físico, como é o caso dos ginásios ou associações desportivas. Os resultados demonstram, também, um consumo de tabaco reduzido ou inexistente. Dada a ausência de estudos comparativos, julgamos que os resultados obtidos se devam à população em estudo. Os profissionais de saúde são indivíduos com um vasto conhecimento na área da saúde e, portanto, conhecem as implicações e os riscos do tabaco, nomeadamente as doenças que podem surgir em fumadores. O conhecimento que têm nesta área faz com que estejam mais alerta e que não adotem comportamentos de risco, como é o caso de fumar.

Relativamente ao consumo de fármacos, os resultados sugerem que cerca de 15% dos indivíduos tomam medicamentos antidepressivos e/ou ansiolíticos. No entanto, tendo em conta que aproximadamente 40% apresentaram um nível elevado de exaustão emocional, talvez estejamos perante casos não tratados, mesmo que alguns profissionais recorram a medidas não farmacológicas. Estes casos eventualmente não tratados poderão agravar-se, o que se pode repercutir num aumento da despersonalização, visto que, de acordo com Maslach e colegas, a despersonalização é o sintoma do *burnout* profissional que surge mais tarde, em casos em que

o profissional continua exposto ao ambiente que desencadeou a síndrome (Maslach & Jackson, 1981).

Em suma, podemos concluir que, das respostas obtidas neste estudo, existe médio a alto risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, nos profissionais de farmácia comunitária. Perante estes resultados e face à gravidade das consequências desta síndrome, percebe-se que é necessário dar maior atenção à saúde destes profissionais. Portanto, é importante desenvolverem-se medidas, quer ao nível da organização do serviço, quer ao nível das chefias, para favorecer a execução de atividades preventivas do *stress* crónico, no contexto ocupacional. Atualmente, existem medidas utilizadas pelas entidades empregadoras para monitorizar o estado de saúde dos profissionais, como é caso das consultas de “medicina no trabalho”. A monitorização da saúde psicológica em profissões de risco, no contexto destas consultas, poderia ajudar a prevenir e a monitorizar o *burnout* e as suas possíveis consequências.

REFERÊNCIAS

- Araújo, E. (2014). *Síndrome de Burnout em farmacêuticos*. Retirado de <http://hdl.handle.net/10284/4492>
- Balayssac, D., Pereira, B., Virot, J., Collin, A., Alapini, D., Cuny, D., . . . Vennat, B. (2017). Burnout, associated comorbidities and coping strategies in French community pharmacies-BOP study: A nationwide cross-sectional study. *PLoS One*, *12*(8), e0182956. doi: 10.1371/journal.pone.0182956
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, *36*, 28-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004
- Chiu, L. Y., Stewart, K., Woo, C., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2015). The relationship between burnout and depressive symptoms in patients with depressive disorders. *Journal of Affect Disorders*, *172*, 361-366. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.029
- Chuang, C., Tseng, P., Lin, C., Lin, K., & Chen, Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*, *95*(50), e5629. doi: 10.1097/md.0000000000005629

- Chui, M., Look, K., & Mott, D. (2014). The association of subjective workload dimensions on quality of care and pharmacist quality of work life. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2), 328-340. doi: 10.1016/j.sapharm.2013.05.007
- de Paiva, L., Canario, A., de Paiva China, E., & Goncalves, A. (2017). Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo)*, 72(5), 305-309. doi: 10.6061/clinics/2017(05)08
- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (in press). determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. doi: 10.1007/s10926-017-9730-1
- Eslami, A., Kouti, L., Javadi, M., Assarian, M., & Eslami, K. (2016). An investigation of job stress and job burnout in iranian clinical pharmacist. *Journal of Pharmaceutical Care*, 3(1-2), 21-25. Retirado de <http://jpc.tums.ac.ir/index.php/jpc/article/view/91>
- Garcia-Blanco, T., Davalos, A., & Visioli, F. (2017). Tea, cocoa, coffee, and affective disorders: Vicious or virtuous cycle? *Journal of Affect Disorders*, 224, 61-68. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.033
- Guo, Y., Luo, Y., Lam, L., Cross, W., Plummer, V., & Zhang, J. (in press). Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.13952
- Hubbard, R. E. (2015). Sex differences in frailty. *Interdisciplinary Topics in Gerontology and Geriatrics*, 41, 41-53. doi: 10.1159/000381161
- Luken, M., & Sammons, A. (2016). Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *American Journal of Occupational Therapy*, 70, 1-10. doi: 10.5014/ajot.2016.016956
- Magalhães, E., Oliveira, A., Govêia, C., Ladeira, L., Queiroz, D., & Vieira, C. (2015). Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65, 104-110. doi: 10.1016/j.bjane.2013.07.016
- Maroco, J., & Tecedeiro, M. (2009). Inventário de burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 227-235. Retirado de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1090/1/PSD%202009%2010%282%29%20227-235.pdf>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

- Moreira, D., Magnago, R., Sakae, T., & Magajewski, F. (2009). Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*, 1559-1568. doi: 10.1590/S0102-311X2009000700014
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). A critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care health-care professionals. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *194*, 106-113. doi: 10.1164/rccm.201604-0708ST
- Naczenski, L., de Vries, J., van Hooff, M., & Kompier, M. (2017). Systematic review of the association between physical activity and burnout. *Journal of Occupational Health*, *59*, 477-494. doi: 10.1539/joh.17-0050-RA
- Nakao, M. (2010). Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosocial Medicine*, *4*, 4. doi: 10.1186/1751-0759-4-4
- O'Keefe, J. H., Bhatti, S. K., Patil, H. R., DiNicolantonio, J. J., Lucan, S. C., & Lavie, C. J. (2013). Effects of habitual coffee consumption on cardio-metabolic disease, cardiovascular health, and all-cause mortality. *Journal of the American College of Cardiology*, *62*, 1043-1051. doi: 10.1016/j.jacc.2013.06.035
- Tenore, G., Daglia, M., Orlando, V., D'Urso, E., Saadat, S., Novellino, E., . . . Nabavi, S. (2015). Coffee and depression: A short review of literature. *Current Pharmaceutical Design*, *21*(34), 5034-5040. doi: 10.2174/1381612821666150825145112
- Tselebis, A., Moulou, A., & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nursing & Health Sciences*, *3*, 69-71. doi: 10.1046/j.1442-2018.2001.00074.x

BULLYING EM ENFERMEIROS: ESTUDO COMPARATIVO PORTUGAL CONTINENTAL E AÇORES

Elisabete Borges¹ (✉ elisabete@esenf.pt), Margarida Abreu¹, Cristina Queirós²,
Tércio Maio³, & Antónia Teixeira⁴

¹ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal; ² Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal; ³ Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel, Açores; ⁴ Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal

A saúde das pessoas é afetada por múltiplos fatores, sendo um deles o ambiente de trabalho. Têm sido identificados e estudados os riscos inerentes ao local de trabalho, nomeadamente os riscos psicossociais onde se inclui o bullying (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2015). Nos enfermeiros o bullying resulta em consequências negativas para a saúde desses profissionais e, por consequência, para a saúde das pessoas que recebem os cuidados de enfermagem (Mitchell, Ahmed, & Szabo, 2014), constituindo, portanto, uma temática importante a ser estudada.

Com a realização do presente estudo pretendemos conhecer e comparar a presença de bullying em enfermeiros de Portugal Continental e dos Açores, e a sua relação com variáveis sociodemográficas e profissionais.

O bullying no trabalho é um tipo de violência que se caracteriza pela vitimização, persistente e sistemática, através de comportamentos agressivos que se repetem durante um longo período de tempo e numa situação em que as vítimas têm dificuldade em se defender (Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper, 2011). O critério de duração mínima dos comportamentos agressivos depende do contexto de trabalho, no entanto, os investigadores são concordantes de que o bullying é uma questão de meses e anos e não de dias e semanas (Einarsen et al., 2011). O bullying no trabalho pode ser avaliado de forma objetiva ou operacional (avalia a experiência comportamental) e/ou subjetiva ou de autorrotulagem (avalia a experiência de vitimização) (Ciby & Raya, 2015; Nielsen, Mageroy, Gjested, & Einarsen, 2014).

O bullying entre enfermeiros pode ser definido como um padrão repetido de comportamentos destrutivos, com intenção consciente ou inconsciente de causar dano (Thompson & George, 2016). Tem sido demonstrado que o bullying conduz a graves consequências nos profissionais, utentes e organizações (Purpora, Cooper, & Sharifi, 2015). Enfermeiros que foram vítimas, ou testemunharam comportamentos de bullying, revelaram menor satisfação no trabalho e aumento da intenção de deixar o trabalho, bem como saúde psicológica fragilizada (Carter et al., 2013). Na enfermagem o bullying é um processo gradual e cumulativo que visa, por parte do agressor, a erosão profissional ou da reputação das vítimas, manifestados por ataques pessoais ou nas atividades de trabalho. Geralmente, verifica-se uma assimetria de poder entre o agressor e a vítima (Lee, Bernstein, Lee, & Nokes, 2014). Estudos têm avaliado o bullying nos enfermeiros portugueses (Borges, 2012; Maio, 2016; Sá, 2008).

MÉTODO

Este é um estudo do tipo quantitativo, transversal, exploratório e correlacional. Insere-se no Projeto INT-SO – Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha. Com a realização do estudo pretendeu-se identificar e relacionar o bullying de enfermeiros da região Continental Portuguesa (Porto) e de uma das ilhas dos Açores e analisar a sua variação em função de variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros.

Participantes

A população alvo foi composta por enfermeiros a exercer funções há pelo menos 6 meses. A amostra de conveniência (Fortin, Côte, & Filion, 2009) foi composta por 220 enfermeiros que aceitaram participar no estudo, 110 dos quais a exercer funções na região do Porto e 110 a exercer funções numa das ilhas dos Açores.

Em função de variáveis sociodemográficas e profissionais verificou-se que os enfermeiros ($N=220$) são na sua maioria do sexo feminino (85,5%),

com parceiro (56,8%), a exercer funções em cuidados de saúde primários (58,6%) e com vínculo profissional definitivo (83,6%). Relativamente à idade, a média foi de 35,1 (Mínimo=24; Máximo=56; $DP=6,5$), experiência profissional de 12,0 (Mínimo=2; Máximo=34; $DP=6,1$) e anos de antiguidade no serviço de 8,3 (Mínimo=0; Máximo=26; $DP=5,4$).

Material

O instrumento de recolha de dados foi constituído por dois grupos: um para a avaliação sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e outro constituído pelo Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R) 23 itens (Einarsen & Hoel, 2001; Borges & Ferreira, 2015). O NAQ-R permite a avaliação objetiva do bullying com a apresentação de 22 itens que correspondem a atos/comportamentos negativos em que o respondente se situa quanto à sua frequência nos últimos 6 meses. O 23º item apresenta uma definição de bullying no trabalho e solicita ao respondente que se autorrotule como vítima de bullying, permitindo assim a avaliação subjetiva do bullying.

Neste estudo foram consideradas quatro subescalas do NAQ-R designadas como Intimidação, Exclusão, Qualidade/sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho.

Para a análise da prevalência de bullying foram usados os seguintes critérios (Borges, 2012; Sá, 2008): (1) que o respondente se situe em pelo menos um dos 22 itens no valor quatro (semanalmente) ou cinco (diariamente); (2) que o respondente se autorrotule como vítima de bullying através do item 23, situando-se na resposta três (sim, de vez em quando), quatro (sim, várias vezes por semana) ou cinco (sim, quase todos os dias); (3) que o respondente tenha dado resposta positiva simultaneamente no primeiro e segundo critérios.

RESULTADOS

Quanto à prevalência de *bullying*, obtiveram-se os resultados apresentados no Quadro 1.

Quadro 1

Prevalência de bullying em função dos 3 critérios de avaliação

Critérios de avaliação da Prevalência do <i>Bullying</i>	Prevalência do <i>Bullying</i>					
	Porto		Açores		Porto e Açores	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
1 – Resposta em pelo menos um dos 22 itens, na posição 4 ou 5	33	30	29	26,4	62	28,2
2 – Resposta no item 23 na posição 3, 4 ou 5	13	11,8	13	11,8	26	11,8
3 – Critérios 1 e 2	9	8,2	10	9,1	19	8,6

Em função do critério 1, a prevalência de bullying nos enfermeiros do Porto foi de 30%, dos Açores de 26,4%. A prevalência foi inferior em ambos os grupos em função do critério 2, sendo que a menor prevalência verificou-se no critério 3 com 8,2% no Porto e 9,1% nos Açores.

Relativamente à estatística inferencial, os resultados significativos são apresentados nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2

Comparação de médias (teste t de Student) em função de variáveis socio-demográficas e profissionais – enfermeiros do Porto e dos Açores

NAQ-R	Vínculo	<i>N</i> (Porto)	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> (gl) <i>p</i>
Exclusão	Definitivo	75	1,5	0,3	2,451 (107) 0,016
	Precário	34	1,3	0,2	
NAQ-R	Estado Civil	<i>N</i> (Açores)	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> (gl) <i>p</i>
Exclusão	Sem Parceiro	39	1,4	0,2	-2,097 (108) 0,038
	Com parceiro	71	1,5	0,5	

Aqui os resultados obtidos revelam que, e em relação aos enfermeiros do Porto, a ocorrência de atos de bullying associados à exclusão é mais frequente nos enfermeiros com vínculo definitivo $t(107)=2,451; p=0,016$. Em relação aos enfermeiros dos Açores verifica-se maior frequência de atos negativos associados à exclusão nos enfermeiros com parceiro $t(108)=-2,097; p=0,038$.

Foram encontrados resultados significativos quanto às correlações entre as subescalas do NAQ-R e as variáveis idade e anos de experiência profissional, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3

Correlação de Pearson entre as subescalas do NAQ-R e as variáveis idade, anos de experiência profissional e anos de antiguidade no serviço – enfermeiros do Porto e dos Açores

NAQ-R	Região	Idade	Experiência Profissional	Antiguidade no Serviço
Intimidação	Porto	0,15	0,039	0,028
	Açores	-0,127	-0,118	-0,079
Exclusão	Porto	0,211*	0,161	0,119
	Açores	-0,112	-0,125	-0,073
Qualidade/sobrecarga de trabalho	Porto	0,061	0,042	-0,074
	Açores	-0,198*	-0,047	-0,170
Subvalorização do trabalho	Porto	-0,038	-0,041	-0,069
	Açores	-0,187	-0,216*	-0,065

Nota. * $p < 0,05$.

As correlações significativas observam-se nos enfermeiros do Porto entre a subescala exclusão e variável idade (correlação positiva baixa) e no grupo dos Açores entre a subescala qualidade/sobrecarga de trabalho e idade (correlação negativa muito baixa) e subvalorização do trabalho e anos de experiência profissional (correlação negativa baixa) (Pestana & Gageiro, 2005).

DISCUSSÃO

Os resultados revelaram prevalências de bullying semelhantes entre os grupos de enfermeiros do Porto e dos Açores. Estudos com enfermeiros têm demonstrado prevalências semelhantes quando são utilizados materiais e métodos de avaliação semelhantes (Chippis, Stelmaschuk, Albert, Bernhard, & Holloman, 2013; Sá, 2008).

Constatou-se que o bullying foi mais frequente nos enfermeiros do Porto com vínculo definitivo. Em instituições onde os contratos tendem a ser longos, os conflitos interpessoais podem prolongar-se por muitos anos escalando para o bullying (Zapf et al., 2011).

No grupo dos Açores a ocorrência de bullying foi mais frequente nos enfermeiros com parceiro. Estudos têm demonstrado que a família pode ser um suporte para a realização profissional (Pereira, Queirós, Gonçalves,

Carlotto & Borges, 2014) e que enfermeiros com este suporte podem estar mais disponíveis para um maior investimento no seu trabalho (Dias, 2012) e que o bloqueio no desenvolvimento profissional pode ser percecionado como bullying (Einarsen, Skogstad, Rørvik, Lande, & Nielsen, 2016).

Quanto à idade, no grupo do Porto, o bullying foi mais frequente nos enfermeiros com mais idade, nos Açores, nos enfermeiros com menos idade e anos de experiência profissional. Estudos em enfermeiros têm revelado resultados discrepantes na relação entre a idade e o bullying (Borges, 2012, Jurado Jurado, Pérez-Fuentes, & Linares, 2016).

Os resultados obtidos, em especial os resultados de prevalência, podem sugerir, ainda que sem descorar os factores individuais, que factores organizacionais influenciaram a ocorrência de bullying (Einarsen et al., 2011). As condições de trabalho, a carga de trabalho, as exigências de trabalho, o controlo limitado sobre as condições de trabalho e o nível de autonomia, podem influenciar a ocorrência de bullying nos enfermeiros (Ekici, 2014; Giorgi, 2014; Nielsen et al., 2014). Por um lado, no grupo dos Açores, factores organizacionais talvez influenciasses os enfermeiros mais novos e com menos anos experiência profissional de verem correspondido o seu investimento profissional no trabalho, percecionando esses factores como atos negativos (bullying) condicionantes ou bloqueadores do seu desenvolvimento profissional (Einarsen et al., 2016). Por outro lado, as exigências de trabalho reconhecidamente elevadas nos enfermeiros, como a falta de equipamentos seguros, a realização de horas extraordinárias, a pressão para a execução de atividades em pouco tempo, a sobrecarga de trabalho, a dotação de enfermeiros abaixo do preconizado (ICN, 2015), os salários, a progressão na carreira, o local de trabalho, o cargo que ocupam (João, 2013) pode conduzir a que os enfermeiros mais velhos, como se constata no grupo do Porto, percecionem mais atos negativos associados à exclusão.

O bullying é uma realidade prevalente nos enfermeiros. Este estudo comparativo pretendeu ser um contributo para o estudo nessa matéria. O estudo revelou que os factores organizacionais podem ter um peso importante na perceção de bullying por parte dos enfermeiros. Vartia e Leka (2011) referem que se pode intervir no bullying aos vários níveis organizacionais. Desta forma, é fundamental que a nível organizacional se desenvolvam políticas anti-bullying. É importante, igualmente, o contínuo investimento na informação e formação aos profissionais e gestores de

enfermagem que podem ter um papel fulcral na investigação dos riscos psicossociais no trabalho e na implementação de medidas preventivas.

REFERÊNCIAS

- Borges, E. M. N. (2012). *Qualidade de vida relacionada com o trabalho: stresse e violência psicológica nos Enfermeiros* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Borges, E., & Ferreira, T. (2015). Bullying no trabalho: Adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 25-33.
- Carter, M., Thompson, N., Crampton, P., Morrow, G., Burford, B., Gray, C., & Illing, J. (2013). Workplace bullying in the UK NHS: A questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *BMJ Open*, 3(6), e002628. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002628
- Chippis, E., Stelmaschuk, S., Albert, N. M., Bernhard, L., & Holloman, C. (2013). Workplace bullying in the OR: Results of a descriptive study. *AORN Journal*, 98(5), 479-493.
- Ciby, M., & Raya, R. P. (2015). Workplace Bullying: A review of the defining features, measurement methods and prevalence across continents. *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 4(1), 38-47. SAGE Publications. doi: 10.1177/2277975215587814.
- Einarsen, S., & Hoel, H. (2001). The Negative Acts Questionnaire: Development, validation and revision of a measure of bullying at work. In *10th. European Congress on Work and Organizational Psychology*, Prague.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2011). The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (2nd ed., pp. 3-39). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Einarsen, S., Skogstad, A., Rørvik, E., Lande, A. B., & Nielsen, M. B. (2016). Climate for conflict management, exposure to workplace bullying and work engagement: A moderated mediation analysis. *The International Journal of Human Resource Management*. doi: 10.1080/09585192.2016.1164216.
- Ekici, D., & Beder, A. (2014). The effects of workplace bullying on physicians and nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, (31)4, 24-33.

- European Agency for Safety and Health at Work. (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg. Acedido em <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/7807118>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2015). *Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusoditata. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- Giorgi, G., Mancuso, S., Perez, F. F., D'Antonio, A. C., Mucci, N., Cupelli, V., & Arcangeli, G. (2014). Bullying among nurses and its relationship burnout and organizational climate. *Internacional Journal of Nursing Practice*. Wiley Publishing Asia. doi: 10.1111/ijn.12376.
- International Council of Nurses (ICN). (2015). Grow Your Wellness Health Risk Assessment Index for nurses shows link between workplace challenges and poor personal health more stress can result in less – For nurses and their patients: Press Information. Consul. 19 Nov. 2017. Disponível em http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/press_releases/2015_PR_18_Grow_Your_Wellness_HRA.pdf
- João, A. L. S. (2013) *Mobbing: Agressão psicológica na profissão de Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-88-2.
- Jurado, M. M. M., Pérez-Fuentes, M. C., & Linares, J. J. (2016). Acoso laboral entre personal de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13, 2, 114-123.
- Lee, Y. J., Bernstein, K., Lee, M., & Nokes, K. M. (2014). Bullying in the nursing workplace: Applying evidence using a conceptual framework. *Nursing Economics*, 32(5), 255-267.
- Maio, T. M. (2016). *Bullying e engagement em enfermeiros* (Tese de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Mitchell, A., Ahmed, A., & Szabo, C. (2014). Workplace violence among nurses, why are we still discussing this? Literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(4), 147-150. doi: 10.5430/jnep.v4n4p147
- Nielsen, M., Mageroy, N., Gjestad, J., & Einarsen, S. (2014) Workplace bullying and subsequent health problems. *Tidsskr Nor Legeforen*, 134, 12-13, 1233-1238.
- Pereira, A. M., Queirós, C., Gonçalves, S. P., Carlotto, M., & Borges, E. (2014). Burnout e interação trabalho-família em enfermeiros: Estudo exploratório com o survey work-home interaction NIJMEGEN (SWING). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 24-30.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 972 618 391 X.
- Purpora, C., Cooper, A., & Sharifi, C. (2015). The prevalence of nurses' perceived exposure to workplace bullying and its effect on nurse, patient, organization and nursing-related outcomes in clinical settings: A quantitative systematic review protocol. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(9), 51-62. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2225
- Sá, L. O. (2008) – *O assédio moral e burnout na saúde mental dos enfermeiros* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Thompson, R., & George, L. (2016). Preparing New Nurses to Address Bullying: The Effect of an Online Educational Module on Learner Self-Efficacy. *MEDSURG Nursing*, 25(6), 412-432.
- Vartia, M., & Leka, S. (2011). Interventions for the prevention and management of bullying at work. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (2nd ed., pp. 359-379). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Zapf, D., Escartín, J., Einarsen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2011). Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (2nd ed., pp. 75-105). Boca Raton, FL: CRC Press.

ENVELHECIMENTO ATIVO, DIGNO E SAUDÁVEL: VOZ DOS IDOSOS SOBRE DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA

Emília Brito¹ (✉ emilia.brito@esel.pt), Natália Ramos², & Albertina Oliveira³

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal; ² Universidade Aberta, Lisboa, Portugal; ³ Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

A população mundial, desde meados do século XX, sofreu alterações significativas que têm conduzido ao envelhecimento da população, sendo esta também a realidade na Europa e em Portugal como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1

População idosa no Mundo, Europa e Portugal

Ano / Idade	Mundial	Europa	Portugal
	60 + anos	60 + anos	60 + anos
1950	8.2%	12.1%	10.5%
2000	10.0%	20.3%	20.8%
2010	11.0%	21.8%	23.6%
2017	13%	25%	28%
2050	21.1%	36.6%	35.7%

Fonte: United Nations (UN), 2002; 2011; 2017.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no 2º relatório mundial de saúde de 2015, considera que o aumento de pessoas idosas, mais do que um problema é um investimento e oportunidade. E Kofi Anam, na 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, referiu ser uma grande conquista da humanidade.

O envelhecimento é assim um processo natural e multifacetado. É um “conjunto de processos de natureza física, psicológica e social que, com o tempo, produzem mudanças na capacidade de funcionamento dos

indivíduos e influenciam a sua definição social” (Simões, 2006, p. 31). Existe uma pluralidade extraordinária de formas de envelhecimento, o que significa que os seres humanos envelhecem de formas diferentes, dependendo das suas interações com contexto sociocultural em que vivem (Fernández-Ballesteros, 2013).

Para estudar o processo de envelhecimento, não podemos centrar-nos apenas numa das dimensões pois todas interagem ao longo da vida e cada uma afeta e é afetada pelas outras. Idoso é aquele “*que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade*” (Zimmerman, 2000, p.19). Assim, o aumento das pessoas idosas apresenta desafios para a sociedade, cuidadores, profissionais e políticas de saúde, sociais e educativas.

Em 2002, na 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento surgiu o conceito de Envelhecimento Ativo (EA), sendo este o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2002a). O EA promove a capacitação e participação dos idosos na sociedade e os princípios da Organização das Nações Unidas (ONU) para os idosos: independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade (WHO, 2002a).

O envelhecimento ativo e saudável visa reconhecer as inúmeras capacidades e recursos das pessoas mais velhas e contribuir de forma significativa para a sua atividade produtiva, social, bem-estar e relações intergeracionais (Ramos, 2013). Esta abordagem pretende otimizar o processo de envelhecimento valorizando a importância da pessoa idosa se envolver socialmente, manter ativa a sua participação através de laços sociais com diferentes gerações, manter a sua atividade produtiva, remunerada ou não, através de bens e serviços tanto em contexto familiar como noutros contextos, sendo referência e apoio para os mais jovens (Ramos, 2013).

O EA baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios da ONU, numa abordagem centrada nos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e participação na sociedade, através de interações promotoras da dignidade humana (WHO, 2002a).

O conceito de dignidade é complexo, envolvendo dimensões objetivas e subjetivas. Podemos distinguir a dignidade em geral e a dignidade humana, a primeira é subjetiva pode ter níveis e pode ser ganha ou

perdida. Cada pessoa idosa vive em inter-relação com outras pessoas (família, amigos, profissionais, sociedade em geral), devendo esta interação basear-se no direito à dignidade humana. A qual se refere à dignidade mínima que pertence a cada ser humano enquanto ser humano, não admite níveis, é igual para todos os seres humanos, não pode ser ganha nem perdida, tem carácter objetivo (Tadd, Vanlaere, & Gastmans, 2010).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos descreve no 1º artigo que “*todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devendo agir uns para com os outros em espírito de fraternidade*” e no 25º artigo refere que toda a pessoa tem direito a “*um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar (...) à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice*” (UN, 1948). Constituindo assim, um código de valores que protegem o ser humano contra diferentes formas de violência.

O estudo de Tadd, Vanlaere e Gastmans (2010) sobre a dignidade humana nos cuidados a idosos, identifica na perspectiva dos idosos o respeito, o reconhecimento, a participação, o envolvimento e a dignidade nos cuidados.

A discriminação baseada na idade tem impacto negativo na participação, saúde, bem-estar e dignidade das pessoas idosas. Em Portugal, a discriminação aumenta à medida que a idade avança, sendo os idosos os mais discriminados (Lima, Marques, Batista, & Ribeiro, 2010). A discriminação pela idade está relacionada com o *idadismo* e a violência, sendo a discriminação uma forma de violência (Win, 2012).

A OMS em 1996, na 49ª Assembleia Mundial de Saúde, declara a violência como uma prioridade de saúde pública. No relatório mundial sobre violência e saúde, a violência é considerada um fenómeno complexo, um problema global que afeta pessoas de todas as idades, classes sociais, géneros, religiões e culturas (WHO 2002b; Ramos, 2004). Violência é definida como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 2002b).

Uma forma de combater a discriminação e violência, é estimular e facilitar a participação dos idosos na sociedade e nos processos de decisão

política (Win, 2012). Assim surgiu a questão de partida: Qual a perspectiva das pessoas idosas sobre a discriminação e a violência contra os idosos?

Este estudo tem dois objetivos: conhecer a perspectiva das pessoas idosas sobre a discriminação e violência contra os idosos; identificar junto das pessoas idosas linhas orientadoras contra a violência sobre os idosos.

MÉTODO

Tendo em conta os objetivos delineados, optou-se por uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, pois apesar de estarem a emergir estudos a nível mundial sobre o tema da discriminação e da violência contra os idosos, são ainda poucos os que dão voz aos idosos, nomeadamente em contexto comunitário.

Participantes

Os participantes foram pessoas idosas que frequentavam um centro de dia na cidade de Lisboa e que aceitaram participar, não foi utilizada qualquer estratégia de seleção, pois o que importa é ouvir as pessoas falarem sobre o tema (Bender & Ewbank, 1994; Kitzinger, 1995; Morgan & Krueger, 1993), a amostra foi constituída por onze participantes sendo: 81,8% do sexo feminino, 63,6% pertencem ao grupo etário 75-84, 81,8% tem escolaridade básica, 100% são reformados, 72,7% são viúvas(os) e 72,7% vivem sozinhos. O local de recolha de dados foi no próprio centro de dia.

Material

Para a recolha de dados foi utilizado como instrumento a entrevista através de *focus group*. Esta discussão em grupo possibilita aceder às perspectivas dos participantes, e tem particular interesse na análise de temas que envolvem questões complexas e que precisam de ser mais exploradas, como sejam a discriminação e a violência nos idosos, tem ainda a vantagem de não discriminar pessoas idosas que não possam ler ou escrever (Bender & Ewbank, 1994; Kitzinger, 1995; Morgan & Krueger, 1993).

Procedimento

Após a aprovação da direção do centro de dia, foi realizada uma reunião com as pessoas idosas para apresentar os objetivos do estudo, convidando-os a colaborar no mesmo, tendo o estudo seguido os princípios éticos da investigação. Foram realizadas duas entrevistas por *focus group*, gravadas em vídeo, com a duração de uma hora e meia cada. No final das entrevistas os participantes manifestaram-se satisfeitos por poderem participar neste estudo.

A análise dos dados teve início com a transcrição do conteúdo das entrevistas, dando origem ao *corpus* de análise, seguida de análise de conteúdo temática e categorial, segundo a metodologia de Bardin (2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do *corpus* de análise e de acordo com os objetivos deste estudo emergiram dois temas com as respetivas categorias: primeiro tema – Perspetiva das pessoas idosas sobre a discriminação, com seis categorias – dignidade, discriminação, direitos, violência, tipos de violência e fatores que influenciam; segundo tema – Linhas orientadoras contra a violência sobre os idosos – sugestão das pessoas idosas, com quatro categorias – políticas, formação, família e comunidade em geral.

Apresenta-se em seguida as unidades de registo por cada categoria do tema – Perspetiva das pessoas idosas sobre a discriminação e violência.

Dignidade: *“um velho é um farrapo que está para ali... é... um trapo que se deita fora”* 1B; *“falta educação, humanidade...”* (1B); *“quando a pessoa (idosa) não se sente respeitada, afasta-se um bocadinho, a pessoa não se sente bem e afasta-se”* (2C).

Estes relatos vão ao encontro do estudo de Tadd, Vanlaere e Gastmans (2010), para os quais o respeito é a base da inter-relação.

Discriminação: *“há muita discriminação, até nós uns para os outros fazemos isso, posso discriminar esta senhora, discriminar aquela também... também há pessoas idosas que discriminam”* (1B).

Segundo Lima et al. (2010), como já foi referido, em Portugal os idosos são os mais discriminados, também é referido a discriminação entre

os próprios idosos, muitas das vezes relacionada com o género, estatuto socioeconómico e em pessoas doentes/dependentes (McGarry & Simpson, 2009; Phelan, 2008).

Direitos: *“não são respeitados os direitos das pessoas idosas, haverá respeito por algumas pessoas, mas por outras não há”* (1B).

Apesar de estarem protegidos na legislação e políticas públicas os direitos humanos, estes são muitas vezes desrespeitados, o que pode estar associado aos preconceitos em relação a este grupo etário.

Violência: *“eu tenho a impressão que isto [violência] acontece mais, tenho a impressão que é mais em familiares”* (2A).

Como referem McGarry e Simpson (2009) e Phelan (2008) a violência surge nas relações quotidianas e familiares, nomeadamente em casa e está relacionada com relações de confiança, ou seja em relações que deveriam ser de ajuda e proteção. Muitas vezes, emerge em relações de dominação/ /submissão, assumindo formas subtis, que Pierre Bourdieu categorizou como violência simbólica (Bourdieu, 1989).

“são esses familiares que mal tratam... lá está, até há mortes, tem havido mortes” (2C).

A violência tem impacto na vida das pessoas e aumenta a mortalidade, afeta a saúde física e mental (por exemplo: depressão, ansiedade, doenças somáticas, *stress* pós-traumático), afeta o bem-estar e a qualidade de vida (Ramos, 2004; Soares et al., 2010).

Tipos de Violência: *“abandonar, há pessoas que abandonam os idosos no hospital. Ainda há pouco ouvi na televisão que os põe nos lares, nos hospitais, que os abandonam para toda a vida e nunca mais lá voltam”* (1B); *“são jovens que o avô realmente tem a reforma e que eles querem para eles”* (2C).

São relatados vários tipos de violência, como seja: a negligência; a violência psicológica e física; as carências e violência financeira/material. Elementos que têm sido descritos em estudos neste âmbito (Santos, Nicolau, Fernandes, & Gil, 2013; Soares et al., 2010).

Fatores que influenciam a violência: *“já vem de trás... o passado pode influenciar, porque a pessoa [idosa] muitas vezes, a pessoa quando era mais nova também foi violenta”* (1E). *“às vezes a pessoa também não tem*

culpa, porque têm uma vida tão stressante que depois descarregam em cima dos velhos” (1B).

São vários os fatores que podem influenciar a violência, incluindo a história familiar de violência, em que o próprio idoso, já foi o agressor, a coabitação, a sobrecarga e stresse do cuidador familiar e a falta de recursos formais e informais, contribuem para a violência no contexto familiar (Gil, 2014).

Apresenta-se em seguida as unidades de registo por cada categoria do tema – Linhas orientadoras contra a violência sobre os idosos – sugestão das pessoas idosas.

Políticas: *“Os políticos podiam olhar mais pelos idosos, pôr mais policia... dar conselhos” 1D; “Há tantos prédios grandes abandonados, que eles [políticos] têm, se eles pudessem fazer uns lares para as pessoas de idade... pagava-se X conforme a pessoa podia” (2C).*

Formação: *“Os médicos e enfermeiros até tem formação, mas não fazem... as pessoas que trabalham com pessoas idosas deviam ter mais formação para saber os cuidados que deviam de ter para lidar com as pessoas idosas” (2C).*

Família: *“as famílias que têm um idoso a cargo e trabalham (...) havia de haver uma proteção, deviam ter uma pessoa que fosse tratar da pessoa [idosa] enquanto a família não está.” (2A); “quem tenha muita família, acho que a família devia proteger mais o velho... devia acarinhá-lo mais, respeitá-lo mais” (1B).*

Comunidade em geral: *“as pessoas serem mais compreensivas, o carinho também é importante” (1D); “enquanto as pessoas são novas, pensarem nos velhos e, que pensassem que elas um dia hão-de lá chegar, pois um dia vão ser eles os velhos” (1B); “é as pessoas respeitarem-se, é o que acontece nesta associação” (2A).*

Em relação ao segunda tema, emergiram quatro categorias: políticas, formação, família e comunidade em geral, estão relacionadas com o modelo ecológico o qual envolve as dimensões: individual – a situação da pessoa idosa, o desenvolvimento social; relacional – a história familiar, o suporte às famílias; comunitários – melhoria de acesso a serviços de saúde e social; sociais – fortalecimento dos processos policiais e judiciais, redução da pobreza e desigualdades, programas de emprego, informação

para o público, plano nacional de prevenção da violência. Sendo que em todas as dimensões deve ser incluída a sensibilização, formação e educação (WHO, 2002b).

Com este estudo pretende-se contribuir para uma reflexão fundamentada sobre a discriminação e violência contra os idosos, a promoção dos seus direitos e bem-estar, bem como combater as diferentes formas de violência e discriminação através da sua prevenção.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bender, D. E., & Ewbank, D. (1994). The focus group as a tool for health research: Issues in design and analysis. *Health Transition Review*, 4(1), 63-75.
- Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.
- Fernández- Ballesteros, R. (2013). Possibilities and limitations of age. In A. Oliveira (Coord.), *Promoting conscious and active learning and aging: How to face current and future challenges?* (pp. 11-24). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, University Press. Recuperado de http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/ebook
- Gil, A. P. (Ed.). (2014). *Envelhecimento e violência*. Recuperado de <http://www.insa.pt>
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus group. *BMJ*, 311, 299-302.
- Lima, M. L. P., Marques, S., Batista, M., & Ribeiro, O. (2010). *Idadismo na Europa. Uma abordagem psicossociológica com foco no caso português – Relatório I*. Recuperado de http://www.i envelhecimento.ul.pt/images/Relatorios/relatorioidadismo_i_iscte.pdf
- McGarry, J., & Simpson, C. (2009). Raising awareness of elder abuse in the community practice setting. *British Journal of Community Nursing*, 14(7), 305-308.
- Morgan, D. L., & Krueger, R. A. (1993). When to use focus groups and why. In Morgan, D. L. (Ed.) *Successful Focus Groups*. London: Sage Publications.
- Phelan, A. (2008). Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: Implications for nursing discourse. *Nursing Inquiry*, 15(4), 320-329.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Ramos, N. (2013). Relationships and intergenerational solidarities – Social, educational and health challenges. In A. Oliveira (Coord.), *Promoting conscious and active learning and aging: How to face current and future challenges?* (pp. 129-145). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, University Press. Recuperado de http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/ebook
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A. & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77. doi: 10.7458/SPP2013722618
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Soares, J., Barros, H., Torres-Gonzales, F., Loannidi-Kapolou, E., Lamura, G., Lindert, J., & Stankūnas, M. (2010). *Abuse and health among elderly in europe*. Kaunas.
- Tadd, W., Vanlaere, L., & Gastmans, C. (2010). Clarifying the concept of human dignity in the care of the elderly: A dialogue between empirical and philosophical approaches. *Ethical Perspectives*, 17(1), 253-281. doi: 10.2143/EP.17.2.2049266
- United Nations. (1948). *Universal declaration of human rights*. New York: United Nations.
- United Nations. (2002). *World population ageing 1950-2050*. Recuperado em 7 de Setembro, 2015, de <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>
- United Nations. (2011). *World population prospects: The 2010 Revision*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, CD-ROM Edition.
- United Nations. (2017). *World population prospects: The 2017 revision, key findings and advance tables*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Working Paper No. ESA/P/WP/248. Recuperado de <https://www.compassion.com/multimedia/world-population-prospects.pdf>
- World Health Organization. (2002a). *Active ageing: A policy framework*. Geneva. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- World Health Organization. (2002b). *World report on violence and health*. Geneva. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1
- Win, J. (2012). Discrimination against older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 22(4), 293-300. doi: 10.1017/S095925981200010x
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS QUILOMBOLAS

Ênio Neves¹ (✉ eniobrito5@gmail.com), Edivan Júnior¹, Almira Medeiros¹, Maria Eulálio¹, Vitória Maracajá¹, Rômulo Lustosa², & Aline Alves¹

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil; ² Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

O envelhecimento da população se caracteriza como um fenômeno que ganha cada vez mais expressão no cenário mundial. As diminuições nas taxas de fecundidade, de mortalidade e o aumento da longevidade promovem alterações na estrutura etária dos países, como é o caso do Brasil (Flores, 2015). Na conjuntura brasileira, o número de idosos apresentou crescimento de mais de o dobro (Brasil, s.d.) – de 10,7 milhões em 1991 para 23,5 milhões em 2009. Flores (2015) indica que, de acordo com as projeções estatísticas, no ano de 2060 a população de idosos contabilizará mais de 73,5 milhões de pessoas, correspondendo à população brasileira em 1970. Desta maneira, o Brasil enfrenta os seus primeiros desafios ligados aos fenômenos do envelhecer, necessitando de uma atenção mais direcionada a este segmento da população.

Apesar da crescente familiarização com o envelhecimento, ainda há uma associação deste com as ideias de declínio e perdas, ligadas principalmente à degenerescência física (Schneider & Irrigaray, 2008). Atenta-se, porém, para a multidimensionalidade deste processo, que é permeado não só por mudanças corporais, mas psíquicas e sociais. Segundo Albuquerque, et al (2010), os estudos científicos direcionados à população idosa, na maioria das vezes, têm seu foco apenas nas limitações trazidas pela idade e o adoecimento. Faz-se necessário um olhar relacionado aos aspectos positivos, buscando perceber e estimular as potencialidades do idoso.

Um dos fatores ligados ao envelhecimento saudável e bem-sucedido é medido através do Bem-estar Subjetivo (Guedea et al., 2006). O conceito

surgiu por volta da década de 70 durante a Segunda Revolução da Saúde em concomitância com os conceitos de promoção da saúde e estilo de vida, passando a caracterizar-se como uma medida de suma importância para avaliação da saúde, tanto física quanto mental (Galinha & Ribeiro, 2005). Segundo Passareli e Silva (2007), o bem-estar subjetivo está relacionado à saúde e à longevidade, o que favorece a promoção de um envelhecimento saudável.

O Bem-Estar Subjetivo envolve a percepção/avaliação dos sujeitos sobre as suas próprias vidas, caracterizando-se por portar uma dimensão afetiva e outra cognitiva (Albuquerque & Trócoli, 2004; Woyciewski et al., 2012). A dimensão afetiva envolve os sentimentos e os aspectos emocionais vivenciados e que podem ser atribuídos valores negativos ou positivos (Diener, 1984). Já o componente cognitivo envolve a avaliação racional da própria satisfação com as experiências vivenciadas pelo indivíduo (Albuquerque & Trócoli, 2004). Diener e colaboradores (1999) estabelecem, portanto, que o Bem-Estar subjetivo envolve a satisfação com a vida, os afetos positivos e negativos.

Os afetos positivos compreendem um estado de felicidade e de emoções e sentimentos prazerosos ao indivíduo, como felicidade, orgulho, amor (Albuquerque et al., 2010). Os afetos negativos dizem respeito a um estado de desprazer vivenciado pelo sujeito, envolvendo depressão, estresse, ansiedade, entre outros (Novo, 2003, citado por Albuquerque & Trócoli, 2004). A satisfação com a vida envolve a avaliação global, cognitiva, sobre a vida. O desenvolvimento deste construto impeliu ao desenvolvimento de instrumentos que buscassem mensurá-lo (Amado, 2008, citado por Silva-Júnior et al., 2015).

Albuquerque et al. (2010) indicam uma escassez de estudos em relação aos idosos que residem em ambientes rurais, com uma produção científica limitada e que necessita de atualização. Em um contexto ainda mais específico, existem as comunidades quilombolas, redutos rurais que abrigam grupos responsáveis pela conservação e manutenção da cultura e dos costumes deixados pelos escravos negros no Brasil (Freitas et al., 2011). Além de estarem isoladas do contexto urbano, as comunidades rurais negras estão inseridas num contexto de vulnerabilidade social (Silva, 2013), além de, em muitos casos, estarem em áreas sem saneamento básico e condições de moradias precárias (Silva, 2015), necessitando dos profissionais da saúde um olhar mais direcionado.

Sendo o Bem-Estar Subjetivo uma variável significativa para a saúde dos indivíduos, percebendo-se a escassez dos estudos das comunidades rurais e as condições de saúde precárias das comunidades quilombolas, buscou-se investigar o BES nos idosos nelas presentes, além da relação entre as suas variáveis e os dados demográficos.

MÉTODO

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, de cunho quantitativo e descritivo-analítico.

Participantes

Participaram 69 idosos residentes das comunidades Pedra d'água e Caiana dos Crioulos, ambas situadas no interior do Estado da Paraíba, Brasil, nas cidades de Ingá e Alagoa Grande, respectivamente. Estas duas comunidades são reconhecidas como quilombolas pela fundação cultural Palmares, responsável pela conservação da cultura negra no Brasil (Silva, 2015).

O critério de amostragem adotado foi não probabilístico, realizado através de critérios de conveniência e de acessibilidade. Foram incluídos no estudo os idosos moradores das comunidades pesquisadas que aceitaram participar livremente desta pesquisa. Foram excluídos do estudo os idosos com déficit cognitivo grave, portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico, de Parkinson em estágio grave ou instável, de déficits de audição ou de visão e os que estiveram em estágio terminal.

Material

Para a coleta de dados foram utilizadas a Escala de Satisfação com a Vida, a Escala de Afetos Positivos e Negativos e um questionário sociodemográfico.

A Escala de Satisfação com a Vida (ESV) foi proposta por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) com o intuito de avaliar a percepção dos

indivíduos sobre a satisfação destes com a vida. A versão utilizada para a pesquisa é composta por 5 (cinco) itens com três possibilidades de resposta: 1=pouco; 2=mais ou menos e 3=muito. Os itens avaliam a satisfação com a vida em relação à condição atual do idoso; satisfação com a vida envolvendo comparação social; satisfação referenciada a domínios (memórias, amizades, relações familiares, serviços de saúde) (Neri, 2002).

A Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN) é composta por 14 adjetivos, cada um com cinco intensidades (1=nada; 2=pouco; 3=mais ou menos; 4=muito e 5=muitíssimo). Perguntava-se ao idoso como ele se sentia no seu dia a dia, no tocante aos adjetivos listados no instrumento. Seis itens diziam respeito a emoções positivas (feliz, alegre, animado, bem, satisfeito, contente) e oito eram referentes a estados emocionais negativos (irritado, desmotivado, angustiado, deprimido, chateado, nervoso, triste, desanimado) (Siqueira, Martins & Moura, 1999). A soma dos escores em afetos positivos podia variar entre 5 e 30 e a soma dos escores dos afetos negativos poderia variar entre 5 e 40.

Por fim, para delinear as características da população, foi aplicado um questionário sociodemográfico, elaborado com questões relativas ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda pessoal e familiar, arranjo de moradia, número de filhos e tempo de escolarização dos idosos.

Procedimento

O estudo iniciou-se a partir da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), segundo o número 35669414.2.0000.5187 de aprovação em consonância com as normas do Conselho de Saúde pela Resolução Nº 196/96.

Os procedimentos para coleta dos dados se deram inicialmente a partir do contato com as lideranças das comunidades e, através dessas, os idosos foram convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no espaço físico da associação dos moradores e numa escola, ambas localizadas nas comunidades pesquisadas e próximas às residências dos idosos. Após o idoso ou seu responsável legal ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi feita a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Após a coleta dos dados, estes foram submetidos à análise com o auxílio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18. Foram realizadas análises descritivas de frequência, porcentagem, média e desvio padrão. Além de correlações de Pearson, teste *t* de Student e análise fatorial. Foi aceito como significativo o $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Em sua maioria, os participantes eram do sexo feminino, representando 60,9% da amostra, enquanto os do sexo masculino 39,1%. A média de idade foi de 69,62 ($DP=6,871$). A maior parte da amostra era casada ou vivia com um companheiro (65,2%). Em relação à escolaridade, 58,5 % nunca foi à escola, enquanto 14,3% frequentou o curso de alfabetização de adultos, 24,3% cursou o ensino fundamental I e 1,4% o fundamental II. 52,2% dos idosos declarou não ter dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades e 89,9% não mora sozinho.

Quadro 1

Descrição dos dados demográficos (variáveis categóricas)

Variáveis		<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	27	39,1
	Feminino	42	60,9
Estado civil	Casado ou vive com companheiro	45	65,2
	Solteiro(a)	5	7,2
	Divorciado(a), Separado (a)	2	2,9
	Viuvo(a)	17	24,6
Escolaridade	Nunca foi a escola	41	58,5
	Curso de alfabetização de adultos	10	14,3
	Nível Fundamental (1ª a 4ª)	17	24,3
	Nível Fundamental (5ª a 8ª)	1	1,4
Dinheiro suficiente	Sim	33	47,8
	Não	36	52,2
Mora sozinho	Sim	7	10,1
	Não	62	89,9

Realizou-se uma análise fatorial exploratória para a medida de satisfação com a vida. A amostra apresentou adequação amostral à análise fatorial pelo método dos principais eixos fatoriais ($KMO=0,57$ e Teste de Esfericidade de Bartlett $\chi^2(28)=73,20$; $p<0,01$). Pelo método de extração dos valores próprios maiores do que um (01), a análise mostrou solução de unifatorial, com fator que explica 28,92% da variância dos itens. As cargas fatoriais variam de 0,56 a 0,31, com teste de consistência interna, avaliada por meio dos Alpha de Cronbach, de 0,59.

Em relação às dimensões do BES obteve-se as seguintes estatísticas descritivas: Afetos Positivos ($M=3,42$; $DP=0,70$), Afetos Negativos ($M=2,32$; $DP=0,83$) e Satisfação com a Vida ($M=2,46$; $DP=0,35$). A média de satisfação com a vida pode variar entre 1 e 3, indicando a uma probabilidade de a amostra estar com satisfação num nível entre médio e bom, já que está entre o ponto médio (02) e o máximo (03).

Foi encontrada correlação estatisticamente significativa e negativa entre idade e Satisfação com a vida ($r=-0,30$; $p<0,05$), indicando que, neste caso, com o aumento da idade, há uma diminuição na satisfação com a vida.

Quadro 2

Correlação entre Bem-Estar Subjetivo e dados demográficos (variáveis contínuas)

	Satisfação com a vida	Afetos positivos	Afetos negativos
Idade	-0,30*	-0,08	-0,02
Tempo que estudou	0,07	0,03	-0,01
Número de filhos	0,06	-0,04	0,09
Renda pessoal	-0,03	-0,11	0,01
Renda Familiar	0,03	-0,01	-0,01

Nota. * $p\leq 0,05$.

Nas comparações dos índices de bem estar subjetivo com as variáveis categóricas estudadas (sexo, estado civil, escolaridade, arranjo de moradia, suficiência da renda mensal) não se verificou diferenças estatisticamente significativas, mas constatou-se que os homens, as pessoas que não moram sozinhas e relatam ter dinheiro suficiente apresentaram maior média de Bem-Estar Subjetivo.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se uma maior predominância de indivíduos do sexo feminino, relacionado a um fenômeno demográfico brasileiro em que os idosos do sexo masculino possuem uma expectativa de vida menor do que o feminino, com taxas mais altas de morbidade e mortalidade (Dutra & Silva, 2014).

Em relação ao Bem-Estar Subjetivo, a partir da avaliação das médias obtidas, percebe-se uma manutenção deste nos idosos pesquisados, visto que houve uma maior experimentação de afetos positivos em detrimento dos negativos, além de avaliarem positivamente a satisfação com a vida, fatores indicados por Albuquerque e Trócoli (2004) que caracterizam este construto.

Mesmo não apresentando diferenças estatisticamente entre o sexo e o BES, observou-se que os homens apresentaram níveis mais elevados do que as mulheres nas subcategorias satisfação com a vida e afetos positivos. Estas relações ainda aparecem inconstantes nos estudos (Rodrigues & Silva, 2010), mas necessitam de uma avaliação mais acurada. Salgado (2002) indica que as mulheres idosas possuem uma maior probabilidade de possuírem doenças que requerem longo cuidado, além de estarem numa posição de vulnerabilidade social devido a alguns fatores como estado civil, idade, o que pode contribuir para que os níveis de BES sejam menores na população do sexo feminino.

A idade foi o único fator que, neste estudo, correlacionou-se significativamente e negativamente com a variável satisfação com a vida. Esse resultado vai de encontro com outras pesquisas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Sposito, 2010) que indicam maiores níveis de satisfação com a vida em decorrência do aumento da idade. A centralidade do trabalho no campo nas comunidades quilombolas associada às perdas físicas que diminuem a participação do idoso neste universo pode ser um dos fatores que dificultam uma percepção mais satisfatória da vida, visto que os estudos demonstram uma relação positiva entre trabalho e BES (Melo, 2007).

As alterações que ocorrem em relação à participação social em decorrência da idade influenciam na maneira com que os idosos percebem as suas vidas. O contato social, a autonomia e capacidade para o trabalho são fatores significativos para a percepção da felicidade nos idosos (Luz &

Amatuzzi, 2008). A própria representação do envelhecimento enquanto etapa que envolve perda da atividade social, dos laços familiares e de outros fatores (Veloz et al., 2009) influencia na avaliação do estado atual do idoso e nos níveis de BES.

Tratando-se da renda, estudos indicam que ainda há inconsistência entre as relações envolvendo BES e a renda (Passareli & Silva, 2007; Rodrigues & Silva, 2010), apesar de que, pessoas extremamente pobres tendem a associar o aumento do Bem-Estar Subjetivo com o aumento das condições financeiras. Os resultados indicam que, nos idosos quilombolas, a avaliação dos que afirmaram ter dinheiro suficiente para satisfação das suas necessidades está ligada a uma maior média no BES.

Outro fator que apresentou maiores médias de BES foi morar com um companheiro(a). Rodrigues e Silva (2010) indicam que a variável casamento não apresentou relações significativas com o BES, porém, chamam a atenção para o impacto positivo de um amparo social. Considera-se também que os afetos negativos diminuem com o fortalecimento do suporte social (Guedea, 2006). As sociedades coletivistas possuem uma maior propensão ao estabelecimento de uma estrutura mais segura de BES (Albuquerque & Tróccoli, 2004), o que pode ser o caso dos idosos quilombolas.

A presença de poucos resultados significativos demonstra ainda uma inconsistência sobre as variáveis que influenciam o Bem-Estar Subjetivo em idosos, especificamente nos idosos quilombolas. Destaca-se a presença apenas de uma correlação significativa entre BES e Idade. Se fazem precisos mais estudos sobre a população quilombola em suas condições de vulnerabilidade e sobre a influência dos dados demográficos sobre o Bem-Estar Subjetivo.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. J. B., Rodrigues, C. F. F., Gouveia, C. N. N. A., Martins, C. R., & Neves, M. T. S. (2007). *Validação de uma escala de satisfação com a vida para idosos de baixa renda na Paraíba*. Paper apresentado no III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, João Pessoa, Brasil. Retirado de <http://www.ibapnet.org.br/congresso2007/index.html>

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164. doi: 10.1590/S0102-37722004000200008
- Albuquerque, A. S., Sousa, F. M., & Martins, C. R. (2010). Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos. *Psico*, 41(1), 85-92. Retirado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5110>
- Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. (s.d.) *Dados sobre o envelhecimento no Brasil*. Retirado de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi: 10.1037//0033-2909.95.3.542
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. doi: 10.1037//0033-2909.125.2.276.
- Dutra, F. C. M. S., & Silva, H. R. O. (2014) Bem-estar subjetivo, funcionalidade e apoio social em idosos da comunidade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(3), 775-791. Retirado de <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/43389>
- Flores, L. P. O. (2015). O envelhecimento da população brasileira. *Redeca*, 2(1), 86-100. Retirado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/redeca/article/view/27901/19658>
- Freitas, D. A., Caballero, A. D., Marques, A. S., Hernández, C. I. V., & Antunes, S. L. N. O. (2011). Saúde e comunidades quilombolas: Uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, 13(5), 937-943. Epub May 20, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6, 203-214. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36260208>
- Guedea, M. A., Albuquerque F. J., Tróccoli, B. T., Niriega, J. A., Seabra, M. A., & Guedea R. L. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 301-308. doi: 10.1590/S0102-79722006000200017.

- Luz, M. M. C., & Amatuzzi, M. M. (2008). Vivência de felicidade em pessoas idosas. *Estudos de Psicologia*, 25(2), 303-307. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n2/a14v25n2.pdf>
- Melo, S. C. A. (2007). *Bem-estar subjetivo e bem-estar no trabalho: Um estudo com idosos que trabalham* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia). Retirado de <http://www.pgpsi.ip.ufu.br/node/219>
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo em la vida adulta y en la vejez; hacia una psicologia positiva em America Latina. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 34(1-2), 55-74. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534205.pdf>
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007) Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 513-517. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400010>
- Rodrigues, A., & Silva, J. A (2010). O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico-USF*, 15(1), 113-123. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100012>
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher idosa: A feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinates sobre o Envelhecimento*, 4, 7-19. Retirado de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Silva, C. M. (2013). *Idosos remanescentes de quilombo do município de Alcântara – MA*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Maranhão). Retirado de <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1052?mode=full#preview-link0>
- Silva, J. A. N. da S. (2015). Condições de moradia e de saúde em três comunidades quilombolas do Estado da Paraíba. *Cadernos Imbondeiro*, 4(1), 59-70. Retirado de periodicos.ufpb.br/index.php/ci/article/download/27682/14924
- Silva-Júnior, E., Nunes, R., Santos, K., Eulálio, M. *Bem-Estar Subjetivo e Auto-avaliação de saúde de pessoas idosas*. Atas do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Retirado de <http://www.sp-ps.pt/site/livros/119>
- Siqueira, M. M. M., Martins, M. C. F., & Moura, O. I. (1999). Construção e validação da EAPN: Escala de Animo Positivo e Negativo. *Revista da SPTM*, 2, 34-40.
- Sposito, G., Diogo, M. J. D'Elboux, C., Fernanda A., Neri, A. L., Guariento, M. E., & De Sousa, M. L. R. (2010). Relações entre o bem-estar subjetivo e a

funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 14(1), 81-89. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010000100013>

Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M. N., & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), Retirado de: <http://www.redalyc.org/html/188/18812215/>

Woyciekoski, C., Sternert, F., & Hutz, C.S. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*, 43(3), 280-288. Retirado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fzva/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8263/8228>

CANCRO PEDIÁTRICO: IMPACTO DO ADOECER DA CRIANÇA EM CUIDADORES

Filipa Costa¹ (✉ filipacosta18@gmail.com) & Liliana Gomes²

¹ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal;

² Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada do Porto, Portugal

A experiência de cancro infantil é um acontecimento de vida que requer adaptação da criança e da própria família, na medida em que, implica a aquisição e desenvolvimento de competências que facilitem a resposta às dificuldades encontradas (Kohlsdorf & Junior, 2012). Apesar de todos os avanços, a verdade é que o diagnóstico de cancro ainda é, com regularidade, associado à eminência de morte (Malta, Schall, & Modena, 2008). O peso desta doença é tão mais penoso quanto menor for a idade, dado que tende a ser percebido como um acontecimento contranatura capaz de inviabilizar um futuro que ainda está por realizar (Azeredo, Amado, Silva, Marques, & Mendes, 2004). A criança tem que se adaptar e adquirir novas competências que lhe permitam adequar-se à sua situação de doença, o que exige transformações e reajustamentos psicossociais significativos: mudança de comportamentos, alteração da rotina escolar e social, mudanças na percepção da imagem corporal, aumento dos cuidados de dieta alimentar, entre outros (Kohlsdorf & Junior, 2012).

Tal como a criança, a família também vivencia a doença. O diagnóstico de cancro provoca um aumento das responsabilidades e competências para responder às necessidades físicas, sociais e psicológicas da criança doente, assim como às necessidades de outros familiares (ex. irmãos saudáveis). A crescer deparam-se ainda com um conjunto de alterações nas rotinas, redistribuição de funções e redefinição de papéis, assim como um aumento das exigências económicas (Martin, Calabrese, Wolters, Walker, Warren, & Hazra, 2012). Neste seguimento, este estudo objetiva a identificação e exploração das necessidades psicoemocionais dos mesmos face ao processo de adoecimento e adaptação, com intuito de produzir dados que beneficiem

a intervenção clínica. As questões de investigação que nortearam este estudo foram: qual o impacto do cancro da criança nos participantes, quais as necessidades psicoemocionais dos familiares cuidadores e que recursos é que poderiam minimizar este impacto e diminuir estas necessidades.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi recolhida segundo um processo não probabilístico de amostragem por conveniência (*snowball*), contando com um total de 8 familiares cuidadores. Pretenderam-se participantes equivalentes em termos de sexo. Em termos de idade fixou-se como mínimo os 18 e máximo os 65 anos ($M=37$ ($DP=6.76$), $min.=22$, $max.=45$). Relativamente às habilitações académicas os participantes têm no mínimo o 2º ciclo. No que se refere à criança doente, interessou a este estudo uma fase de adoecimento entre o diagnóstico e o tratamento e uma idade compreendida entre os 0 e os 12 anos ($M=6,8$ ($DP=3.81$), $min.=3$, $max.=12$).

Material

Tendo em conta os objetivos delineados para esta investigação, utilizou-se como técnica de recolha de dados a entrevista semiestruturada. O guião foi constituído por duas partes. Uma primeira para obtenção de informação sociodemográfica e clínica do cuidador e da criança. E uma segunda parte, na qual versaram cinco questões abertas sobre o processo de adoecimento, o impacto da doença oncológica no participante e no sistema familiar, as principais fragilidades psicoemocionais encontradas no processo, os recursos que beneficiaram a adaptação familiar à doença e, por outro lado, os recursos que poderiam ter sido úteis.

Procedimento

Os participantes foram previamente informados acerca dos objetivos gerais do estudo, assegurando-se a sua participação voluntária. Além disso, foi esclarecido o carácter confidencial das respostas, tal como solicitada a

autorização para a gravação áudio. Depois da recolha, as entrevistas foram transcritas e analisadas segundo o procedimento de análise de conteúdo (Bardin, 2011), tendo-se recorrido ao programa NVivo10 (QSR International NVivo10).

RESULTADOS

Após análise dos resultados, foi possível perceber que os intervenientes evidenciam necessidades psicoemocionais que devem ser alvo de atenção clínica, considerando-se que emergiram resultados quanto às várias questões de investigação propostas. Com o intuito de facilitar a leitura e compreensão dos mesmos, foram organizados com base nas principais categorias e subcategorias emergentes da análise do discurso dos participantes (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Sistema de categorias, subcategorias emergentes da análise de conteúdo

Categoria	Subcategoria	Definição
Impacto do cancro pediátrico nos familiares cuidadores	Impacto individual	Gestão emocional individual decorrente do diagnóstico da doença oncológica
	Impacto conjugal	Transformações na relação conjugal
	Impacto parental	Mudanças nas práticas parentais
Fragilidades psicoemocionais dos familiares cuidadores	Ansiedade e preocupação	Manifestação de sentimentos de ansiedade e preocupação
	Desgaste psicoemocional	Desequilíbrio psicológico e emocional evidenciado pela fadiga física, desmotivação e inércia para o desempenho de tarefas
	Repressão emocional	Inibição da comunicação aberta e sincera
Recursos capazes de minimizar as necessidades dos familiares cuidadores	Informação	Esclarecimento de dúvidas sobre o processo
	Apoio institucional	Disponibilidade da equipa médica e écnica
	Acompanhamento psicológico	Disponibilização de apoio psicológico
	Suporte informal e familiar	Apoio emocional e instrumental disponibilizado por redes de suporte social e familiar
	Estratégias de <i>coping</i>	Recursos e estratégias pessoais para lidar com situações e acontecimentos adversos
Necessidades identificadas pelos familiares cuidadores	Crenças religiosas	Credos e ideais religiosos
	Ausência de Informação	Ausência de comunicação e/ou esclarecimento de dúvidas sobre o processo terapêutico desenvolvido
	Falta de apoio institucional	Pouca perceção de apoio médico e técnico
	Apoio económico	Dificuldades económicas vivenciadas para fazer face às exigências do processo terapêutico

DISCUSSÃO

Apresenta-se de seguida, a discussão em torno dos resultados obtidos com este estudo exploratório, tendo em conta o sistema de categorias e subcategorias já mencionado.

Em todas as narrativas analisadas foi possível compreender que o surgimento de uma doença oncológica é capaz de acarretar um forte impacto para o cuidador. A criança adoece, há uma série de sinais e sintomas, uma fase de diagnóstico, na maior parte das vezes, descrita como a mais dolorosa e um conjunto de tratamentos a realizar. Contudo, como este percurso não pode ser vivenciado de forma autónoma pela criança, o cuidador assume sempre um papel fundamental, uma vez que, não só a acompanha, como acaba por “viver” o próprio processo.

A par do impacto individual, são também perceptíveis transformações ao nível do funcionamento da própria relação conjugal pois, se nuns discursos é declarado algum afastamento, na maioria é pautável a união e o companheirismo. Além disso, um aspeto que também foi destacado relaciona-se com a necessidade de uma redefinição de papéis e consequente partilha de tarefas, percebendo-se que tendem a transparecer relações funcionais.

Ao longo das várias entrevistas, pôde compreender-se que em termos parentais se denota uma mudança quase transversal, uma vez que, todos os familiares acabaram por de alguma forma denunciar uma acrescida necessidade de cuidado e de foco de atenção para com a criança doente. Relatando, neste sentido, uma maior necessidade de superproteção.

Sendo o diagnóstico e tratamento do cancro uma experiência stressante para toda a família, naturalmente que também o é para os irmãos saudáveis. De forma a auxiliar a criança doente, a atenção dada à criança saudável tende a ser menor. Este aspeto vai de encontro à literatura que defende que estes irmãos podem experienciar sentimentos de medo, ciúme e culpa, considerando-se importante intervir psicologicamente nos mesmos (Prchal & Landolt, 2009).

Como a criança é um elemento importante na homeostasia e equilíbrio do sistema familiar, o diagnóstico oncológico parece ser capaz de gerar algumas transformações também a este nível: *“Fomos todos a baixo, a família começou a viver de e para combater a doença!”*; *“A avó pediu baixa de um ano.”* (Padrinho).

De acordo com a literatura, não são raras as vezes em que se observa a presença de sintomatologia ansiosa e de preocupação (Norberg & Boman, 2013), contudo ao longo desta análise foi possível depreender que, contrariamente ao prescrito, apenas dois dos familiares cuidadores orientaram o discurso neste sentido.

Como referido, de um modo geral o cancro tem um impacto adverso sobre os cuidadores exigindo, na maioria das vezes, que encarem o processo de doença como prioritário. Assumindo os pais na prestação de cuidados um papel alargado, o desgaste psicoemocional é frequente (Fletcher, 2010).

As dificuldades comunicacionais são muito comuns entre os familiares, uma vez que, estes tendem a favorecer a repressão emocional, enquanto mecanismo para proteção da criança (Pereira & Lopes, 2002). Neste seguimento, parece identificar-se uma certa desvalorização pessoal em prol do outro: *“As fragilidades têm de ser camufladas pela força e alegria que tentamos sempre demonstrar ao pé dele.”* (Padrinho). Tendo em conta estes resultados, parece importante apelar a atenção clínica para o desenvolvimento de intervenções que se debrucem na criação de um espaço capaz de gerar a oportunidade entre os familiares cuidadores de se expressarem. Uma comunicação mais aberta e sincera e a desconstrução de algumas crenças devem ser objetivos a ter em conta.

Por tudo o que foi referido, a informação prestada pela equipa médica parece ser entendida como muito importante, visto que é percebida enquanto facilitadora para a capacidade de aceitação e adaptação ao longo das várias fases do processo de adoecimento: *O médico explicou-me sempre aquilo tudo e isso ajudou-me muito.*” (Pai 2).

Como a intervenção deve ser planeada à medida das necessidades individuais, na maioria dos casos, a intervenção junto de cuidadores deve incluir a psicoeducação, com o intuito de fornecer informações acerca da doença, aumentar o sentimento de controlo e a capacidade de mediar os níveis de preocupação e ansiedade (Nezu, Nezu, Felgoise, & Zwick, 2003).

Na mesma linha do mencionado anteriormente, como recurso foi também apontado o apoio institucional. A disponibilidade, a boa disposição e a atenção dispensada pelas equipas foram aspetos enaltecidos: *“Acho que o acompanhamento é essencial...os enfermeiros, os médicos, são todos simpáticos e tentam sempre puxar os doentes para cima.”* (Pai 3).

Alguns autores (Nezu, Nezu, Felgoise, & Zwick, 2003) têm vindo a constatar que intervenções centradas nos familiares cuidadores têm

benefícios a nível psicoemocional, físico, da qualidade de vida e principalmente ao nível das estratégias para lidar com a situação. De acordo com o descrito pelos participantes, parece que estes também partilham da mesma asserção: “*Fazemos muitas vezes terapia em grupo aquilo é muito giro, são umas horas em que se sai da rotina e se esquece o assunto.*” (Mãe 1).

A existência de suporte informal proveniente de amigos, vizinhos e colegas de trabalho é um elemento fundamental neste processo (Bayat, Erdem, & Güll Kuzucu, 2008). Como tal, esta foi também uma das dimensões destacadas pelos diferentes participantes: “*Existem momentos de pânico, aflição e desespero, mas que com o apoio dos amigos se tem transformado numa espécie de arma para esta batalha contra o cancro.*” (Padrinho). A acrescentar, foi ainda saliente que a partilha com outros cuidadores se pode assumir como muito relevante.

Na mesma linha, também o suporte familiar se reveste como fundamental, visto que, ao longo das entrevistas todos os elementos o foram salientando como essencial.

Em grande parte das entrevistas, foi possível compreender que os participantes tendem a ativar ou desenvolver um conjunto de estratégias, sendo que as mais frequentes são o otimismo, o espírito de luta, a expressão emocional, a partilha e a reflexão isolada e escrita.

As crenças religiosas são muitas vezes utilizadas como mecanismo de proteção, na medida em que parecem funcionar como fator motivador e promotor de esperança para a recuperação da doença “*O importante é a fé de que tudo vai correr bem.*” (Mãe 4).

Enquanto que num primeiro momento, alguns participantes referiram a informação como sendo uma mais-valia, outros consideraram que as informações disponibilizadas ao longo de todo o processo não foram suficientes, salientando assim a escassez de informação enquanto aspeto negativo.

Alguns dos familiares cuidadores realçaram a ausência de apoio em termos institucionais pois, consideraram que, mais do que o apoio *in loco*, nos hospitais ou serviços médicos, seria importante que algumas instituições de cariz social desenvolvessem mais atividades no sentido de auxiliar os pais ao longo deste processo.

A necessidade económica ao nível desta população tem sido uma dimensão que, com regularidade, é mencionada na literatura como sendo um stressor comum (Fletcher, 2010). Como confirmação, neste estudo também

as dificuldades económicas emergiram como sendo uma das maiores fragilidades vivenciadas ao longo de todo o processo.

Tendendo a criança a ser encarada como futuro e o cancro como morte, não é de admirar que este diagnóstico despolete na família um impacto psicoemocional capaz de condicionar o seu funcionamento (Santo, Gaiva, Espinosa, Barbosa, & Belasco, 2011). Nesta linha, ainda que não tenha constituído objetivo, o facto de se procurar uma amostra heterogénea, tornou possível a compreensão de que existem diferenças na vivência da doença se tivermos em consideração a dimensão género. A figura feminina mais debruçada no apoio e cuidado primário da criança e a figura masculina mais centrada na manutenção familiar (Silva, Andrade, Barbosa, Hoffmann, & Macedo, 2009).

Outro aspeto que este estudo veio salientar relaciona-se com a importância da intervenção psicológica no ajustamento á doença e, por conseguinte, na melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, mediante os resultados encontrados, sugere-se que esta intervenção, seja cada vez mais orientada pelo modelo cognitivo-comportamental, na medida em que, há um corpo considerável de evidências acerca da sua eficácia e adequabilidade (Gil, Sirgo, Lluch, Maté, & Estradé, 2002; Moorey & Greer, 2002).

Relativamente às limitações desta investigação, destaca-se o facto de os participantes terem sido selecionados segundo um método de amostragem por conveniência e a inexistência de participantes em fase de diagnóstico.

Em suma, espera-se que este estudo tenha contribuído para a reflexão e discussão sobre a vivência e o impacto do cancro pediátrico nos cuidadores familiares, podendo o mesmo constituir uma mais-valia para a literatura neste domínio, com a certeza, porém, de que muitas questões ficaram por responder.

REFERÊNCIAS

- Azeredo, Z., Amado, J., Silva, H., Marques, I., & Mendes, M. (2004). A família da criança oncológica: Testemunhos. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 375-380.
- Bayat, M., Erdem, E., & Güll Kuzucu, E. (2008). Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 25(5), 247-253.

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70: Lisboa.
- Fletcher, P. C. (2010). My child has cancer: The costs of mothers' experiences of having a child with pediatric cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 33, 164-184. doi: 10.3109/01460862.2010.498698
- Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J., & Estradé, E. (2002). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 427-452). Lisboa: Artmed Editores.
- Kohlsdorf, M., & Junior, Á. (2012). Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais: Revisão da literatura. *Paidéia*, 22(51), 119-129.
- Malta, J. D. S., Schall, V. T., & Modena, C. M. (2008). Câncer pediátrico: O olhar da família/cuidadores. *Pediatria Moderna*, 44(3), 114-118.
- Martin, S., Calabrese, S. K., Wolters, P. L., Walker, K. A., Warren, K., & Hazra, R. (2012). Family functioning and coping styles in families of children with cancer and HIV disease. *Clinical Pediatrics*, 51(1), 58-64. doi: 10.1177/0009922811417300
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. New York: Oxford.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Felgoise, S. H., & Zwick, M. L. (2003). Psychosocial Oncology. In A. M. Nezu, C. M. Nezu, & P. A. Geller (Eds.), *Handbook of psychology: Volume 9, health psychology* (pp. 267-292). Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Norberg, A. L., & Boman, K. K. (2013). Mothers and fathers of children with cancer: Loss of control during treatment and posttraumatic stress at later follow-up. *Psycho-Oncology*, 22, 324-329. doi: 10.1002/pon.2091
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.). Climepsi Editores: Lisboa.
- Prchal, A., & Landolt, M. A. (2009). Psychological interventions with siblings of pediatric cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 18, 1241-1251. doi: 10.1002/pon.1565
- Santo, E. A. R. E., Gaíva, M. A. M., Espinosa, M. M., Barbosa, D. A., & Belasco, A. G. S. (2011). Taking care of children with cancer: Evaluation of the caregivers' burden and quality of life. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 515-522.
- Silva, F. A. C., Andrade, P. R., Barbosa, T. R., Hoffmann, M. V., & Macedo, C. R. (2009). Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 334-341.

PSYCOFITNESS. O SEU MELHOR MÚSCULO É A MENTE

Giovani Silva¹ (✉ psycofitness10@gmail.com), Mafalda Sampaio², & Tiago Santos³

¹ Associação Abraço, Portugal; ² Associação Portuguesa de Intervenção em Psicologia, Portugal; ³ Novos Rostos Novos Desafios, Portugal

O exercício físico é bem conhecido como seguro e eficaz no tratamento de distúrbios mentais. No entanto, a sua relação inversa, o impacto da saúde mental na prática de exercício físico, tem sido genericamente pouco investida de análise e sobretudo de ação.

O papel do Psicólogo encontra-se em expansão e evidencia-se como necessário ampliar a atuação da psicologia, aproximando-a da população. Neste sentido, a implementação deste projeto incide particularmente sobre a importância da atuação da valência de psicologia na prática de exercício físico, no que se refere essencialmente à importância de mudança comportamental sustentável. À referida atuação prática, da junção estruturada da psicologia com a atividade física, damos o nome de *Psycofitness*.

A inatividade física é considerada como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis. Em Portugal, estima-se que 14% das mortes anuais estejam a esta problemática associadas. A produção científica acerca dos benefícios da prática de atividade física tem crescido e tem sido genericamente divulgada. Este impacto tem gerado alterações positivas na sociedade, aumentando a adesão da população e influenciado diretivas de implementação nos cuidados de saúde. No entanto, segundo o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) (2017), a prevalência da inatividade física em Portugal ronda os 72% nos adultos portugueses e apenas 23% cumprem as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Como refere Moutão (2005), será necessário enfatizar os fatores motivacionais mais poderosos para cada grupo alvo e desenvolver planos de superação das barreiras, promover a orientação motivacional centrada na tarefa e criar as condições necessárias para o desenvolvimento da

motivação intrínseca na população que tanto dela pode beneficiar. Ao considerar a relevância deste problema de saúde pública, a OMS recomenda a adoção de instrumentos estratégicos que facilitem a organização dos serviços, a formação de profissionais e a distribuição de recursos para a promoção da atividade física.

Num estudo realizado em Portugal com base no Questionário de Motivação para o Exercício, percebeu-se que a participação em atividades físicas diminui ao longo da idade (Marivoet, 2001, cit. por Moutão, 2005). Tal evidência poderá refletir a fraca capacidade dos ginásios para atrair e manter os participantes. Também neste estudo se demonstrou que a “saúde e bem-estar” são a principal motivação dos praticantes de *fitness*. Como considera Moutão (2005), a intervenção técnica neste âmbito tem de ser, primeiramente, direcionada para estes fatores. Para tal, é necessário a integração e valorização dos aspetos psico-fisiológicos e subjetivos da prática de exercício. Sugerindo a criação de condições que promovam a saúde positiva e a motivação intrínseca, bem como o evitamento da diminuição das mesmas.

A prática do desporto de alta competição começou a usufruir dos benefícios da ciência psicológica. A visibilidade da eficácia da psicologia nos resultados dos desportistas de alta competição, segue nos dias atuais, aliada à crescente banalização do *fitness*, deste modo, o sujeito quando adepto da atividade física, facilmente poderá perceber os seus benefícios. Contudo, o contato do cidadão comum com o conhecimento de algumas técnicas da psicologia do desporto, é hoje apenas introduzida no meio *fitness* por profissionais envolvidos do meio como o *personal trainer*, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Estes profissionais, embora possam ser reconhecidos pela sua formação e experiência, carecem de conhecimento sobre os fenômenos e estratégias psicológicas que aqui podem ser agregadas.

Palma (2001) afirma que embora os discursos empregados utilizem a saúde como aspeto legitimador, a utilização das diferentes técnicas de treinamento físico têm uma preocupação maior com a estética corporal. Desta forma, questiona a validade destas estratégias.

Segundo Levine e Murnen (2009), dada a ênfase colocada na aparência e a importância da atratividade na sociedade ocidental, as imagens idealizadas nos media colocam pressão na aquisição de um perfil estético considerado superior, implicando um impacto negativo na percepção da imagem corporal. Parece importante determinar os fatores motivacionais positivos

ou negativos na promoção das alterações na imagem corporal em cada indivíduo (Buckworth, Dishman, O'Connor, & Tomporowski, 2013). Neste sentido, será importante considerar estratégias mais adequadas de uma motivação positiva para a prática da atividade física. A crescente difusão de informações e imagens a respeito de saúde, do corpo e todas as formas de movimento com promessas de uma aparência e imagem corporal ideal, resultam num aumento pela procura de atividade física, mas não garantem adesão continuada à mesma.

O objetivo do presente projeto prende-se em colmatar a necessidade de um técnico (o psicólogo) que intervenha na mudança comportamental para a adesão à prática da atividade física em um meio que procura a esta dar resposta e que não está ainda apto tecnicamente para o realizar sustentavelmente. Na integração de uma equipa multidisciplinar, o papel do psicólogo é o de promover, despertar para a necessidade e benefícios, desconstruir a perceção de falsas expectativas e incidir sobre a adesão de uma prática continuada da atividade física em vários âmbitos.

MÉTODO

Participantes

Os participantes deste projeto são entidades como Ginásios, Associações, Juntas de Freguesia, Centros de Saúde e Empresas, residentes e/ou trabalhadores em Portugal, sem diferenciação sexual ou intervalo exclusivo relativamente à faixa etária.

Material

Modelo de Crença na Saúde (Becker & Mainman, 1975, cit. por Coleta, 2003)

Quando a motivação para o comportamento é a saúde este modelo assume que as pessoas antecipam as situações negativas para a sua saúde e tentam evitá-las ou reduzir o seu impacto. A sua aplicação mais promissora reside no desenvolvimento de mensagens passíveis de persuadir os indivíduos a tomar decisões saudáveis (Berger et al., 2002, cit. por Moutão, 2005).

Entrevista Motivacional – EM (Miller & Rollnick, 1983, cit. por Coleta, 2003)

Tem como objetivo a modificação do comportamento de risco por meio da exploração e resolução da ambivalência dos clientes, relativamente à mudança de determinado comportamento. Atualmente, a técnica encontra-se associada positivamente ao nível das diabetes (West, 2007, cit. por Figlie & Guimarães, 2014), dietas (Brug et al., cit. por Figlie & Guimarães, 2014), transtornos da alimentação (Dunn et al., 2006, cit. por Figlie & Guimarães, 2014), família e relacionamentos (Cordova et al., 2005, cit. por Figlie & Guimarães, 2014) e problemas relacionados com o álcool (Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006, cit. por Figlie & Guimarães, 2014). A investigação evidencia que é uma intervenção de baixo custo e facilmente aplicável em qualquer ambiente de saúde ou comunidade (Figlie & Guimarães, 2014). Verifica-se equivalente a outros tratamentos, superior a ausência de tratamento e apresenta uma associação positiva com menor tempo despendido e eficácia (Lundahl et al., 2010).

Teoria de Autodeterminação – TAD (Wilson, Mack e Grattan, 2008, cit. por Laureano, 2014)

A TAD constitui uma meta-teoria dialético-organística que representa os desafios atuais enfrentados pelos seres humanos em torno de assimilação e adaptação a ambientes sociais. É usada para examinar os fatores que moldam a motivação intrínseca, compreender, prever e intervir no comportamento (Hagger & Chatzisarantis, 2008, cit. por Laureano, 2014). Contribui para perceber a motivação autodeterminada que influencia as atitudes relacionadas com o exercício físico e sugere que a regulação, identificada como a motivação intrínseca relacionam-se com atitudes positivas face ao exercício e bem estar (Wilson, Mack, & Grattan, 2008, cit. por Laureano, 2014). Os estudos de Edmunds et al. (2009) apontam que exercícios prescritos desta forma terão maior probabilidade de desencadear resultados mais positivos em termos de adoção e adesão.

Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTMC) (Prochaska et al., 1994, cit. por Silva, 2010)

O MTMC delinea o caminho percorrido por uma pessoa em qualquer processo de mudança comportamental. Projetos comunitários realizados com o objetivo de promover a AF em mulheres, permitiram perceber que o MTMC pode ser um modelo eficaz para alcançar a mudança de

comportamento pretendida (Atwood et al., 2004; Pruitt et al., 2005, cit. por Silva, 2010), permitindo concluir que a motivação intrínseca aumentou significativamente. Utilizando o MTMC, Araújo (2015) verificou numa população de idosos que na análise de relação entre os prós e contras associados ao exercício com os estados de mudança foi possível observar uma evolução positiva no que se refere aos contras e prós.

Modelo de Auto-Eficácia (Bandura, 1977, cit. por Borges et al., 2015)

Designa a convicção que o sujeito tende a envolver-se numa atividade quando a percebe dentro dos limites das suas capacidades e sente confiança na sua realização. A escala de autoeficácia para atividade física apresenta validade, consistência interna e fidedignidade adequada para avaliar esse construto em idosos (Borges et al, 2015). Segundo o autor, evidências apontam que um aumento na autoeficácia para certos comportamentos como a caminhada.

Procedimento

A Psicologia da Atividade Física consiste no estudo científico do comportamento e dos fenômenos da mente, os seus desenvolvimentos e as suas manifestações conscientes e inconscientes (Weinber & Gould, 1995, cit. por Moutão, 2005). Os objetivos centrais, consistem em perceber como é que os fatores psicológicos afetam o rendimento físico dos indivíduos e compreender como é que a participação no exercício físico afeta o desenvolvimento psicológico e o bem-estar das pessoas.

A implementação do *Psycofitness* incide na intervenção a nível individual, grupal, social e organizacional. Assim, propomos algumas estratégias de intervenção com base na revisão de literatura existente no que se refere à utilização das técnicas e modelos mais eficazes com vista à mudança comportamental.

RESULTADOS

Moreira (2001, cit. por Santos & Knijnik, 2006), enfaticamente revelou que “a motricidade realça o corpo realçando o autoconceito”. Percebendo

que o risco de um cliente abandonar o tratamento após a primeira consulta é superior a 50%, as estratégias descritas anteriormente contribuem muito para que isso não aconteça. Uma medida adicional aumenta significativamente a taxa de clientes que dão continuidade ao tratamento, um simples contato pós-consulta, que aumenta a taxa de retorno em mais de seis vezes (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003, cit. por Figlie & Guimarães, 2014). Segundo Prochaska & Diclemente (1983), a constituição de uma aliança aumenta as hipóteses de persistência no programa e nos seus objetivos, diminuindo as hipóteses de desistência.

A intervenção de psicólogos na saúde, para além de contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes dos serviços de saúde, pode também contribuir para a redução de internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicamentos e utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (Teixeira, 2004).

A atuação da valência de psicologia na prática de exercício físico na população, vem otimizar a possibilidade de adesão, expandindo a conexão corporalidade-mentalidade. Assim, esperamos resultados eficazes no impacto da atividade física na população, correspondendo a vários níveis no que se refere à saúde e qualidade de vida.

DISCUSSÃO

Partindo do pressuposto que a adesão e manutenção no exercício é um tema importante para os ginásios e *health clubs* será de esperar que futuramente, a avaliação do perfil psicológico dos praticantes (motivos, crenças, barreiras, determinantes, atitudes, etc.) venham a fazer parte do protocolo de avaliação dos praticantes de ginásios e que venham a ser implementados planos de superação de barreiras tanto físicas como psicológicas e programas de treino psicológico que auxiliem os praticantes (Moutão, 2005).

Preenchemos a lacuna de intervenção psicológica, inserindo o técnico mais apto para trabalhar as questões de mudança de comportamento, utilizando os recursos mentais para potencializar os resultados obtidos e intervir no caso de diagnóstico de psicopatologia.

Contribuiremos para os objetivos previstos pelo PNPAF (2017) e corresponderemos aos interesses da OMS. Estrategicamente, será adotada uma abordagem combinada, em que ambas as dimensões, políticas centrais (*top-down*) e atores no terreno (*bottom-up*) são importantes para a implementação e sucesso das diretrizes. Combinando as abordagens por forma a possibilitar que a implementação potencie os pontos fortes e minimize as fraquezas.

Neste sentido, de forma a colmatar esta lacuna, tanto no meio *fitness* como na prática da Psicologia, é nosso objetivo intervir perante este fenômeno, promovendo a prática da atividade física e de uma vivência mais saudável, investindo na partilha de informação sobre os seus benefícios e investigando sobre o impacto no indivíduo e na sociedade. Enquanto psicólogos, pretendemos incentivar, motivar, educar e acompanhar a mudança de comportamento saudável na população, contribuindo assim para um aumento do seu bem-estar, do indivíduo e daqueles que o rodeiam.

REFERÊNCIAS

- Araújo, C. (2015) *Motivação e Auto Determinação para a prática de atividade física em idosos* (Tese de Mestrado). Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Disponível em https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=19141
- Batty, D., & Thune, I. (2000). Does physical activity prevent cancer? Evidence suggests protection against colon cancer and probably breast cancer. *BMJ: British Medical Journal*, *321*(7274), 1424. doi 10.1136/bmj.321.7274.1424
- Bratz, E. (2010) *Psicologia do exercício e atividade física: Promoção da qualidade de vida e prevenção do stress*. *Meu Artigo*. Disponível em <http://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao/psicologia-exercicio-atividade-fisica.htm>
- Biddle, S. J., & Mutrie, N. (2007). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.
- Borges, R. A., Rech, C. R., Meurer, S. T., & Benedetti, T. R. B. (2015). Validity and reliability of a scale to assess self-efficacy for physical activity in elderly. *Cadernos de Saúde Pública*, *31*(4), 701-708. doi: 10.1590/0102-311X00081414

- Buckworth, J., Dishman, R., O'Connor, P., & Tomporowski, P. (2013). *Exercise Psychology* (2nd ed). London: Human Kinetics.
- Coleta, M. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: Construção e validação. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 111-122.
- Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2017). Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica.aspx>
- Edmunds, J, Ntoumanis, N., & Duda, J. (2009). Helping your clients and patients take ownership over their exercise: Fostering exercise adoption, adherence, and associated well-being. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 13(3), 20-25.
- Figlie, N. B., & Guimarães, L. P. (2014). A Entrevista Motivacional: Conversas sobre mudança. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, 34(87), 472-489. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1415711X2014000200011&lng=pt&tlng=pt
- Santos, S.C., & Knijnik, J. D. (2006). Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária I. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 5, 23-34. Disponível em http://www.academia.edu/3601776/MOTIVOS_DE_ADES%C3%83O_%C3%80_PR%C3%81TICA_DE_ATIVIDADE_F%C3%8DSICA_NA_VIDA_ADULTA_INTERMEDI%C3%81RIA_ADULTA_INTERMEDI%C3%81RIA
- Laureano, M. (2014). A teoria da Autodeterminação em contextos de exercício e/ou atividade física. *Revista Digital*, 191. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd191/a-teoria-da-autodeterminacao-em-atividade-fisica.htm>
- Levine, M., & Murnen, S. (2009). “Everybody knows that mass media are/are not (pick one) a cause of eating disorders”: A critical review of evidence for a casual link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Research Gates: Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42. doi: 10.1521/jscp.2009.28.1.9
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, A. (2010) A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160. doi: 10.1177/1049731509347850
- Moutão, J. (2015). *Motivação para a prática de exercício físico: Estudo dos motivos para a prática de atividades fitness em ginásios* (Tese de Doutoramento). Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes. Disponível no RCIPS, <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/392/1/Tese%20Mestrado%20J%C3%A3o%20Mout%C3%A3o.pdf>

- Palma, A. (2001). Educação Física, corpo e saúde: Uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 22(2).
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395. doi: 10.1037/0022-006X.51.3.390
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22(3), 441-448. Recuperado em 04 de dezembro de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300002&lng=pt&tlng=es
- Silva, A. (2010). *O modelo transteórico de mudança de comportamentos na promoção da actividade física nas grávidas* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde: Instituto Politécnico do Porto. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.22/749>

FORMAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO PSICOTERAPEUTA

Gonçalo Gabriel¹ (✉ goncalob.gabriel@gmail.com) & António Pazo Pires¹

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal

A formação contínua apresenta-se como um instrumento útil e basilar na aquisição e manutenção do conhecimento e das competências. É, igualmente, um mecanismo essencial no combate à possibilidade de obsolescência profissional (Ross, 1974). A formação contínua visa actualizar os psicólogos relativamente a conhecimentos e desenvolvimentos relevantes para as suas práticas (Neimeyer et al., 2009). Daniels e Walter (2002) defendem que um dos focos da formação contínua deve recair sobre novos métodos de tratamento empiricamente comprovados. A formação contínua é também um dos mecanismos mais eficazes no desenvolvimento, aumento e sustentação da competência profissional (Neimeyer, Taylor, & Rozensky, 2012). Há um atraso substancial associado ao estudo empírico da formação contínua e os seus efeitos na competência profissional e na prática clínica (Neimeyer, Taylor, & Orwig, 2013; Neimeyer, Taylor, & Philip, 2010; Wise et al., 2010). Na Psicologia e na Psicoterapia continua por esclarecer se maiores níveis de participação em actividades de formação contínua se traduzem na prática (Neimeyer, Taylor, & Wear, 2009)

Por outro prisma, a natureza prática e *in loco* da formação contínua é um factor relevante, não obstante os custos associados. Num estudo de 2007, 78% dos inquiridos percepcionaram este factor como sendo catalisador da aprendizagem (Fagan, Ax, Liss, Resnick & Moody, 2007). No domínio da formação contínua, apenas os resultados associados a aprendizagens formais apresentam alguns estudos empíricos. Resultados associados a actividades informais (e.g. leitura bibliográfica, intervisão), a actividades acidentais (e.g. ensino, supervisão) e actividades não-formais (participação em colóquios) carecem de informação (Neimeyer, Taylor, & Cox, 2012). O maior volume de estudos existentes são fundamentalmente

sobre padrões de participação e satisfação. Neimeyer, Taylor e Wear (2009), constataram que na generalidade, os psicólogos, reportaram níveis altos de satisfação com as suas experiências de formação contínua formal, 79% dos inquiridos cotaram-nas como excelentes ou muito boas, reportaram ainda níveis de aprendizagem relativamente altos. Um outro dado encontrado refere-se à tradução do que foi aprendido na prática clínica, 64% dos participantes indicou que esta tradução ocorreu muito frequentemente a frequentemente. Adicionalmente 81% dos participantes concordaram com a afirmação de que as experiências de formação contínua os tornam mais eficazes enquanto profissionais. Neimeyer, Taylor e Philip (2010), num dos poucos estudos sobre tradução prática da aprendizagem, demonstraram que tanto a tradução das atividades de formação contínua em prática clínica melhorada, como a satisfação refletiram avaliações favoráveis. 82.7% da amostra classificou as suas experiências de formação como boas a excelentes e 62.8% dos participantes indicaram que houve tradução dos conhecimentos na prática frequentemente. Todavia, tirando este estudo e outros residuais, dentro da psicologia pouco é sabido acerca do impacto, percebido ou real, da formação contínua na prática clínica ou noutros resultados associados (Neimeyer, Taylor, & Wear, 2009).

A literatura aparenta ser ainda mais escassa relativamente ao estudo da formação contínua dos Psicoterapeutas. As amostras dos estudos já referidos são compostas principalmente por Psicólogos, das diversas áreas de especialização. Um dos poucos estudos efectuado é o de Orlinsky et al. (2001). Relativamente à formação em psicoterapia, verificaram que cursos, seminários e literatura profissional foram cotados como sendo menos influentes no treino dos psicoterapeutas, dando estes, primazia aos restantes aspectos do modelo tripartido. A supervisão foi apontada pelos psicoterapeutas como sendo o aspecto mais influente no seu desenvolvimento profissional. Uma conclusão a que os autores retiram, é que os psicoterapeutas não têm sido inquiridos acerca dos factores que efectivamente influenciam o seu desenvolvimento profissional. Em suma, a literatura transmite a ideia de que o estudo das psicoterapias e dos múltiplos factores associados, foi favorecido em detrimento do estudo dos psicoterapeutas (Orlinsky et al., 2005).

Dado este enquadramento, toma-se como objectivo desta investigação a análise da formação contínua em psicoterapeutas, a sua relação com a

competência profissional e as mudanças na prática clínica. Note-se que, nesta investigação formação contínua em psicoterapeutas compreende as formações de cariz formal efectuadas em contexto das associações e sociedades de psicoterapia existentes em Portugal. Pretende-se ainda, evidenciar quais as actividades de formação a que os psicoterapeutas atribuem maior importância na prática clínica.

MÉTODO

Participantes

Num total de 139 participantes que responderam ao questionário, apenas 102 participantes cumpriam o critério de elegibilidade (72.5%) encontrando-se à data a exercer psicoterapia. Os dados foram recolhidos colaborativamente com as Sociedades e Associações de Psicoterapia existentes em Portugal. A maioria da amostra era composta por indivíduos do sexo feminino (79.4%). No que diz respeito à formação académica de base, 90,2 % eram Psicólogos, 3% eram Médicos, 2% eram Assistentes Sociais e os restantes 5% de outras áreas. Em média a amostra dedica 12-17h/semana ao exercício enquanto psicoterapeuta e conta em média com 11-15 anos de experiência.

Material

Foi elaborado um inquérito por questionário aplicado em plataforma *online*, subdivididos em três grupos. Assim, perfazendo um total de 18 questões, o primeiro grupo (1 a 8) são de cariz sociodemográfico, à excepção da questão 5 que exclui todos os profissionais que não exerçam psicoterapia activamente. O grupo de questões 9 a 17 referem-se a actividades de formação dos psicoterapeutas. O grupo final inclui questão 18 a 37 assenta na formação contínua e no seu impacto, aplicada mediante uma escala do tipo *Likert*, (contando com 20 afirmações) de 1 a 5, sendo que “1 corresponde a “Discordo Completamente” e 5 a “Concordo Completamente”.

Os itens 18 a 37 representam uma escala que visa avaliar a competência percebida, as mudanças na prática clínica e a importância atribuída à

formação contínua. Neste sentido foram construídos 17 itens tendo por base estudos anteriores. Os itens 6, 9, 10, 16, 17, 18, 19 são uma adaptação, onde se foca a formação contínua, da subescala Crenças de Aprendizagem Profissional e Motivação do *Jefferson Scale of Psychoterapist Lifelong Learning* (Taylor & Neimeyer, 2015). O JSPLL é uma medida de auto-relato que explora as atitudes relativas à *Lifelong Learning*, e ao envolvimento em actividades académicas. Os itens 7, 8, 11, 12, 13, 15, 20 são uma adaptação do questionário elaborado por Sharkin e Plageman (2003), neste estudo os autores desenvolveram um instrumento de 20 itens que avaliava as crenças associadas à formação contínua obrigatória e à eficácia percebida decorrente da formação contínua. Os itens 1, 2 e 3 são uma adaptação do estudo de Schneider et al. (2014). Foi feita uma análise factorial exploratória à escala usada no presente estudo da qual surgiram 3 factores principais, estes foram denominados Sentido de Competência Profissional (Itens, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15), Percepção da Necessidade de Formação (Itens 16, 17, 18, 20) e Mudanças na Prática Clínica (Itens 1, 2, 5).

Procedimento

O questionário foi disponibilizado via online, através de link. Numa primeira fase foi enviado, via e-mail, para os secretariados das Associações e Sociedades de Psicoterapia existentes em Portugal e Acreditadas pela Ordem dos Psicólogos Portugueses. Foi pedido que disponibilizassem o questionário a todos os membros da instituição, incluindo os que se encontravam em formação. Numa segunda fase os questionários foram enviados individualmente a vários psicoterapeutas cujos os contactos estão disponíveis nos websites das Sociedades ou Associações de Psicoterapia.

RESULTADOS

Da análise factorial exploratória, feita à escala utilizada, obtiveram-se 5 factores com uma percentagem de variância explicada de 63%. Contudo,

dados apresentarem um Alfa de Cronbach pouco significativo, dois dos factores foram excluídos de análises posterior. Posto isto, os dados relativos aos itens 6, 7, 9 e 19 não foram considerados. Os restantes factores apresentavam um Alfa de Cronbach significativo. Os factores foram nomeados consoante o conteúdo dos itens, o factor Sentido de Competência Profissional inclui itens que medem a competência profissional percebida, e adicionalmente, a satisfação com as actividades de formação profissional. Este factor foi denominado tendo em conta a definição de competência proposta por Epstein e Robiner (2002) e por Taylor (2013), e que reflecte um processo activo de desenvolvimento profissional pautado por variáveis afectivas, morais, entre outras. Para os itens do factor *Sentido de Competência Profissional* obteve-se uma média de 4.38 ($SD=0.47$), o que indica um elevado grau de concordância com as afirmações que avaliam o sentido de competência e satisfação percebidos. Para o factor *Percepção da Necessidade de Formação* obteve-se uma média de 4.32 ($SD=0.60$), novamente há um elevado grau de concordância com a necessidade prática da formação contínua. Finalmente a média para o factor *Tradução na Prática Clínica* é de 2.66 ($SD=1.11$) indicando assim discordância moderada com afirmações acerca das mudanças efectivas resultantes da formação em psicoterapia, quer sejam a nível teórico quer a nível prático, ou seja, mudanças a nível da orientação teórica e prática clínica, ou a nível da identidade profissional não são verificadas. Foram feitos dois *sets* de análises, para fazer cumprir o objectivo do estudo. Em primeiro lugar e a título exploratório foram efectuadas análises correlacionais entre o número de formações efectuadas e os factores da escala não se encontrando qualquer relação. Para o segundo *set* de análise estatística, utilizaram-se testes paramétricos *T-Test* onde se efectuaram comparações de grupo. Comparando os participantes que não tinham formação em psicoterapia ($n=22$) com os que tinham ($n=80$), não se encontrando diferenças significativas. Em seguida comparou-se os que tem uma formação em psicoterapia ($n=46$) e os que têm duas ou mais formações ($n=34$), não se encontrando igualmente nenhuma relação significativa.

Relativamente aos métodos de aprendizagem a Tabela 1 apresenta a estatística descritiva dos mesmos. As sessões de supervisão, a terapia pessoal, a literatura profissional e participação em conferências são os métodos mais utilizados na formação dos psicoterapeutas. No que diz

respeito ao impacto percebido destes métodos de aprendizagem na prática clínica, 45.2% ($SD=2.73$) da amostra apresenta a terapia pessoal como sendo a mais influente, seguindo-se a supervisão com 41.3% ($SD=2.72$) da amostra e a Intervisão com 15.4% ($SD=3.29$).

Tabela 1

Métodos de Aprendizagem

Métodos de Aprendizagem	Frequência	%*
Sessões de Supervisão (Supervisando)	100	98.0%
Terapia Pessoal	93	91.2%
Literatura Profissional	92	90.2%
Participação em Conferências	91	89.2%
Workshops	75	73.5%
Consulta por pares/Intervisão	61	59.8%
Cursos Pós-Graduados	45	44.1%
Ensino (Enquanto Formador)	36	35.3%
Supervisão (Enquanto Supervisor)	32	31.4%
Estágio Profissional	27	26.5%
Uso de Ficheiros Multimédia	27	26.5%

*Percentagem dos casos

Ainda relativamente aos métodos de aprendizagem, os dados indicam que há um maior dispêndio de tempo com actividades de formação informais e formais, respectivamente literatura (em média 3.56h; $SD=2.96$) e ensino enquanto formando (em média 2.36h; $SD=3.24$).

DISCUSSÃO

As actividades de formação com valor social como a supervisão e a intervenção são mais facilmente associadas às mudanças na prática clínica. Estes resultados são congruentes com a literatura já existente para a Psicologia (Allen, Nelson, & Sheckley, 1987), para a Psicoterapia em Geral (Orlinsky, Botermans, & Ronnestad, 2001) e para a Psicanálise (Schneider et al., 2014). Destaca-se ainda, o reduzido número de participantes que beneficiou do uso de ficheiros multimédia (som e vídeo), o que revela um atraso, em Portugal, na utilização de um meio fundamental na aprendizagem em Psicoterapia, e de estágio profissional (que tenha incluído psicoterapia),

os dados desta última actividade são contrários aos obtidos por Orlinsky, Botermans e Ronnestad (2001). Estes autores obtiveram que o trabalho directo com pacientes era um dos factores mais influentes no desenvolvimento profissional. Embora se possa desenhar um paralelismo entre psicologia e psicoterapia, no que concerne objectivo da presente investigação, é necessário ter em consideração as especificidades afectas à formação em psicoterapia. São necessários estudos relativos à formação em psicoterapia, estudos que abordem por exemplo as variáveis emocionais em jogo no processo de decisão, que avaliem se a formação em psicoterapia incute nos formandos a necessidade de aprendizagem contínua ou que avaliem a qualidade de formações específicas e a sua influência na competência profissional.

Os dados apresentados respondem ao objectivo do estudo, contudo as características demográficas da amostra limitam a sua generalização. A amostra é composta maioritariamente por psicoterapeutas de orientação analítica, e dada a extensão e intensidade do seu processo formativo a disponibilidade para outras formações, é mais diminuta. A supervisão e a terapia pessoal enquanto actividades de formação mais influentes na prática clínica corroboram a afirmação precedente, estas actividades fazem parte do modelo tripartido (Terapia Pessoal, Seminários Didácticos e Supervisão) proposto para a formação analítica. Concomitantemente, sendo a amostra composta na sua maioria por psicoterapeutas de prática clínica dinâmica, salienta-se os dados obtidos nos estudos de Neimeyer, Taylor e Rozensky (2012), e Neimeyer, Taylor, Rozensky e Cox (2014) relativos à meia-vida do conhecimento para esta área, aproximadamente 17.07 anos, e que corroboram a ideia da necessidade de formação posterior é considerada menos urgente e mais espaçada. Estudos futuros poderiam beneficiar de uma amostra mais diversificada em termos de orientação teórica.

Concluindo no estudo é evidente a importância que os psicoterapeutas atribuem à formação, o que reforça a ideia de que a formação é um dos mecanismos mais eficazes no desenvolvimento da uma prática clínica mais abrangente e mais competente (Neimeyer, Taylor, & Rozensky, 2012). Futuramente deve-se apostar no estudo sistemático e na documentação da eficácia da formação contínua relativamente aos resultados a ela associados.

REFERÊNCIAS

- Allen, G. J., Nelson, W. J., & Sheckley, B. G. (1987). Continuing education activities of Connecticut psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*(1), 78-80. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.18.1.78>
- Daniels, A. S., & Walter, D. A. (2002). Current issues in continuing education for contemporary behavioral health practice. *Administration and Policy in Mental Health, 29*(4/5), 359-376.
- Epstein, R. M., & Robiner, W. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA, 226*-235. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Fagan, T. J., Ax, R. K., Liss, M., Resnick, R. J., & Moody, S. (2007). Professional education and training: How satisfied are we? An exploratory study. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(1), 13-25.
- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., & Cox, D. R. (2012). On hope and possibility: Does continuing professional development contribute to ongoing professional competence? *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 476-486. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/a0029613>
- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., & Orwig, J. P. (2013). Do continuing education mandates matter? An exploratory study of the relationship between CE Regulations and disciplinary actions. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(2), 99-104. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/a0030458>
- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., & Philip, D. (2010). Continuing education in psychology: Patterns of participation and perceived outcomes among mandated and nonmandated psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*(5), 435-441. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/a0021120>
- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., & Rozensky, R. H. (2012). The diminishing durability of knowledge in professional psychology: A Delphi poll of specialties and proficiencies. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(3), 364-371. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/a0028698>
- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., & Wear, D. M. (2009). Continuing education in psychology: Outcomes, evaluations, and mandates. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(6), 617-624. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/a0016655>
- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., Rozensky, R. H., & Cox, D. R. (2014). The diminishing durability of knowledge in professional psychology: A second

look at specializations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(2), 92-98. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/a0036176>

Orlinsky, D. E., Botermans, J.-F., & Ronnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36(2), 139-148. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/00050060108259646>

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., Gerin, P., Davis, J. D., Ambühl, H., Davis, M. L., & Schröder, T. A. (2005). The development of psychotherapist. In D. E. Orlinsky, & M. H. Ronnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (pp. 3-13). American Psychological Association. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/11157-000>

Ross, A. O. (1974). Continuing professional development in psychology. *Professional Psychology*, 122-128. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/h0037559>

Schneider, J., Wilkerson, D., Solomon, B., Perlman, C., Tsioles, D. D., Shelby, D., Sadow, L. (2014). Psychoanalytic training experience and postgraduate professional development: A survey of six decades of graduate analysts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 95, 1211-1233.

Sharkin, B. S., & Plageman, P. M. (2003). What do psychologists think about mandatory continuing education? A survey of Pennsylvania practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3), 318-323. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.34.3.318>

Taylor, J. M. (2013). The development of the professional competencies scale: An assesment of foundational, functional and continuing competencies for psychologists. *A Dissertation Presented to the Graduate School of the University of Florida*, University of Florida.

Taylor, J. M., & Neimeyer, G. J. (2015). The assessment of lifelong learning in psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(6), 385-390. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000027>

Wise, E. H., Sturm, C. A., Nutt, R. L., Rodolfa, E., Schaffer, J. B., & Webb, C. (2010). Life-long learning for psychologists: Current status and a vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(4), 288-297.

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL APLICADA A FOBIA SOCIAL NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Graziela Sapienza¹, Caroline Negrello¹ (✉ carolinebnegrello@gmail.com), & Mayara Fistarol¹

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

A atenção às perturbações mentais tem levado a constantes mudanças de formas de as conceber e ao nível das práticas desde o processo da reforma psiquiátrica e acompanha a trajetória da reforma sanitária. Os cuidados dos pacientes com perturbações severas e persistentes passaram a ser prestados em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os quais visam o acompanhamento e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Ministério da Saúde do Brasil, 2007).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde do Brasil (2015) cerca de 3% da população do Brasil apresenta perturbações mentais severas e persistentes e 10% perturbações mentais leves. Entre as diferentes perturbações mentais, a ansiedade social – fobia social (F 40.10) emerge como uma perturbação de elevada prevalência, no Brasil e outros países. Por exemplo, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 5 – DSM-5 (APA, 2014), a prevalência de ansiedade social ascende a 7% nos EUA. Entre a população brasileira, destacamos dois estudos que atestam a sua elevada prevalência da fobia social. Um estudo com 493 estudantes brasileiros constatou que 23,12% tinham sinais de fobia social, sendo que a prevalência foi maior entre as participantes do sexo feminino (Fernandes & Terra, 2008). Em outro estudo com 1500 usuários de CAPS, 41% dessa população apresentou diagnóstico de fobia social (Almeida, Silva, Espínola, Azevedo, & Ferreira Filha, 2013).

Esta perturbação é caracterizada pelo medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. O diagnóstico é apropriado apenas se a fuga, medo ou antecipação ansiosa quando ao deparar-se com a situação social ou de desempenho, interferem significativamente na rotina diária, no

funcionamento ocupacional ou na vida do indivíduo, ou se causa sofrimento acentuado no próprio (APA, 2014). Muitos fóbicos sociais apresentam manifestações físicas (e.g., sudorese, rubor, palpitação, urgência para evacuar, entre outros), dificultam mais ainda a sua adaptação aos seus contextos de vida (Sudak, 2008).

De acordo com Rodebaugh et al. (2017), os sintomas de ansiedade social parecem estar diretamente relacionados com vulnerabilidades temperamentais. Entre estas, destacam-se os elevados níveis de comportamento de evitamento, baixos níveis na habilidade de aproximação/abordagem, e medos em relação à avaliação negativa. Os sintomas de depressão também são frequentes, porém, de acordo com o mesmo autor, desenvolvem-se em pessoas com temperamento evasivo. Os indivíduos com fobia social podem desenvolver um perfil dependente e baixos níveis de volição para procurar auxílio médico.

Após o diagnóstico desta perturbação, releva o encaminhamento para um tratamento com atendimento multidisciplinar. Santos, Osório, Loureiro, Hallak e Crippa (2011) ressaltam que existem diferentes tratamentos combinados que comportem o tratamento farmacológico e a psicoterapia, devido à diversidade de metodologias, mas assinalam a grande eficácia do tratamento combinado “psicoterapia cognitivo-comportamental” e administração de d-cicloserina. A eficácia das psicoterapias cognitivo-comportamentais (TCC), para o tratamento desta perturbação, tem vindo a ser crescentemente reconhecida (Ito, Roso, Tiwari, Kendall, & Asbahr; 2008; Mululo, Menezes, Fontenelle, & Versiani, 2009; Sudak, 2008), demonstrando ser uma das terapias mais eficazes no tratamento da fobia social. Contudo, existem manifestações subsindrômicas desta perturbação, que podem interferir no prognóstico da doença (Rodebaugh et al., 2017), tais como características de personalidade estáveis destes pacientes que podem interferir com as suas habilidades sociais independentemente do quadro da fobia social.

O objetivo deste trabalho é apresentar o relato de um caso clínico de perturbação de ansiedade social/fobia social atendido no CAPS com equipe multidisciplinar, incluindo atendimento psicológico com base na TCC.

MÉTODO

Participantes

J. é uma mulher de 28 anos, solteira, mora com a mãe e os irmãos na região metropolitana de Curitiba. Foi atendida num CAPS, o qual tem por

objetivo atender pacientes com perturbações mentais graves e persistentes. O atendimento iniciou-se a pedido da avó materna. As primeiras visitas domiciliares foram realizadas pelo profissional de psicologia e posteriormente começaram atendimentos pela equipe multidisciplinar composta por assistente social, enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional e técnico de enfermagem.

Procedimentos

O tratamento com base nas TCC utiliza de técnicas como a reestruturação cognitiva, a exposição, o relaxamento, o treino de habilidades sociais, e o treino em tarefas de concentração. Após a avaliação inicial da paciente, foi realizado uma análise das queixas e observações clínicas, a partir do que foram elencadas hipóteses de trabalho que nortearam o plano de tratamento formulado para a paciente. A partir das queixas e hipóteses de trabalho levantadas, foi estabelecido um plano de tratamento baseado nas TCC. O plano de tratamento (cf. Quadro 1) comportou 14 sessões, com vista à prossecução dos objetivos terapêuticos delineados. As sessões ocorreram com uma periodicidade variável e deram-se de diferentes formas, conforme o conceito de clínica ampliada: visita domiciliar, atendimento individual, interconsulta.

Quadro 1

Plano terapêutico com base na TCC

Técnicas utilizadas	Sessões	Objetivos
Avaliação inicial	1 à 8ª	Avaliar sintomas de medo, insônia, ansiedade, diminuição do prazer e interesses.
Estabelecimento de vínculo terapêutico		
Alívio de sintomas		J. era resistente à aproximação de profissionais.
Identificação de metas	9ª	Reconstrução de sua identidade, autoestima, diminuição do medo e aumento da interação social
Psicoeducação	A partir da 10ª	Identificar os pensamentos automáticos
Desensibilização sistemática	A partir da 10ª	Realização de aproximações sucessivas ao “objeto” do medo
Flexibilização de crenças	A partir da 11ª	Identificar as distorções cognitivas
Monitorização de pensamentos/emoções	A partir da 11ª	Questionar os pensamentos automáticos e distorções cognitivas
Reestruturação cognitiva	A partir da 14ª	Questionar as bases dos pensamentos à luz das evidências reais (questionamento sócrático) e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação do Caso Clínico

Problemas e sintomas. A avaliação inicial permitiu identificar queixas e observações clínicas relevantes para o desenvolvimento de hipóteses de trabalho que nortearam o plano de tratamento (cf. Quadro 2).

Quadro 2

Queixas da Paciente e Hipóteses para a Intervenção

Queixas e observações clínicas	Hipóteses de trabalho
Isolamento social por tempo prolongado	Fortalecimento da rede de apoio e estimular a participação nas atividades no CAPS.
Família emaranhada, com dificuldade de percepção do problema.	Conscientizar a família sobre o Perturbação psicológico de J. para que auxiliem no tratamento.
Baixo suporte familiar.	Fortalecimento da rede de apoio.
Ansiedade, baixa estima, tristeza e percepção negativa de si.	Desenvolver a auto regulação e discriminação das emoções e fortalecimento da auto estima.
Baixo suporte social.	Fortalecimento da rede de apoio.
Dificuldade na construção de identidade (pessoal, social e cívica)	Auxílio à assistência social para fazer documentos que J. não possuía. Estimulo ao autoconhecimento e à participação de atividades sociais.
Déficits em repertório social	Treinamento de habilidades sociais básicas

Situações precipitantes. J. é a filha mais velha de quatro irmãos. J. era uma criança tímida, envergonhada, com dificuldade em relacionar-se. Os sintomas fóbicos iniciaram-se a partir da adolescência, época em que J. sofreu *bullying* na escola por um longo período. Quando tinha 15 anos o seu “único” amigo suicidou-se. A partir daquele momento os sintomas de fobia e isolamento tornaram-se mais significativos. Ficou aproximadamente 10 anos fechada em casa. As suas relações interpessoais restringiram-se, a partir de então, à família nuclear.

Fatores predisponente. J apresentava crenças nucleares de inadequação e ineficiência, vendo-se a si mesma como fracassada; avaliando-se como sem valor perante os outros. Percebia o mundo como ameaçador e o futuro como incerto.

Fatores de manutenção. A codependência da família e a resistência no entendimento da doença, bem como de solicitar auxílio e ou tratamento.

Histórico de tratamento. Na adolescência foi avaliada por um médico e encaminhada para um atendimento psicológico que nunca se realizou. No final de 2014 passou por avaliação inicial da psicologia e psiquiatria, mas ainda se recusava a fazer tratamento.

Avaliação e diagnóstico. Foram realizadas 14 encontros, entre sessões de psicoterapia, consultas médicas e contatos com Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo que algumas foram em domicílio. Vale a pena ressaltar que as sessões não aconteceram de forma sistemática. No momento da entrevista inicial a paciente apresentou estranheza e receio, distanciando-se da psicoterapeuta. Na anamnese a paciente estava lúcida, orientada no tempo e espaço, com discurso organizado, autocrítica preservada, autocuidado prejudicado, sem déficit cognitivo aparente. Referiu dificuldade em sair de casa e muito medo das pessoas. Relatou também sobre o histórico familiar e médico. Durante a visita, a família apresentou-se com postura resistente a presença de profissionais da saúde e ao tratamento. Em contato posterior com a UBS, verificou-se que haviam poucos dados sobre o histórico da família e nenhum sobre a paciente em prontuários. Havia informações sobre tentativas de contato com a família, porém os mesmos apresentaram-se resistentes.

Na primeira visita domiciliar conjunta com o psiquiatra houve resistência inicial da paciente, mas foi possível realizar a entrevista psiquiátrica. Nessa situação foi prescrito tratamento farmacológico (cloridrato de paroxetina), porém sem conclusão diagnóstica. O diagnóstico de perturbação de ansiedade social/fobia social só foi possível após discussão do caso pelos diferentes profissionais envolvidos no caso.

Tratamento, Intervenção e Resultados

No processo terapêutico, J. expõe seus medos em entrar em contato com pessoas e o quanto se sente inferior às demais pessoas, frente a isso, um dos objetivos foi auxiliá-la na identificação de suas distorções cognitivas e pensamentos automáticos. Entre as distorções mais frequentes estavam, a leitura mental, filtro negativo, rotulação, formação do tipo deveria, procrastinação, catastrofização e comparações injustas. A partir das queixas e hipóteses de trabalho estabeleceu-se o plano de tratamento acima apresentado.

A clínica ampliada realizada pelo CAPS contribuiu e minimizou aspetos negativos do contexto social e da paciente, que incluía baixo nível socioeconómico, dificuldade de acesso ao tratamento, baixo suporte familiar e vulnerabilidade social. Durante as visitas domiciliárias foi perceptível o impacto do contexto em que a paciente vivia sobre a mesma. As visitas tornaram-se um meio facilitador no plano de cuidado à saúde mental, pois auxiliou no processo de vinculação e dessensibilização, visto que a paciente apresentava sintomas de fuga e grande isolamento social.

A ansiedade é, também, uma resposta condicionada, e tende a diminuir naturalmente por habituação, a partir de exposição dos estímulos aversivos (D’el Rey & Pacini, 2005). No caso desta paciente existiam vários estímulos aversivos iniciais (e.g. própria psicoterapeuta, e a luz solar). O processo iniciou com a entrada da psicoterapeuta na casa, depois com o contato com a luz solar e com o ambiente externo da casa. Somente depois conseguiu ir ao CAPS para os atendimentos. Porém tinha ainda dificuldade de sair do carro. Foi atendida uma vez no carro, e na sessão seguinte conseguiu entrar no consultório. Mas ainda apresentava sintomas físicos de ansiedade (sudorese, tremores e taquicardia). Foram várias sessões ainda com sintomas físicos e de desconforto.

A psicoeducação foi usada para que a J. compreende-se a perturbação de fobia social e seus sintomas, bem como os gatilhos comportamentais ou fisiológicos que a paciente apresentava. A psicoeducação também foi utilizada com a família, o que se revelou importante para a eficácia do tratamento (Ito et al., 2008). Neste caso, o perfil familiar resistente e superprotetor, dificultou o prognóstico. Vale destacar que a paciente apresentava um papel de “cuidadora” no contexto familiar, o que colaborava para que a família não alterasse seu padrão de comportamentos, por vezes até reforçando o padrão de isolamento da paciente.

Em várias sessões foram trabalhadas as distorções cognitivas, valendo-se dos relatos da paciente. Em uma das sessões ela descreveu um pensamento automático “eu sou estranha”. Retomou situações que viveu no ambiente escolar em que ficava isolada, pois percebia que os outros a olhavam de maneira diferente, gerando vergonha e retraimento. É comum que pessoas com fobia social interpretem pistas sociais de forma equivocada gerando sintomas físicos de ansiedade, sintomas comportamentais (e.g., isolamento), e cognitivos [e.g., as distorções e crenças de desvalor (Ito et al., 2008)]. J. foi estimulada à identificação destas distorções

cognitivas, através da rotulação e leitura mental, com isso pôde compreender que este pensamento automático influenciava os sintomas físicos, emocionais e comportamentais da ansiedade. Através do questionamento socrático foi estimulada a flexibilização deste pensamento e da crença central de desvalor, buscando assim uma reestruturação cognitiva.

Atualmente a paciente continua em tratamento, em sessões individuais e em grupo. O atendimento em grupo diminui o isolamento social e age como forma de exposição, contribuindo com o tratamento dos pacientes com fobia social (D'el Rey & Pacini, 2005). Apresenta remissão dos sintomas fóbicos, apesar de ainda demonstrar retraimento em situações sociais.

A fobia social é uma perturbação de grande prevalência na atualidade. Considera-se como tratamento eficaz a combinação de TCC e tratamento farmacológico. Neste caso específico, foi possível verificar uma melhoria significativa nos sintomas fóbicos e de isolamento social, porém existe resistência significativa dos familiares a aderirem à proposta de tratamento. Para a promoção de saúde mental, é necessário o auxílio da família na terapia como parte da rede de apoio. Neste caso, o CAPS II, como serviço público e clínica ampliada, apesar das suas limitações, foi fundamental como rede de apoio e para um prognóstico positivo desses usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

- Almeida, P. A., Silva, P. M. C., Espínola, L. L., Azevedo, E. B., & Ferreira Filha, M. O. (2013). Desafiando medos: relatos de enfrentamento de usuários com transtornos fóbico-ansiosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 528-534. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400010>
- American Psychological Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2007). *Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde do Brasil (2015). *Saúde mental em dados*. Ano 10, n. 12. Retirado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/saude-mental>
- D'el Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2005). Tratamento da fobia social circunscrita exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 231-235. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n4/26057.pdf>
- Fernandes, G. C., & Terra, M. B. (2008). Fobia social – Estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre Social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 57, 122-126. doi: 10.1590/S0047-20852008000200007.
- Santos, L. F., Osório, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, E. C., & Crippa, J. A. S. (2011). Tratamentos farmacológicos para o Perturbação de ansiedade social: Existem novos parâmetros na atualidade? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 238-246. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n6/05.pdf>
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 96-101. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a07v30s2>
- Mululo, S. C. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L., & Versiani, M. (2009). Tratamento cognitivo e/ou comportamental e Perturbação de ansiedade social. *Revista de psiquiatria*, 31(3), 177-186. doi: 10.1590/S0101-81082009000300007
- Rodebaugh, T. L., Levinson, C. A., Langer, J. K., Weeks, J.W., Heimberg, R. G., Brown, P., Liebowitz, M. R. (2017). The structure of vulnerabilities for social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 250, 297-301. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.073.
- Sudak, D. M. (2008). *Terapia Cognitivo Comportamental na Prática*. Porto Alegre: Artmed.

O ISOLAMENTO EM ADOLESCENTES QUE UTILIZAM PRODUTOS DERIVADOS DE TABACO

Graziela Sapienza¹ (✉ graziela_sapienza@yahoo.com.br) & Isabel C. Scarinci²

¹ Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil;

² School of Medicine, University of Alabama at Birmingham, USA

O consumo de produtos derivados de tabaco é um problema de saúde pública que se inicia cada vez mais cedo. Atinge países desenvolvidos e em desenvolvimento, homens e mulheres. A Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar realizada em 2008, com uma amostra de 252.768 indivíduos acima de 14 anos indicou a prevalência geral para o uso de produtos derivados do tabaco diário de 15,1%, variando de 17,4% na região sul a 12,8% na região norte (Barros, Cascaes, Wehrmeister, Martínez-Mesa, & Menezes, 2011).

No Brasil, há uma preocupação com o crescimento do uso precoce de produtos derivados de tabaco. A segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) (Brasil, 2013; Barreto, Giatti, Oliveira-Campos, Andreatzi, & Malta, 2014) realizada em 2012, em 26 capitais brasileiras e com escolares do 9º. ano ($n=61.037$), indicou que 22,6% já haviam experimentado cigarro e 28,5% tinha feito isso antes dos 11 anos. Houve uma maior frequência de experimentação entre escolares das escolas públicas (20,8%), na região sul (28,6%) e Curitiba foi a segunda capital com um número maior de estudantes que fizeram uso de cigarro alguma vez na vida.

Entre os escolares que experimentaram cigarro, um terço (27,2%) fez uso regular da substância, e destes, metade (50,5%) também fez uso, nos últimos 30 dias, de outros produtos de tabaco, especialmente o narguilé. Já entre os adolescentes que nunca experimentaram cigarro, apenas 2,7% usaram outros produtos de derivados de tabaco e, quando usaram, o narguilé foi o mais citado. Dados dessa mesma pesquisa mostraram que não há diferença entre meninos e meninas que experimentaram cigarros e que são fumantes regulares, entretanto, a prevalência de outros produtos

derivados do tabaco aponta que os meninos usam mais. A experimentação caiu entre as capitais investigadas em 2009 e 2012, porém o número de fumantes regulares não se alterou no mesmo período. A região Sul do Brasil destaca-se por ter a maior proporção de escolares que consomem cigarro (7,6%) e outros produtos derivados do tabaco (7,9%).

A adolescência, por si só, torna o indivíduo vulnerável a engajar-se em situações de risco, como violência, gravidez indesejada, evasão escolar e uso de drogas, incluindo álcool e tabaco (Schoen-Ferreira, 2010). Entretanto, muitos adolescentes submetidos às mesmas situações de risco decidem por se envolver em tarefas construtivas, tais como atividades escolares e prática de esportes, e apresentam comportamentos saudáveis. Esses adolescentes podem estar protegidos por fatores, tais como a competência social e as habilidades sociais que, quando desenvolvidas, favorecem o engajamento em comportamentos positivos.

Existe relação ao uso de substâncias, como tabaco, álcool e maconha, e déficits em habilidades sociais. Adultos usuários de produtos derivados do tabaco apresentam déficits em habilidades sociais e demonstram insegurança, ansiedade, frustração e timidez ao lidar com situações sociais de conflito. Além disso, déficits em habilidades sociais de autocontrole, assertividade e resolução de problemas prejudicam o enfrentamento às situações de risco à autoestima, podendo ocasionar, por um lado, fuga ou esquiva de situações interpessoais e, por outro, dificuldade em sentir-se sociável. Nas duas situações, o indivíduo pode buscar nas substâncias uma forma de sentir-se sociável e menos ansioso nessas situações, o que resolve em curto prazo, mas ao longo prazo prejudica ainda mais o desempenho social (Caballo, 2003).

Pesquisas com adolescentes corroboram a relação entre déficits em habilidades sociais e isolamento social, principalmente quando discutem as diferenças de gênero no início do uso de produtos derivados de tabaco. As meninas apontam fatores emocionais como desencadeadores para o início do uso desses produtos para aliviar sentimentos negativos, lidar com situações de estresse, compensação da solidão (não ter amigos), apoiar em situações difíceis e também aliviar para sentimentos de raiva, rejeição, impotência e solidão. Já os meninos relatam usar produtos derivados do tabaco como facilitador no enfrentamento de fatores ligados à própria fase da adolescência (auto-afirmação, necessidade de inserir-se no grupo e sentimento de onipotência) e à necessidade de ser parte de um grupo

(Almeida & Mussi, 2006; Borges & Barbosa, 2008; Oliveira & Gorayeb, 2012). Nota-se que meninos e meninas incluem entre os motivadores do uso de tabaco aspectos relacionados às dificuldades nas interações sociais.

Entre os adolescentes, o narguilé se destaca por sua crescente utilização e por seu caráter socializador. É comum observar adolescentes usando narguilé na presença e com o aval dos pais, que frequentemente não tem conhecimento de que o produto usado no narguilé é derivado do tabaco. O narguilé é usado para reunir amigos, compartilhar e facilitar a interação, podendo ainda ser usado objeto de decoração.

Identificar diferenças nos padrões de interação social é de extrema importância na adolescência porque interagir socialmente é uma importante tarefa dessa fase do desenvolvimento (Schoen-Ferreira, 2010). Especialmente em relação ao tabaco, vale lembrar que o grupo de pares exerce função importante no desenvolvimento desses padrões de interação e sua influência tem relação direta com o uso de produtos derivados do tabaco, isso porque possuir amigos fumantes foi associado ao uso regular de cigarros (Menezes, Dalmas, Scarinci, Maciel, & Cardelli, 2014). Além disso, o compreender esses padrões pode ser o diferencial na organização de ações de políticas públicas voltadas à prevenção de risco e promoção de saúde para essa população.

Desse modo, esta pesquisa investigou diferenças no comportamento de isolamento em adolescentes que utilizaram produtos derivados de tabaco (cigarro e narguilé) comparando com aqueles que nunca experimentaram produtos derivados de tabaco.

MÉTODO

Participantes

Fizeram parte deste estudo, 1649 adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 14 e 79 anos, cursando ensino médio.

Material

Questionário Sociodemográfico. Adaptado da pesquisa da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PENSE. Serviu para caracterizar a

população estudada e para separar os adolescentes nos dois grupos para análise, identificando aqueles que nunca experimentaram produtos derivados de tabaco e aqueles que já experimentaram.

Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters – MESSY (Matson, Rotatori, & Helsel, 1983). Investiga habilidades sociais em adolescentes de 11 a 17 anos com 62 itens a serem respondidos de acordo com uma escala de Likert. Apresenta um resultado geral de Habilidades Sociais, representado pela soma dos pontos brutos de todos os itens, além de resultados divididos em 04 fatores: (1) Agressividade/Comportamento anti-social, (2) Habilidades Sociais/Assertividade, (3) Presunção/arrogância e (4) Isolamento/Ansiedade social. Para este trabalho será analisado apenas o fator Isolamento/Ansiedade Social.

Procedimento

A partir de uma lista de escolas disponibilizada no site da Secretaria da Educação da cidade de Curitiba-PR, BR, foram sorteadas as 10 escolas que participariam da coleta de dados. Nas escolas que aceitaram, foi marcada uma reunião para explicar aos pais o projeto e pedir a assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Os alunos cujos pais assinaram o TCLE foram convidados a responderem os questionários, na própria sala de aula. Os dados foram analisados pelo SPSS versão 23.

RESULTADOS

Os resultados obtidos estão divididos em tabelas e, inicialmente, foram organizados os dados de caracterização dos participantes (Tabela 1).

A Tabela 1 indica que os participantes eram meninos e meninas, com a idade média de 16,03, sendo que a maior parte tem 17 anos (37,6%), mora com ambos os pais (60,2%) e não trabalha (65,7%). A maior parte desses adolescentes possui telefone celular (95,3%), computador (88,8%), acesso à internet (93,2%) e a família possui pelo menos um automóvel (82,3%).

Tabela 1

Descrição das características sócio-demográficas

		Participantes (n=1649)	
		N	%
Gênero	Masculino	840	50,8
	Feminino	815	49,2
Etnia	Branco	1118	67,6
	Negro	77	4,7
	Asiático	55	3,3
	Mulato	366	22,1
	Indígena	39	2,4
Idade	14	82	5,0
	15	396	23,9
	16	554	33,5
	17	623	37,6
Com quem mora?	Somente com o pai	76	4,6
	Somente com a mãe	452	27,3
	Ambos os pais	996	60,2
	Outro familiar	131	7,9
Trabalha?	Sim	568	34,3
	Não	1087	65,7
Possui telephone celular?	Sim	1576	95,3
	Não	77	4,7
Possui computador?	Sim	1468	88,8
	Não	185	11,2
Possui acesso à Internet?	Sim	1541	93,2
	Não	112	6,8
A família possui carro?	Sim	1361	82,3
	Não	292	17,7

Além disso, verificou-se o nível de escolaridade dos pais, e se obteve que, em geral, os pais cursaram até o ensino médio completo (27,1% das mães e 26,5% dos pais) ou menos ainda, apenas alguns anos do ensino fundamental (18,2% e 19,7%, respectivamente).

A Tabela 2 apresenta informações acerca do uso de produtos derivados de tabaco pelos adolescentes.

Tabela 2

Adolescentes que experimentaram e não experimentaram produtos derivados de tabaco (cigarro e narguilé)

	Cigarro		Narguilé		Cigarro e Narguilé	
Experimentou	833	50,3	284	17,3	284	17,3
Nunca experimentou	822	49,7	1369	82,7	1369	82,7

Nota-se que a maior parte dos adolescentes nunca experimentou narguilé (82,7%). Entretanto, um dado importante encontrado é que todos os adolescentes que experimentaram narguilé, também já experimentaram cigarro.

Os dados da Tabela 3 mostram que diferenças no padrão de isolamento, de acordo com a Escala MESSY, para adolescentes que usaram cigarro e narguilé, comparando com aqueles que nunca experimentaram produtos derivados de tabaco.

Tabela 3

Associação entre Isolamento/Ansiedade Social da Escala MESSY com o uso de cigarro e narguilé

	Adolescentes que usaram Cigarro					Adolescentes que usaram Narguilé				
	n	%	OR	IC95%	P	n	%	OR	IC95%	p
Isolamento/Ansiedade Social										
Muito baixo	209	52,8	1,00	ref.		58	14,7	1,00	ref.	
Baixo	231	47,7	0,82	(0,63-1,07)	0,14	110	22,7	1,70	(1,20-2,42)	<0,01*
Alto	167	44,9	0,73	(0,55-0,97)	0,03*	43	11,6	0,76	(0,50-1,16)	0,20
Muito Alto	221	56,5	1,16	(0,88-1,54)	0,29	73	18,7	1,33		0,14

Nota. OR: Odds Ratio; ref: categoria de referência. *Valores significativos para $p < 0,05$.

Adolescentes com isolamento “Alto” apresentam um risco de fumar cigarro de 27% maior do que aqueles caracterizados no grupo de isolamento/ansiedade social “Muito Baixo”. Por outro lado, um nível “Baixo” de isolamento/ansiedade social pode significar chances 30% maiores de fumar narguilé. As menores chances de fumar estão entre os adolescentes com grau de isolamento/ansiedade social denominado “Baixo” para cigarro e “Alto” para narguilé.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve o objetivo de verificar diferenças no comportamento de isolamento em adolescentes que utilizaram produtos derivados de tabaco (cigarro e narguilé) comparando com aqueles que nunca experimentaram

esses produtos. Foi possível obter um número significativo de adolescentes ($n=1649$) e os dados coletados parecem bastante representativos.

Inicialmente identificou-se que a população deste estudo possui características sociodemográficas semelhantes às informações obtidas pela PENSE, que indicou que a maior parte dos adolescentes brasileiros mora com ambos os pais, tem telefone celular e acesso à Internet, computador e não possui atividade remunerada. Uma informação um pouco diferente têm relação com a escolaridade dos pais, já que aqui a escolaridade não diferiu muito quando comparados pai e mãe e, na pesquisa do IBGE, a escolaridade do pai foi maior, sendo que a maior parte dos pais tinha ensino médio completo e a maior parte das mães tinha ensino médio incompleto.

A PENSE também identificou que 22,6% dos brasileiros haviam experimentado cigarro e quando considerados somente adolescentes que frequentam escolas, a prevalência é ainda maior (27,2%) e, entre esses, 50% também já havia experimentado narguilé. Além disso, chamou atenção indicando que a segunda capital com maior uso de produtos derivados de tabaco é Curitiba, na região sul do Brasil. Esta pesquisa, realizada em Curitiba, trouxe alguns dados alarmantes, mais de 50% dos adolescentes participantes já experimentou cigarro pelo menos uma vez e todos que experimentaram narguilé também já usaram cigarro. Com isso, é importante destacar que experimentar cigarro pode significar também o início do uso de outros produtos derivados do tabaco.

Quanto ao padrão de isolamento e de ansiedade social, verificou-se que há uma relação entre dificuldades de interação social e o uso de produtos derivados de tabaco. Adolescentes menos isolados ou menos socialmente ansiosos apresentam menores chances de fumar cigarro e, provavelmente, esses adolescentes são aqueles com menos dificuldades nas habilidades de interação social. Já em relação ao narguilé, os dados corroboram a ideia de que esse produto serve como instrumento socializador, isso porque um nível menor de isolamento ou menor grau de ansiedade diante de situações sociais foi associado a maior chance de usar narguilé.

Essas informações estão de acordo com o que a literatura demonstra ser importante para a compreensão do início e uso de produtos derivados de tabaco. Adolescentes podem usar produtos derivados de tabaco como facilitadores no enfrentamento de situações difíceis, como necessidade de

se inserir em um grupo, sentir-se onipotente ou aliviar sentimentos de solidão (Almeida & Mussi, 2006; Borges & Barbosa, 2008; Oliveira & Gorayeb, 2012).

A presença de isolamento relacionado ao uso de produtos derivados de tabaco, principalmente o cigarro e o narguilé, mais usados entre os adolescentes, indica a necessidade de ações para desenvolvimento de habilidades sociais e da competência social em programas de prevenção ao uso de tabaco por adolescentes. Outras informações sobre diferenças entre fumantes e não fumantes em características de habilidades sociais, inclusive diferenças de gênero, estão sendo analisadas para garantir dados eficazes para a prevenção. Vale a pena ressaltar que o alto índice de prevalência entre adolescentes brasileiros e, em especial, na região sul do Brasil requer medidas urgentes e de eficácia, considerando diferentes fatores de risco e de proteção relacionados ao uso de produtos derivados do tabaco, incluindo aspectos culturais, econômicos, sociais e individuais. Como a maior parte desses adolescentes frequentam escolas, vale lembrar que estratégias eficazes são muitas vezes baseadas em escolas.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. F., & Mussi, F. C. (2006). Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 456-463. www.ee.usp.br/reecusp/
- Barreto, S. M., Giatti, L., Oliveira-Campos, M., Andreazzi, M. A., & Malta, D. C. (2014). Experimentação e uso atual de cigarro e outros produtos do tabaco entre escolares nas capitais brasileiras (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17, 62-76. doi: 10.1590/1809-4503201400050006
- Barros, A. J. D., Cascaes, A. M., Wehrmeister, F. C., Martínez-Mesa, J., & Menezes, A. M. B. (2011). Tabagismo no Brasil: Desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(09), 3707-3716. doi: 10.1590/S1413-81232011001000008.
- Borges, M. T. T., & Barbosa, R. H. S. (2008). Cigarro “companheiro”: O tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. *Caderno de Saúde Pública*, 24(12), 2834-2842.

- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos.
- Matson, J. L., Rotatori, A. F., & Hiesel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*, 21(4), 335-340. <http://www.redalyc.org/pdf/284/28439207.pdf>
- Menezes, A. H., Dalmas, J. C., Scarinci, I. Maciel, S. M., & Cardelli, A. A. (2014). Factors associated with regular cigarette smoking by adolescents from public schools in Londrina, Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 30(4). doi: 10.1590/0102-311X00173412
- Oliveira, C. M., & Gorayeb, R. (2012). Diferenças de gênero e fatores motivacionais para início do tabagismo em adolescentes. *Saúde & Transformação Social*, 3(1), 49-54. <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265322710008.pdf>
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silves, E. F. M. (2010). Adolescência através dos Séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234. <http://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/20700/14751>

A HUMANIZAÇÃO COMO FACTOR DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Helena Morgado¹ (✉ a12366@alunos.ipca.pt), Mariana Carvalho¹, & Estela Vilhena^{1/2}

¹Instituto Politécnico do Cávado e Ave, Portugal; ²EPIUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal

De acordo com os dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o sistema de saúde português está fortemente dependente do sector hospitalar (OMS, 2016a), havendo um excesso de afluência aos hospitais e um tempo de permanência médio mais elevado quando comparados com os países da União Europeia (OMS, 2016a). No entanto, a escassez de profissionais de saúde hospitalares tem sido um motivo de preocupação há décadas, sendo que se prevê um aumento dramático deste problema até 2020 (Gilles & Peytremann-Bridevaux, 2014). De acordo com Gilles e Peytremann-Bridevaux (2014), esta escassez prende-se com três tendências: o envelhecimento da população, o envelhecimento da força de trabalho da Saúde e as duras condições de trabalho na Saúde. Neste sentido, a diminuição da força de trabalho combinada com o aumento da procura dos cuidados de saúde pode enfraquecer a sua qualidade, bem como a segurança dos doentes (Gilles & Peytremann-Bridevaux, 2014). A este respeito já dizia Woodward (2000a) que os Profissionais da Saúde estão a enfrentar desafios difíceis, uma vez que têm que prestar mais e melhores serviços de saúde com menos recursos. Será, pois, aceitável ambicionar-se a prestação de cuidados de saúde humanizados diante “de um trabalhador quase sempre mal remunerado, algumas vezes pouco incentivado e sujeito a carga considerável de trabalho”? (Hennington, 2008, p. 557). Tal como preconizado pela OMS, os sistemas de saúde necessitam de um número suficiente de pessoas e bem treinadas para prestar serviços de alta qualidade (Rechel & Mckee, 2014). Uma boa gestão de recursos humanos pode influenciar os cuidados prestados ao doente, nomeadamente no que diz

respeito à forma como os profissionais lhes aplicam quer os seus conhecimentos quer as suas capacidades técnicas e relacionais (Greenfield, Kellner, Townsend, Wilkinson, & Lawrence, 2014). Estas melhorias ao nível da qualidade e segurança do doente são indispensáveis em qualquer processo de acreditação hospitalar (Greenfield et al., 2014). A acreditação tornou-se uma marca registada para a qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo (Saleh, Sleiman, Dagher, Sbeit, & Natafgi, 2013). Segundo a definição da ISQUA (International Society for Quality Assurance), que foi adoptada pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), a *acreditação* “é um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (standards) e para implementar meios de melhorar continuamente” (Christo, 2014, p. 6).

Pelo exposto, é importante pensar-se em qualidade, até porque, ainda, há cuidados inadequadamente prestados e os eventos adversos ainda são uma constante na prestação dos serviços de saúde (Woodward, 2000b). Woodward (2000a) refere que a estrutura conceitual da prestação dos cuidados de saúde divide-se em três aspectos: estrutura, processo e resultado, conforme representado na Figura 1.



Figura 1. Estrutura conceitual da prestação de Cuidados de Saúde Adaptado (Woodward, 2000a)

Os cuidados centrados no doente implicam o envolvimento dos doentes (ou dos seus representantes) em actividades relacionadas com o planeamento, a concepção ou a avaliação da Gestão da Qualidade nos hospitais (Groene et al., 2014). Segundo os dados divulgados pela OCDE (2015a), a prestação de cuidados de saúde responsável e centrada no doente desempenha um

papel cada vez mais importante na política dos cuidados de saúde dos países da OCDE. A mesma fonte refere que os esforços para medir e monitorizar as experiências dos doentes têm levado a melhorias na qualidade dos cuidados de saúde (OCDE, 2015a).

Na definição dos cuidados centrados no doente não deve ser negligenciado o foco simultâneo nos profissionais de saúde. Nesse sentido, a abordagem centrada no doente, para ser bem-sucedida, deve considerar a experiência dos profissionais, que poderá ficar incontestavelmente comprometida se estes não cuidarem de si próprios, uma vez que a prestação de cuidados centrados no doente e na família exige que os Profissionais de Saúde dêem o máximo de si, quer física quer emocionalmente (Frampton et al., 2008). Deste modo, pode afirmar-se que os sistemas de saúde centrados na pessoa dependem, assim, dos seus Profissionais, uma vez que a melhoria dos seus resultados depende da disponibilidade, da acessibilidade, da aceitabilidade e da qualidade da força de trabalho da Saúde (OMS, 2015). Ter a perspectiva das pessoas significa, portanto, que os prestadores devem ver a pessoa como um todo (OMS, 2016b).

Neste contexto, a humanização significa que os cuidados de saúde devem estar, principalmente, relacionados com o ser humano na sua totalidade e não apenas com uma série de sintomas, doenças ou deficiências (Moore, 1999).

Na opinião de Moreira et al. (2015), a humanização pode ser entendida como um vínculo, entre os profissionais de saúde e os doentes, baseado em ações orientadas pela compreensão e apreciação dos sujeitos, reflectindo-se num comportamento ético e humano. Por outro lado, a humanização está associada à qualidade dos cuidados, que inclui o aperfeiçoamento dos profissionais e o reconhecimento dos direitos dos doentes (Moreira et al., 2015).

No contexto português, a humanização representou o ponto de partida para a elaboração da “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, publicada pelo Ministério da Saúde em 1997, e que veio dar origem à “Carta dos Direitos do Doente Internado”. A “Carta dos Direitos do Doente Internado”, apresentada pela DGS em 2005, engloba direitos preconizados em vários textos legais, nomeadamente na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na “Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia”.

Em suma, pode afirmar-se que a humanização consiste na “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (Cotta et al., 2013, p.172).

O presente estudo assume-se, assim, de elevada importância, porque a revisão bibliográfica indicou que a padronização de actos e procedimentos despersonaliza e, por conseguinte, desumaniza. De acordo com Howard, citado por Simões (2008), “o conteúdo mais evidente da desumanização é a transformação do doente num objecto, num número, a sua ‘coisificação’. Fazendo-o perder as suas características pessoais e individuais, prescindindo dos seus sentimentos e valores” (p. 8). Acresce, ainda, que, conforme afirmam Oliveira, Collet e Viera, (2006), “o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, sem dúvida, mas tem como efeito colateral a inadvertida promoção da desumanização” (p. 284).

Neste sentido, vários estudos têm demonstrado que o cumprimento de metas e indicadores, fruto da acreditação hospitalar, torna os cuidados de saúde mais impessoais. Apesar da revisão bibliográfica indicar que a humanização está relacionada com os direitos dos doentes e com a qualidade dos cuidados, não há instrumentos que avaliem essa humanização.

O presente estudo visa verificar se a adopção de um atendimento humanizado contribui para o aumento do índice de satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde, melhorando a qualidade dos serviços prestados.

Este estudo restringe-se ao internamento hospitalar, uma vez que “embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse espaço onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente” (Oliveira, Collet, & Viera, 2006, p. 282).

MÉTODO

Participantes

A população-alvo será constituída pelos doentes internados nos serviços de Cirurgia e Ortopedia, de três hospitais da zona Norte do País (um Hospital acreditado, um Hospital não acreditado e um Hospital não acreditado mas cujo lema é “humanizar para cuidar”), num determinado período de tempo. Os critérios de inclusão serão os seguintes: 1) estar internado nos serviços de Cirurgia ou Ortopedia; 2) idade superior a 18 anos; 3) não apresentar alterações do foro neurológico ou psiquiátrico.

A recolha de dados é feita a partir de três questionários de avaliação: o da satisfação dos utentes e o de avaliação da satisfação dos profissionais

de saúde (ambos em uso nos hospitais estudados); e do questionário de avaliação da humanização nos cuidados de saúde (construído e submetido a um pré-teste e validação, no âmbito desta investigação). Os pedidos de autorização de recolha de dados seguiram as regras instituídas nos hospitais, incluindo o consentimento informado para participação no estudo.

Material

Variáveis Sócio-demográficas – o sexo, a idade, a educação, o serviço e o tipo de hospital, usadas para descrever a amostra e como variáveis de controlo.

Variáveis da satisfação do utente internado – a simpatia, disponibilidade e rapidez do atendimento; a informação sobre o tratamento e medicação; a qualidade da alimentação; o conforto, higiene e limpeza das instalações; o silêncio e a privacidade, num total de 23 itens.

Variáveis de satisfação dos profissionais de saúde – o compromisso profissional; a segurança no trabalho; a supervisão, trabalho de equipa e cooperação; a organização do trabalho e boas práticas; a carreira e o desenvolvimento profissional, num total de 44 itens.

Variáveis de avaliação da humanização – a dignidade, a singularidade, a autonomia, a confidencialidade e a privacidade, num total de 25 itens.

Procedimento

A análise cuidada da “Carta dos Direitos do Doente Internado” e uma exhaustiva revisão bibliográfica foram a base da construção do questionário de avaliação da humanização. A Tabela 1 apresenta as linhas de orientação para a análise e a validação do instrumento.

Tabela 1

Directrizes para o Desenvolvimento e Análise de Escalas Adaptado (Hinkin, Tracey, & Enz, 1997)

Passo 1	Passo 2	Passo 3	Passo 4	Passo 5	Passo 6	Passo 7
Criação de itens	Adequação do Conteúdo	Administração do Questionário	Análise Factorial	Consistência Interna	Validação do Construto	Replicação

Serão aplicadas metodologias de análise estatística de forma a se poder aferir o índice de satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde, em contexto hospitalar. Serão testados os pressupostos de aplicabilidade das metodologias de análise estatística aplicadas. O nível de significância usado será de 5% e as análises serão efetuadas com recurso aos softwares SPSS versão 23.0 e EQS 6.1.

RESULTADOS

Espera-se que, ao avaliar a humanização nos cuidados de saúde, se possa, também, identificar medidas para a incrementar, assim como algumas causas de um atendimento não humanizado.

No sector da saúde, a investigação desenvolvida sobre a satisfação do doente tem demonstrado uma ligação entre a qualidade do serviço e a satisfação (Kitapcia, Akdoganb, & Dortyolb, 2014).

Conforme referido por Pedro, Ferreira e Mendes (2010) “a satisfação do utente constitui a sua avaliação pessoal da qualidade dos serviços de saúde que lhe foram prestados, podendo-se definir como o grau de congruência entre as expectativas do utente e a sua percepção da qualidade dos cuidados recebidos” (p. 176). Pelo exposto, sendo a avaliação da satisfação do doente um instrumento imprescindível para o sucesso na prestação dos melhores cuidados de saúde, com foco no doente, dando-lhe a possibilidade de participar no processo de avaliação (Agheorghiesei & Copoeru, 2013), a avaliação da humanização nos cuidados de saúde, em contexto hospitalar, torna-se, pois, num instrumento imprescindível para garantir plenamente a promoção do preconizado na “Carta dos Direitos do Doente Internado”.

DISCUSSÃO

A “Revisão Sobre a Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal de 2015”, realizada pela OCDE (2015b) refere que Portugal possui uma

impressionante gama de iniciativas de monitorização e melhoria da qualidade e que tem uma arquitectura de qualidade robusta que, ao contrário de muitos países da OCDE, cobre quase todo o sistema de saúde. Apesar disso, Portugal poderia fazer mais para fortalecer o papel do doente, no que diz respeito à garantia e melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente recolhendo e divulgando o *feedback* dos doentes (OCDE, 2015b).

A referida Revisão, salienta o facto de Portugal ter uma “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, deste 1997, que garante uma protecção oficial aos doentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como atribui ao doente a responsabilidade de cuidar da sua própria saúde, de cumprir as normas e os requisitos do sistema de saúde e de evitar despesas desnecessárias para o SNS (OCDE, 2015b). No entanto, na prática, o envolvimento do doente na tomada de decisão, ao nível do sistema de saúde, parece relativamente fraco, pelo que o fortalecimento do papel do doente, na garantia e melhoria da qualidade dos cuidados, deve ser uma prioridade, porque os doentes tem de estar mais envolvidos com o seu estado de saúde e também porque a satisfação com o sistema de saúde português tem sido historicamente baixa (OCDE, 2015b), facto que vem reforçar a necessidade do presente estudo.

REFERÊNCIAS

- Agheorghiesei, D.-T., & Copoeru, I. (2013). Evaluating patient satisfaction a matter of ethics in the context of the accreditation process of the Romanian hospitals. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 82, 404-410. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.283
- Christo, F. H. (2014). *Programa nacional de acreditação em saúde*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde – Direcção-Geral da Saúde.
- Cotta, R. M. M., Reis, R. S., Campos, A. A. O., Gomes, A. P., Antonio, V. E., & Siqueira-Batista, R. (2013). Debates atuais em humanização e saúde: Quem somos nós? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 171-179. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n1/171-179/pt>
- Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Smith, S. B., & Stone, S. (2008). *Patient-centered care improvement guide*. Camden: Picker Institute, Inc.

- Gilles, I., Burnand, B. & Peytremann-Bridevaux, I. (2014). Factors associated with healthcare professionals' intent to stay in hospital: A comparison across five occupational categories. *International Journal for Quality in Health Care*, 26, 2, 158-166. doi: 10.1093/intqhc/mzu006
- Greenfield, D., Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson, A., & Lawrence, S. A. (2014). Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: Lessons from an Australian study. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(4), 372-377. doi: 10.1093/intqhc/mzu039
- Groene, O., Sunol, R., Klazinga, N. S., Aolinwang, Dersarkissian, M., Thompson, C. A., Thompson, A., & Arah, O. A. (2014). Involvement of patients or their representatives in quality management functions in EU hospitals: Implementation and impact on patient-centred care strategies. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(S1), 81-91. doi: 10.1093/intqhc/mzu022
- Hennington, E. A. (2008). Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*, 42(3), 555-61. <https://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf>
- Hinkin, T. R., Tracey, J. B., & Enz, C. A. (1997). *Scale construction: Developing reliable and valid measurement instruments*. Nova Iorque: Cornell University.
- Kitapcia, O., Akdoganb, C., & Dortyolb, I. T. (2014). The impact of service quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 148, 161-169. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.07.030
- Moore, F. I. (1999). *Functional job analysis – Guidelines for task analysis and job design*. EUA: World Health Organization.
- Moreira, M. A. D. M., Lustosa, A. M., Dutra, F., Barros, E. O., Batista, J. B. V., & Duarte, M. C. S. (2015). Public humanization policies: Integrative literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3231-3242. doi: 10.1590/1413-812320152010.10462014
- OCDE. (2015a). *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2015b). *OECD Reviews of health care quality: Portugal 2015 – Raising standards*. Paris: OECD Publishing.
- Oliveira, B. R. G., Collet, N. & Viera, C. S. (2006). A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(2), 277-84. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>

- OMS. (2015). *Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people-centredness*. Dinamarca: Regional Committee for Europe.
- OMS. (2016a). *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*. Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- OMS. (2016b). *MEETING REPORT: Final consultation meeting of the European framework for action on integrated health services delivery*. Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- Pedro, S., Ferreira, P. L., & Mendes, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Encontros Científicos – Tourism & Management Studies*, 6, 175-189. doi: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ec/n6/n6a16.pdf>
- Rechel, B., & McKee, M. (2014). *Facets of public health in Europe*. Inglaterra: Open University Press – McGraw-Hill Education.
- Saleh, S. S., Sleiman, J. B., Dagher, D., Sbeit, H., & Natafqi, N. (2013). Accreditation of hospitals in Lebanon: Is it a worthy investment? *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 284-290. doi: 10.1093/intqhc/mzt018
- Simões, J. A. R. (2008). A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. A visão de um médico católico português. *Revista “Acção Médica”*, 72(2), 95-106.
- Woodward, C. A. (2000a). *Improving provider skills – Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care – A process of change*. Genebra: World Health Organization.
- Woodward, C. A. (2000b). *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care – A process of change*. Genebra: World Health Organization.

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS QUILOMBOLAS

Iana Felipe¹ (✉ iana_net@hotmail.com), Maria do Carmo Eulálio¹, Edivan Júnior¹, Vitória de Farias Maracajá¹, Rômulo Melo², Ênio Neves¹, & Ayane Duarte¹

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil;

² Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil

A expectativa de vida tem aumentado em muitos países, entre eles o Brasil, elevando assim a população idosa. Simultaneamente, inúmeras mudanças ocorrem nas condições de saúde dos idosos e, conseqüentemente, na sua Qualidade De Vida (QDV). Essas diversidades podem ser causadas por inúmeros fatores, entre eles, os de caráter biológico, derivado do próprio processo de envelhecimento, assim como, outros determinantes de saúde a exemplo dos relacionados às condições sociais, históricas e ambientais (Santos et al., 2014).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000) no âmbito da saúde, o termo QDV tem sido muito importante na promoção da saúde, sustenta-se numa concepção de satisfazer as necessidades mais essenciais da vida humana como a alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções concernentes de conforto, bem-estar e realização, tanto individual, como coletiva.

É válido apontar a relevância e necessidade da presente pesquisa que se refere à população quilombola, segundo Medeiros (2009), são às populações tradicionais, como os indígenas e quilombolas, estudos epidemiológicos e demográficos são escassos como também escassas as pesquisas em saúde. Além disso, para Torales (2013), as comunidades quilombolas encaram muitos problemas, a exemplo da grilagem de terra, da falta de apoio do governo e da escassez de condições de trabalho, saúde, educação, lazer e esporte, aspectos diretamente ligados à qualidade de vida desse grupo populacional.

O objetivo deste estudo foi avaliar os índices de qualidade de vida de idosos em comunidades remanescentes de quilombolas. Por isso, surgem diversas inquietações de como se encontram as condições de saúde e a qualidade de vida dos idosos que vivem em comunidades remanescentes de quilombolas e que, por sua vez, no decorrer da sua vida, tenham vivido algum determinante social de saúde desfavorável a um envelhecimento saudável (Santos et al., 2014).

MÉTODO

Participantes

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e de caráter exploratório, realizado em duas comunidades quilombolas localizadas no Estado da Paraíba: Pedra D'Água e Caiana dos Crioulos. Participaram do presente estudo 69 idosos com idades a partir de 60 anos, de ambos os sexos, residentes nas duas comunidades.

Material

Com a finalidade de caracterizar a amostra estudada foi utilizado um questionário sociodemográfico composto por questões e respostas estruturadas e a escala WHOQOL-OLD (Versão modificada) que busca avaliar a qualidade de vida na velhice. Este é um instrumento voltado especificamente para idosos, traduzido e validado no Brasil (Chachamovich et al., 2008).

Os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS (versão 18). Foram realizadas análises descritivas de frequência, porcentagem, média e desvio padrão. Os dados foram submetidos a análises de correlações de Pearson e teste *t* de *Student*. Adotou-se a significância estatística de $p \leq 0,05$.

Procedimento

As lideranças das comunidades foram contatadas e por meio destas os idosos convidados a participarem da pesquisa. A coleta foi realizada

preferencialmente nas associações, numa escola. Após o idoso ou seu responsável legal ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi feita a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. A aplicação de todo o protocolo com o participante teve um tempo aproximado de 40 a 60 minutos de duração.

RESULTADOS

Na Tabela 1 são desenvolvidas análises de correlação entre os domínios da qualidade de vida e variáveis demográficas (idade, escolaridade, tempo em que estudou, o número de filhos, renda própria, renda familiar) dos idosos.

Tabela 1

Descrição dos dados demográficos (variáveis contínuas)

	Idade	Tempo que estudou	Número de filhos	Renda pessoal	Renda Familiar
Média	69,62	1,29	5,70	824,09	1243,44
Desvio padrão	6,871	1,985	3,287	282,457	426,141
Mediana	68,00	0,00	6,00	724,00	1448,00
Mínimo	60	0	0	0	200
Máximo	88	9	12	1500	2172

A Tabela 2 mostra uma maioria de idosos do sexo feminino, casados, que nunca foram a escola. Em menor escala, os que consideram que não possui dinheiro suficiente (52,5%) e a grande maioria não mora sozinho (89,9%).

Na Tabela 3, a avaliação dos fatores que compõem o WHOQOL-OLD demonstrou que o fator da escala que apresentou maior média foi “Intimidade” 77,38 ($DP=23,78$) e a faceta que recebeu menor pontuação foi “morte e o morrer”, com média de 53,49 ($DP=29,44$).

A Tabela 4 buscou por correlações entre os domínios de qualidade de vida e de variáveis sociodemográficas. Nessa tabela não se encontrou correlação estatisticamente significativa.

A Tabela 5 não encontrou nenhuma diferença de qualidade de vida significativa entre os sexos. Houve uma média maior para o sexo masculino nas facetadas, morte e morrer e funcionamento sensorio.

Tabela 2

Descrição dos dados demográficos (variáveis categóricas)

		N	%
Sexo	Masculino	27	39,1
	Feminino	42	60,9
Estado civil	Casado ou vive com companheiro	45	65,2
	Solteiro(a)	5	7,2
	Divorciado(a), Separado (a)	2	2,9
	Viuvo(a)	17	24,6
Escolaridade	Nunca foi a escola	41	58,5
	Curso de alfabetização de adultos	10	14,3
	Nível Fundamental (1ª a 4ª)	17	24,3
	Nível Fundamental (5ª a 8ª)	1	1,4
Dinheiro suficiente	Sim	33	47,8
	Não	36	52,2
Mora sozinho	Sim	7	10,1
	Não	62	89,9

Tabela 3

Descrição dos níveis de qualidade de vida da amostra

	Funcionamento do Sensório		Atividades Passadas, presentes e futuras	Participação Social	Morte e Morrer	Intimidade	OLD total
Média	58,08	69,76	74,44	73,89	53,49	77,38	67,84
Desvio padrão	24,69	19,63	19,12	20,79	29,44	23,78	15,00
Mediana	50,00	68,75	75,00	75,00	50,00	87,50	68,75
Mínimo	0,00	12,50	12,50	0,00	0,00	0,00	29,17
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	93,75

Tabela 4

Correlação dos domínios de qualidade de vida e de variáveis sociodemográficas

	Idade	Escolaridade	Tempo em que Estudou	Número de filhos	Renda própria	Renda Familiar
Funcionamento do Sensório	-0,10	0,02	0,03	-0,08	-0,09	-0,11
Autonomia	-0,14	-0,03	-0,07	-0,17	0,00	0,04
Atividades Passadas, presentes e futuras	-0,05	0,09	0,00	-0,03	0,02	0,17
Participação Social	-0,13	0,08	0,03	-0,18	-0,00	0,15
Morte e Morrer	0,10	-0,10	-0,02	0,05	0,10	0,04
Intimidade	-0,06	0,07	0,18	0,04	-0,07	0,08
OLD total	-0,08	0,02	0,04	-0,08	-0,00	0,08

Nota. * $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$.

Tabela 5

Comparação de qualidade de vida entre sexo

	Sexo	Média	Desvio padrão	P
Funcionamento do Sensório	Masculino	58,33	19,30	0,94
	Feminino	57,92	27,91	
Autonomia	Masculino	68,51	17,80	0,67
	Feminino	70,57	20,92	
Atividades Passadas, presentes e futuras	Masculino	73,61	21,74	0,77
	Feminino	75,00	17,45	
Participação Social	Masculino	72,22	24,10	0,59
	Feminino	75,00	18,54	
Morte e Morrer	Masculino	60,64	27,45	0,10
	Feminino	48,78	30,07	
Intimidade	Masculino	76,38	26,25	0,78
	Feminino	78,04	22,32	
OLD total	Masculino	68,28	14,96	0,85
	Feminino	67,55	15,21	

DISCUSSÃO

Observou-se maior concentração de participantes do sexo feminino, resultado semelhante encontrado nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, BA (Santos, 2014). Isso se deve a comportamentos específicos do homem e da mulher: mulheres frequentam mais os centros de saúde, homens estão mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito e somam-se à prevalência de alcoolismo, drogas e tabagismo – vícios que afetam também mulheres, mas em menor proporção (Chaimowicz, 2006). As mulheres têm tendência de viverem sozinhas ou continuarem viúvas (41%). Já os homens se casam novamente. Neste contexto, muitas relatam solidão, mas outras consideram a viuvez como possibilidade de ter liberdade e autonomia (Camarano, 2006).

A baixa escolaridade foi predominante nos idosos pesquisados. Os dados revelam que 58,5% dos idosos nunca foi à escola, característica que é própria de uma faixa etária onde o acesso à educação era mais dificultado tanto pela acessibilidade, quanto pela própria valorização que era dada a essa população. Tais resultados corroboram achados da literatura que enfatizam a baixa escolaridade como uma das maiores dificuldades da população rural (Bertuzzi, Paskulin, & Morais, 2012).

Alguns estudos apontam que a aposentadoria cada vez mais tem se tornado a única fonte de renda de milhares de famílias. Aqui se percebe a importância do sistema previdenciário, possibilitando que estas pessoas, após uma jornada longa de trabalho e contribuição, possam se aposentar e usufruir desse benefício e, no caso das mulheres, também de pensão, além de contribuírem com a manutenção de milhares de famílias, como apontam Camarano e Pasinato (2002).

O índice de QDV Geral encontrado no presente estudo sugere uma pontuação mediana na escala WHOQOL-OLD dando sinais de que a avaliação da QDV nos idosos quilombolas esteve implicada de alguns prejuízos.

Nas comunidades remanescentes de quilombolas da cidade de Vitória da Conquista-BA, houve relatos de casos de idosos negros em que foi verificada a insatisfação com as suas condições de saúde e QDV. O idoso referiu dificuldade de acesso aos serviços de saúde, realizados na comunidade e problemas de saúde, o que pode ter proporcionado impacto na sua QDV. Mesmo assim, o idoso encontra-se satisfeito com as relações sociais, se sente feliz no seu cotidiano e menciona expectativas positivas de vida (Santos et al., 2014).

A avaliação do WHOQOL-OLD demonstrou que o fator da escala que apresentou maior média foi “Intimidade” 77,38 ($DP=23,78$). Esse domínio se propõe a medir a capacidade que o idoso tem de se relacionar intimamente e pessoalmente com outras pessoas (Chachamovich et al., 2008). No presente trabalho, o fator da intimidade revelou-se com um índice elevado quando se refere a questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual se pode compartilhar e dividir a intimidade mais do que com qualquer outra pessoa. Isso indica que os participantes refletem estar bastante satisfeitos com sua intimidade, mostrando a importância desse domínio para a avaliação da sua qualidade de vida.

Em contrapartida, a faceta que recebeu menor pontuação foi “morte e o morrer”, com média de 53,49 ($DP=29,44$). Num estudo realizado com idosos que vivem na zona rural do município de Uberaba-MG pressupõe-se que os participantes não apresentavam determinados mitos e preconceitos em relação à finitude da vida, que poderiam associar-se à percepção negativa sobre a morte, uma vez que o resultado desta investigação evidencia que esses aspectos não têm influenciado negativamente na QVD do homem idoso rural (Tavares et al., 2012). Este fator é

composto por questões relativas a preocupações, inquietações e temores acerca da morte ou de morrer (Leão & Alchieri, 2012).

Verifica-se para alguns domínios que os homens têm médias mais elevadas de QDV quando comparada as mulheres. No entanto, Sprangers et al. (2000) mostraram que fatores sociodemográficos como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida em idosos. Ainda, Segundo Castellón e Pino (2003) a qualidade de vida subjetiva é melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo. Os idosos, principalmente as mulheres, apresentam altas taxas de dependência e declínio da capacidade funcional, o que as leva a maior fragilidade, perda da autonomia e acaba impedindo-as de realizarem suas atividades cotidianas (Paz, Santos, & Eidt, 2006). Isso acontece pelo fato de as mulheres viverem mais, e, conseqüentemente, elas perceberão com mais intensidade os declínios e perdas que se acumulam conforme a maior longevidade.

O presente estudo encontrou algumas dificuldades em se tratando de fatores como a baixa escolaridade dos idosos e a dificuldade de acesso ao local. Para minorar as dificuldades encontradas com o grupo estudado, foi utilizada uma versão adaptada do WHOQOL-OLD para idosos com baixa escolaridade. Assim mesmo, faz-se imprescindível considerar as nuances que caracterizam as comunidades quilombolas como espaços distintos, que cultivam tradições, histórias e modos de vida singulares.

Mesmo diante das limitações, os resultados trazidos com essa pesquisa apresentam questões a serem trabalhadas com os idosos das duas comunidades pesquisadas. Deve-se pensar, a partir disso, que existem carências no tocante a elaboração de sentidos sobre a relação com as perdas e a finitude, uma vez que carecem de uma significação que aponte para a aceitação e/ou experimentação de um senso satisfatório quanto à avaliação deste fator na QDV. Estratégias como a educação continuada, grupos comunitários e orientações em saúde podem ser efetivadas junto aos grupos pesquisados, uma vez que eles demonstraram a importância do laço social na avaliação da sua QDV e sua aplicação pode resultar numa melhora dos fatores que afetam a sua QDV.

REFERÊNCIAS

- Bertuzzi, D. B., Paskulin, L. M. G., & Morais, E. P. (2012). Arranjo e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto e Contexto da Enfermagem*, 21(1).
- Camarano, A. A., & Pasinato, M. T. (2002). Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária. Como ficam as mulheres? Rio de Janeiro: IPEA.
- Castellón, A., & Pino, A. C. S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13(3), 188-92.
- Chaimowicz, F. A. (2006). Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: Problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, 31(2), 184-200.
- Chachamovich, E., et al. (2008). Brazilian WHOQOL-OLD module version: A rasch analysis of a new instrument. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 308-316. doi: 10.1590/S0034-89102008000200017
- Leão, I. S., & Alchieri, J. C. (2012). *Estudos das propriedades psicométricas da escala WHOQOL-OLD em idosos da região nordeste* (Dissertação mestrado em Psicologia). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Medeiros, A. L. C. L. (2009). *Síndrome Metabólica em Idosos Quilombolas e Não quilombolas no Estado do Amapá*. Dissertação Mestrado (Gerontologia). Universidade Católica de Brasília.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Paz, A. A., Santos, B. R. L., & Eidt, O. R. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm*, 19(3).
- Santos, V. C., et al. (2014). Condições de saúde e qualidade de vida de idoso negro quilombola. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 8(8).
- Sprangers, M. A., et al. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life. *J Clin Epidemiol*, 53(9). doi: 10.1016/S0895-4356(00)00204-3
- Tavares, D. M. S., et al. (2012). Perfil sociodemográfico, capacidade funcional e qualidade de vida de homens idosos residentes na zona rural. *Revista de Enfermagem e a Atenção à saúde*.
- Torales, A. P. B. (2013). *Qualidade de vida e autoestima de comunidades quilombolas no estado de Sergipe* (Dissertação de mestrado). Saúde e Ambiente. Universidade Tiradentes. Sergipe/Brasil.

O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA GRADUAÇÃO DE MÉDICOS

Ieda Franken¹ (✉ iedafranken@gmail.com), Clênia Gonçalves¹, Ana Costa¹, Valéria Araújo¹, & Bianca Sousa¹

¹Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ao abordar a questão do conceito de saúde mental entende-se que a mesma não está relacionada simplesmente à ausência de doenças mentais, mas engloba também, aspectos relacionados ao bem-estar físico e emocional, qualidade de vida, contexto social satisfatório, educação e satisfação nas atividades realizadas (Coutinho et al., 2012; Franken, 2010). Ademais, sabe-se hoje que a maioria das doenças, seja física e/ou mental, sofre influência de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2002).

No tocante aos transtornos mentais comuns (TMC), conhecidos também por transtornos psiquiátricos menores, são definidos como aqueles transtornos nas quais os quadros de transtorno mental são menos graves e mais frequentes (Fiorotti et al., 2010). Seus sintomas incluem alterações de memória, dificuldade de concentração e de tomada de decisões, insônia, irritabilidade e fadiga, assim como queixas somáticas (Rocha & Sassi, 2013).

Ser portador de algum desses transtornos menores representa custos em termos de sofrimento psíquico, assim como impacta os relacionamentos e a qualidade de vida, o que conseqüentemente, compromete o desempenho nas atividades diárias e torna-se a essência para o desenvolvimento de transtornos mais graves (Rocha & Sassi, 2013).

A incidência deste transtorno tem sido identificada em relação aos estudantes no ambiente universitário integrando em múltiplos processos que envolvem tanto aspectos externos – ambientes acadêmicos e sociais, quanto os aspectos internos do indivíduo – habilidade de encarar as diversas situações, as reações físicas psicossomáticas e os diferentes estados de humor (Feodrippe et al., 2013; Polydoro et al., 2001).

Muitos indivíduos irão apresentar o seu primeiro episódio psiquiátrico durante a graduação e, segundo uma revisão, 12% a 18% dos universitários apresentam alguma doença mental diagnosticável (Fiorotti, 2010). Fiorotti (2010) ainda aponta que alguns estudos conduzidos na área da saúde mental têm sido focados em estudantes da área da saúde, principalmente do curso de medicina, que expõe os estudantes a fontes de tensão desde o processo de admissão até o final da graduação, com a entrada no mercado de trabalho e em programas de residência médica.

Estudiosos (Feodrippe et al., 2013; Franken, 2014) trazem que a transição Escola-Universidade, entre adolescentes e jovens pode ser identificada como uma crise vital, que provoca respostas emocionais problemáticas, nos níveis de estresse e de ansiedade. Entrar em uma Universidade representa, em muitos casos, a primeira separação parental e familiar desses jovens, logo num período crucial da vida de um ser humano: *a adolescência* – fase de pleno desenvolvimento biopsicossocial, que marca a passagem do estado infantil para o adulto e é permeada por características psicológicas desse processo evolutivo, que envolve a expressividade, manifestações de comportamento, adaptação social; e são influenciadas pela cultura e sociedade na qual o jovem está inserido.

No contexto dos cursos de formação de médicos, em especial, há estudos que apontam uma maior prevalência de transtornos mentais comuns nesses estudantes do que na população geral. Neste sentido, Lima et al. (2006) fazem o seguinte questionamento: o sofrimento psíquico antecederia a escolha profissional ou o processo de formação vivenciado na graduação seria nocivo à saúde mental dos estudantes?

Sabe-se que, dentre os fatores de estresse presentes na graduação médica alguns deles são bastante comuns e frequentes, como a competição no processo de seleção antes do ingresso na faculdade, a sobrecarga de conhecimentos, a dificuldade na administração do tempo entre atividades acadêmicas e atividades de lazer, a grande responsabilidade, as expectativas sociais do papel do médico, o contato com a morte e inúmeros processos patológicos, entre outros fatores (Fiorotti et al., 2010).

Nesse mesmo contexto, há outro estudo que foi realizado com o objetivo de estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em estudantes do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), avaliando as correlações entre TMC e fatores de risco, através de um estudo transversal com 384 alunos do curso citado e utilizando o Self-

Reporting Questionnaire (SRQ-20). Os resultados deste trabalho apontaram para uma prevalência total de TMC associado ao período em que o aluno estava cursando (Rocha & Sassi, 2013).

O estudo realizado na Universidade Federal de Santa Maria, também com a utilização do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), mostrou que a prevalência de TMC entre estudantes do primeiro ao décimo semestre do curso de medicina foi de 37,1%, revelando taxas de adoecimento para algum tipo de transtorno psiquiátrico durante a graduação em torno de 15 a 25% (Benvegnue Deitos, 1996; Cerchiari et al., 2005).

Desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986), o Self-Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20) é indicado para rastreamento de transtornos mentais comuns. Trata-se de um instrumento autoaplicável, de muito baixo custo, e com alto poder discriminante, e cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório desses resultados (Gorenstein et al., 2016).

MÉTODO

Participantes

Trata-se de um estudo realizado na cidade de João Pessoa/PB – Brasil, de caráter descritivo e transversal. Registra-se, na oportunidade, que os participantes foram selecionados segundo técnicas de amostragem não probabilística, por critérios de conveniência para as pesquisadoras. A amostra escolhida para esta pesquisa foi de alunos do curso de medicina de uma universidade pública da Paraíba, que estivessem cursando do primeiro ao quinto período(semestre) letivo do curso. Para tal, os participantes foram abordados em suas respectivas turmas, na qual os pesquisadores passaram as recomendações para a aplicação dos instrumentos utilizados, seguido da entrega dos materiais.

Material

O instrumento Self-Reporting Questionnaire (SRQ-30) tem por objetivo permitir o rastreamento da saúde mental de determinada população. É um

instrumento auto-respondido, sendo composto por trinta questões, aonde vinte rastreia Transtornos Mentais Comuns, quatro os Transtornos Psicóticos, uma Convulsões, e cinco para o rastreamento de Transtorno por uso de Álcool (Coutinho & Saraiva, 2011).

Após algum tempo, este modelo sofreu uma redução de itens por parte de pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (OMS), ficando apenas com vinte questões, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), porém o início de sua aplicação se deu na década de 80, por Harding e colaboradores como uma resposta a demanda da para que se criasse um instrumento de rastreamento psiquiátrico que facilitasse a detecção, de forma simples e eficaz. Desse modo, após várias modificações e adaptações, é a versão mais utilizada até hoje. O uso prioritário foi na atenção primária de saúde, e se destina ao rastreamento de Transtorno de Humor, de Ansiedade e de Somatização, conhecidos como Transtornos Mentais Comuns (TMC). O SRQ-20 é também autoaplicável com boa capacidade de diferenciar corretamente casos de transtornos psiquiátricos, como sintomas psíquicos e somáticos. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final, por meio do somatório desses resultados (Gorenstein et al., 2016).

Os escores obtidos podem ser interpretados de forma qualitativa, para determinar um rastreamento positivo ou não, ou de modo quantitativo. O ponto de corte se estabelece para uma “suspeita” da presença de algum transtorno mental comum é feita com a pontuação superior ou igual a sete para os homens, e superior ou igual a oito para as mulheres. Esse ponto de corte é comparável a outros estudos realizados na mesma temática, que variam em um ou dois pontos para mais ou para menos (Gonçalves et al., 2008; Guirado & Pereira, 2016).

Com a finalidade de conhecer a amostra de participantes, também foi aplicado um questionário sócio demográfico elaborado pelas autoras do presente estudo. Neste questionário havia itens referentes à idade, sexo, nacionalidade, escolaridade, renda, trabalho, responsabilidade pelos afazeres domésticos e responsabilidade financeira.

Procedimento

Foram aplicados 93 questionários com alunos do curso de Medicina do primeiro ao quinto período, nas salas de aula do Centro de Ciências Médicas

(CCM). Para tal, os participantes foram abordados em suas respectivas turmas, na qual as pesquisadoras fizeram um pequeno *rapport*, seguido das recomendações exigidas para a administração dos instrumentos utilizados, e depois a entrega do material de aplicação.

Para a análise dos dados sócios demográficos utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20 – onde foram utilizadas medidas de posição, de variabilidade e testes de correlação e de comparação entre grupos.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 – Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde/MS – que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, do Centro de Ciências da Saúde (CCS).

RESULTADOS

A pesquisa revelou que 62 pessoas (66,7%) da amostra eram do sexo masculino. Quanto à idade, 48 (51,6%) tinham entre 20 a 22 anos, 24 (25,8%) tinham entre 23 a 25 anos, 19 (20,4%) apresentavam mais de 25 anos e apenas dois participantes (2,2%) tinham entre 17 a 19 anos. Quanto ao estado civil 88(94,6%) participantes eram solteiros e 5 (7,4%) eram casados ou viviam em uma relação estável. Em relação aos dados escolares, 87 participantes (93,5%) não tinham reprovado nenhuma disciplina até o momento da pesquisa, e dentre os seis (6,5%) que reprovaram quatro pessoas (4,3%) tinham reprovado em uma disciplina, ao passo que as outras duas pessoas (2,2%) tiveram reprovação em duas ou mais disciplinas.

Os dados dos participantes também mostraram aspectos relativos ao trabalho, responsabilidade financeira e responsabilidade pelos afazeres domésticos. Em relação ao trabalho, apenas 14 (15%) participantes trabalhavam, sendo 7 (7,5%) em empresa pública e o mesmo para empresa privada; 8 participantes (8,6%) trabalhavam 4 horas por dia, 3 (3,2%) trabalhavam 6 horas e 4 (4,4%) declararam trabalhar mais de 8 horas diárias. Quanto ao sustento financeiro, 68 participantes possuíam o sustento provido pelos pais (73,2%), e cinco (5%) por outros familiares. Quanto à responsabilidade

pelos pagamentos de contas, 28 (30,1%) participantes afirmaram ser os responsáveis por tal atribuição, 61 (66,5%) eram sustentados pelos pais, dois (2,2%) por outras pessoas e dois (2,2%) declararam viver de bolsa estudantil. Em relação à responsabilidade pelos afazeres domésticos 53 (57%) afirmaram ser responsáveis por estas tarefas, enquanto 40 (43,0%) não possuíam essa responsabilidade.

Em relação à saúde mental dos estudantes, os dados obtidos através do SRQ-20 apontaram que 57% dos participantes apresentaram a probabilidade de possuir TMM ($DP=0,49$). Dentre os 93 participantes, a sintomatologia mais presente, em 77 pessoas (82,8%) foi referente ao item se sentir nervoso, tenso ou preocupado. Outros itens que apresentaram elevada taxa de repostas positivas foram: Ficar cansado com facilidade (68,8%), Sentir-se cansado todo o tempo, Ter dificuldades para tomar decisões (66,7%), Dormir mal (60,4%) e Encontrar dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias (61,3%).

DISCUSSÃO

Os dados do SQR-20 apontaram positivamente para 57% de presença de sofrimento psíquico, evidenciando nervosismo (80,9%), cansaço frequente (67,6%), facilmente sentir-se cansado (66,2%), dormir mal (64,7%), incapacidade de tomar decisões (63,2%), insatisfação (61,8%), desconforto estomacal (41,2%) e perda de interesse (38,2%).

Analisando os resultados obtidos no teste SRQ-20 foi possível identificar uma correlação moderada entre as variáveis sexo e probabilidade de transtorno mental comum ($p=0,338$ e $sig=0,001$). Entretanto essa correlação encontrada não foi tão alta, o que pode ser explicada devido ao fato da amostra ser composta em sua maioria por participantes do sexo masculino. Outra correlação significativa, e alta, encontrada foi entre trabalhar e o horário de trabalho ($p=0,606$ e $sig=0,001$); e uma correlação baixa e inversa, mas significativa e importante para esse estudo, entre trabalho e responsabilidade pelos afazeres domésticos ($p=-0,297$ e $sig=0,004$) – o que se traduz pelo fato de que quanto mais a pessoa trabalha, menos responsabilidade pelos afazeres domésticos ela possui.

Assim como apontado pelo estudo de Rocha e Sassi (2013), a maior prevalência de TMC entre os estudantes de medicina se deu em relação aos alunos dos períodos iniciais do curso. Tal evidência pode ser corroborada através do que os autores apontam como a fase inicial, que causa um entusiasmo pela conquista de entrar em um curso tão concorrido, mas que logo se transforma em um sentimento de angústia e frustração devido à mudança na rotina, carga horária de estudos excessiva e diminuição do tempo destinado a atividades de lazer (Rocha & Sassi, 2013).

No presente estudo foi possível assegurar que os dados do SQR apontaram para um sofrimento psíquico individual, muito relacionado à dinâmica do curso de formação de médicos, que sobrecarrega o aluno. Entretanto, não há consenso na literatura acerca de qual momento do curso seria o mais propício ao desenvolvimento de transtornos mentais menores, pois esses dados sofrem influências internas e externas, variando de acordo com cada contexto.

Concluimos que há uma prevalência significativa (57%) de TMM nos estudantes participantes desse estudo, o que evidencia a necessidade de um projeto político-pedagógico que possa dar condições de uma vivência mais positiva em termos de bem-estar subjetivo dessa população.

Ademais, os resultados obtidos estimulam a pensar na oferta de profissionais que auxiliem o estudante no enfrentamento de suas dificuldades, buscando fortalecimento pessoal, oportunizando o incremento de suas possibilidades individuais e autoconhecimento, e assim sua capacidade de enfrentamento nos desafios que ora virão.

REFERÊNCIAS

- Benvegnu, L. A., Deitos, F., & Copette, F. R. (1996). Problemas psiquiátricos menores em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria: RS, Brasil. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 18, 229-233. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000099&pid=S1413-294X200500030001000007&lng=en
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 413-420. doi: 10.1590/S1413-294X2005000300010

- Coutinho, M. P. L., & Franken, I. (2012). Transtornos Mentais Comuns no Contexto Migratório Internacional. *PSICO*, 43(3), 400-407. Recuperado em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10512>
- Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E.R.A. (2011). *Métodos de pesquisa em psicologia social: Perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB.
- Feodrippe, A. L. O., Brandão, M. C. F., & Valente, T. C. O. (2016). Qualidade de Vida de Estudantes de Medicina: Uma Revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(3), 418-428. doi: 10.1590/S0100-55022013000300014
- Fiorotti, K. P., Rossoni, R. R., Borges, L. H., & Miranda, A. E. J. (2010). Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: Prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 59(1),17-23. doi: 10.1590/S0047-20852010000100003
- Franken, I. (2010). *Saúde mental e qualidade de vida em contexto migratório internacional: Um estudo com brasileiros e portugueses na cidade de Genebra*. Tese de Doutorado. Universidade Aberta de Lisboa. Lisboa. Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.2/2549>
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 380-390. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017
- Guirado, G. M. P., & Pereira, N. M. P. (2016). Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(1), 92-98. doi: 10.1590/1414-462X201600010103
- Gorenstein, C., Wang, Y.-P., & Hungerbühler, I. (2016). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Lima, M. C. P., Domingues, M. S., & Cerqueira, A. T. A. R. (2006). Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista Saúde Pública*, 40(6), 1035-41. doi: 10.1590/S0034-89102006000700011
- Mari, J. J., & Williams P. A. A. (1986). Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of São Paulo. *Brazilian Journal Psychiatry*, 148, 23-6. Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3955316>
- OMS. (2002). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://who.int/>

- Polydoro, S. A. J., Primi, R., Serpa, M. N. F., Zaroni, M. M. H., & Pombal, K. C. P. (2001). Desenvolvimento de uma escala de integração ao ensino superior. *Psico-USF*, 6, 11-7. doi: 10.1590/S1413-82712001000100003
- Rocha, E. S., & Sassi, A. P. (2013). Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica – UFPB*, 37(2), 210-216. doi: 10.1590/S0100-55022013000200008

SERÁ SUFICIENTE OS INDIVÍDUOS TEREM ELEVADAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS PARA DECIDIR EM SAÚDE?

Isabel Silva¹ (✉ isabels@ufp.edu.pt) & Glória Jólluskin¹

¹ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

O atual Plano Nacional de Saúde 2012-206, revisto e com extensão até 2020 (Direção Geral da Saúde, 2015), propõe-se reforçar o poder e responsabilidade dos cidadãos na melhoria da saúde individual e coletiva, numa dinâmica que integre a literacia em saúde, numa cultura de empoderamento e participação ativa. Este plano assume como objetivos a alcançar a capacitação dos cidadãos em saúde, estimulando-os a assumirem maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, permitindo-lhes assumir um papel mais ativo e participativo no sistema e nos processos de tomada de decisão.

Há mais de uma década, Kickbusch, Wait e Maag (2006) alertavam já para o facto de que apesar dos documentos relacionados com políticas de saúde destacarem frequentemente tópicos como “doentes informados”, “cidadãos envolvidos e ativos” e “*empowerment* das comunidades”, a generalidade dos cidadãos sente não dispor da informação necessária e não possuir as competências essenciais para tomar decisões sobre a sua saúde. Realidade que nos parece manter-se demasiado atual.

Os pobres níveis de literacia em saúde que caracterizam a realidade portuguesa (Entidade Reguladora de Saúde, 2017; Espanha & Ávila, 2016) assumem significativa importância se tivermos em consideração que é esperada esta participação ativa da parte de utentes e que, nos procedimentos clínicos, é necessário que o utente dê o seu consentimento informado. Esse consentimento consiste numa autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a determinado ato médico, qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida (Entidade Reguladora da Saúde, 2017).

A nível empírico, os resultados encontrados na investigação são contraditórios. Alguns autores (c.f., López-Carriches, Pérez-Bryan, San Hipólito-Marín, & Donado-Rodríguez, 2003; Muñoz-Zurita, Sánchez-Hernández, Rojas-Ruiz, Rivera-Tapia, & Mendoza-López, 2008) consideram que a grande maioria dos utentes compreendem o formulário de consentimento informado, estando ciente das possíveis complicações que a intervenção pode ter, muito embora percecionando que a assinatura do documento estará essencialmente relacionada com a isenção de responsabilidade do médico no caso de se produzirem complicações. Contudo, esta visão não é partilhada por todos os investigadores, entre os quais se destacam Mukherjee, Livinski, Millum, Chamut, Boroumand, Iafolla, Adesanya e Dye (2017), que afirmam que o consentimento formal é um tópico negligenciado em cuidados e pesquisas, particularmente aquelas que se centram na terceira idade, existindo lacunas substanciais entre a compreensão e a implementação dos procedimentos de consentimento. Pela sua parte, Tam, Huy, Thoa, Long, Trang, Hirayamad e Karbwang (2015) verificaram que a percentagem de participantes em estudos clínicos que compreendia a informação incluída nas declarações de consentimento informado variava entre 52,1% e 75,8%. Por outro lado, apenas 62,4%, compreendia o tratamento que receberia, sendo que 54,9% não foi capaz de se lembrar de um único dos riscos desse tratamento. Estes resultados levou-os a concluir que a percentagem de participantes que compreende efetivamente o conteúdo dos formulários de consentimento informado não aumentou nos últimos 30 anos.

Os estudos desenvolvidos em Portugal no domínio da literacia em saúde têm vindo a tentar identificar grupos de maior vulnerabilidade neste campo, sugerindo que a literacia em saúde tende a ser menor no sexo feminino do que no sexo masculino (Cavaco & Santos, 2012; Cunha et al., 2014; Serrão et al., 2015; Veiga & Serrão, 2016); quanto maior a idade, menor os níveis de literacia (Cunha et al., 2014; Espanha & Ávila, 2016; Pedro et al., 2016; Veiga & Serrão, 2016); quanto maior o nível de escolaridade, maiores os níveis de literacia em saúde (Cavaco & Santos, 2012; Espanha & Ávila, 2016; Pedro et al., 2016; Serrão et al., 2015; Veiga & Serrão, 2016); os indivíduos casados apresentam valores superiores de literacia em saúde, quando comparados com os viúvos (Serrão et al., 2015; Veiga & Serrão, 2016); indivíduos com estatuto social mais baixo (Cunha et al., 2014) e com diagnóstico de algum tipo de doença (Espanha & Ávila, 2016; Veiga & Serrão, 2016) também revelam menor literacia em saúde.

Em 2010, DeWalt et al., alertavam para o facto de nem sempre os profissionais terem facilidade em identificar as pessoas que apresentam baixa literacia em saúde, uma vez que, entre estas, se podem contar aqueles que completaram o secundário ou o ensino universitário, pessoas “bem-falantes”, que dizem compreender os materiais escritos que lhes são facultados, e que têm empregos de “colarinho branco” ou até mesmo empregos no domínio dos cuidados de saúde.

Portugal apresenta níveis de literacia em saúde problemáticos (Entidade Reguladora da Saúde, 2017; Espanha & Àvila, 2016), sendo que se têm vindo a subestimar as necessidades neste domínio entre aqueles que apresentam elevadas habilitações académicas. O objetivo do presente estudo transversal foi analisar o nível de literacia em saúde apresentado por pessoas com habilitações académicas ao nível do ensino superior.

MÉTODO

Participantes

Foi estudada uma amostra de conveniência constituída por 202 indivíduos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos ($M=33,12$; $DP=12,22$), dos quais 76,2% são do sexo feminino. Todos os participantes apresentam como nível de escolaridade mínimo a frequência do Ensino Superior, sendo que 49,5% ($n=100$) são licenciados ou ainda se encontram a frequentar a licenciatura, 31,7% ($n=64$) são mestres e 18,8% ($n=38$) doutorados. Entre os participantes, 17,3% ($n=38$) refere sofrer alguma doença, sendo que a frequência da existência de diagnóstico de uma doença é igual para os dois sexos ($\chi^2=1,024$; $p>0,05$), e os participantes que referem sofrer de alguma doença não diferem dos restantes quanto à idade ($U=2261,000$; $p>0,05$).

Material

Os participantes responderam a dois instrumentos:

Questionário sociodemográfico: o questionário sociodemográfico utilizado foi desenvolvido especificamente para o presente estudo e teve como

objetivo recolher dados sociodemográficos dos participantes, nomeadamente: sexo, idade, escolaridade e se sofre de alguma doença.

Escala de Literacia em Saúde – ELS (Silva, Jólluskin & Carneiro, versão em estudo): é composta por 111 itens totais, que visam avaliar a perceção de competência em três dimensões fundamentais da literacia em saúde: a literacia funcional, comunicacional e crítica. A dimensão da literacia funcional engloba 21 itens, que se referem à perceção de competência para aceder a informação sobre saúde. A literacia comunicacional integra 31 itens, que se referem à perceção de competência para compreender e comunicar informação relacionada com a saúde. Por último, a literacia crítica inclui 59 itens relacionados com a reflexão e tomada de decisão, ou seja, com a perceção de competência para usar de forma crítica e reflexiva a informação sobre saúde. Para cada um dos itens constituintes da escala, são oferecidas ao participante cinco opções de resposta, numa escala de *Likert*. Os valores atribuídos aos itens individualmente considerados variam entre 0 e 4, sendo que quanto maior o valor, maior será a perceção de que se possui literacia em saúde. O cálculo do *score* total e de cada subescala é feito através da soma dos valores obtidos em cada item, sendo esse somatório final convertido em percentagem para facilitar a interpretação dos valores. Assim, o valor mínimo que é possível obter na escala total e nas suas subescalas é 0 e o máximo é 100, sendo que quanto maior o valor, maior é o nível de literacia em saúde apresentado pelo participante. No presente estudo, a ELS revelou apresentar uma elevada fidelidade para a escala global ($\alpha=0,97$), bem como para as três respetivas subescalas: literacia em saúde funcional ($\alpha=0,85$), literacia em saúde comunicacional ($\alpha=0,97$) e literacia em saúde crítica ($\alpha=0,95$).

Procedimento

Foi solicitada a autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para realização do presente estudo, tendo sido obtido parecer positivo. Após parecer positivo, foi realizado um convite à participação através de redes sociais e *mailing lists* institucionais, tendo sido os questionários administrados através de *via-online*, mais concretamente,

através do formulário criado no Google Docs. A recolha decorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2017, após autorização livre e concedida pelos participantes. Os dados recolhidos foram instantaneamente codificados numa base de dados em Excel e, posteriormente, transferidos para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) com o intuito de se proceder à análise estatística dos mesmos. A seleção de participantes obedeceu a três requisitos essenciais: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) ter língua materna portuguesa; (c) consentir livremente em participar no estudo, depois de informados sobre este.

RESULTADOS

A análise dos resultados revela que a perceção de competência no domínio da literacia em saúde globalmente considerada e da literacia funcional em saúde parece ser modesta, e que a perceção de literacia comunicacional em saúde revela ser razoável. No entanto, a perceção de competência no domínio da literacia crítica em saúde revelou ser claramente pobre (Quadro 1).

Quadro 1

Estatísticas descritivas da Escala de Literacia em Saúde considerada globalmente e das suas subescalas

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Med</i>
Literacia em Saúde Total	34,46	82,61	58,94	9,35	57,91
Literacia Funcional em Saúde	38,10	100	67,46	11,26	67,48
Literacia Comunicacional em Saúde	37,10	100	76,73	15,11	75,00
Literacia Crítica em Saúde	11,94	48,65	33,21	6,98	34,01

No Quadro 2 apresentam-se as análises descritivas relativas aos itens de literacia em saúde que apresentaram valores de mediana mais baixos.

Estes resultados revelam que os itens que piores resultados apresentam são quase na sua totalidade itens que integram a subescala de Literacia em Saúde Crítica.

Quadro 2

Domínios mais pobremente cotados na ELS, identificados a partir dos valores da mediana

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Med</i>
Encontrar informações sobre as mudanças políticas que podem afetar a minha saúde (LF)	0	4	2,28	1,15	2,00
Saber o que fazer para ter acesso ao meu processo clínico (LCr)	0	4	2,17	1,24	2,00
Saber o que fazer para ter acesso à informação sobre a qualidade ou desempenho dos serviços de saúde (LCr)	0	4	2,06	1,19	2,00
Saber o que fazer para participar em decisões estratégicas e políticas de saúde (LCr)	0	4	1,54	1,22	1,00
Avaliar ou decidir se a informação sobre tratamentos divulgada pela internet é de confiança (LCr)	0	4	2,26	1,21	2,00
Avaliar ou decidir sobre como a zona onde vive afeta a sua saúde e bem-estar (LCr)	0	4	2,32	1,06	2,00
Conhecer os meus direitos como utente nos serviços de saúde (LCr)	0	4	2,41	1,01	2,00
Conhecer os meus deveres como utente nos serviços de saúde (LCr)	0	4	2,42	1,13	2,00
Assinar documentos no centro de saúde ou hospital que não compreendo (por exemplo, consentimento informado para ser submetido a uma cirurgia ou para participar num estudo) (LCr)	0	4	1,09	1,66	0,00
Comparar informações sobre saúde que me são dadas por diferentes pessoas ou que vejo ou leio em diferentes fontes (por exemplo, televisão, rádio, jornais, internet e panfletos) (LCr)	0	4	1,88	1,17	2,00
Aperceber-me de que é dada informação errada sobre saúde e doenças através dos meios de comunicação social (por exemplo, televisão, rádio, jornais, internet e panfletos) (LCr)	0	4	1,91	0,96	2,00
Aperceber-me de que é dada informação errada sobre saúde e doenças através da internet (LCr)	0	4	2,15	0,99	2,00
Participar em atividades na comunidade que melhorem a minha saúde ou bem-estar (por exemplo, que me mantenham em contacto com os outros, ativo, que me permitam continuar a aprender ou a ajudar) (LCr)	0	4	1,52	1,16	1,00
Preferir que seja o médico a decidir o que é melhor para a minha saúde (LCr)	0	4	2,29	0,96	2,00
Sentir-me confiante de que consigo usar a informação que tenho para tomar decisões sobre a minha saúde (LCr)	0	4	1,85	1,10	2,00

Legenda: LF – Literacia Funcional em Saúde; LCr – Literacia Crítica em Saúde.

DISCUSSÃO

Indivíduos com elevadas habilitações académicas percebem-se como possuindo uma modesta literacia em saúde globalmente considerada, modesta literacia funcional e razoável literacia comunicacional. No entanto, percebem-se como muito pouco competentes para usar de forma crítica e reflexiva informação sobre saúde e tomar decisões em saúde, incluindo avaliar a qualidade/confiabilidade da informação e dos serviços, ser proativo em saúde, tomar decisões em saúde, incorporar essas informações no seu estilo de vida e ter conhecimento sobre o funcionamento dos cuidados, os seus direitos e deveres. Esta baixa literacia crítica reflete-se, inclusive, na assinatura de documentos de consentimento (supostamente informado) que, na verdade, não compreendem.

Este cenário de literacia em saúde em geral modesta e de baixa literacia crítica saúde em indivíduos com elevadas habilitações académicas parece não se afastar da realidade que caracteriza a população portuguesa adulta globalmente considerada (Entidade Reguladora da Saúde, 2017; Espanha & Ávila, 2016). Este revela ser um problema “democrático”, no sentido de que parece afetar homens e mulheres, adultos com diferentes níveis de escolaridade, de diferentes grupos etários (Saúde que Conta, s.d.), utentes, mas também os próprios profissionais dos serviços de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2017).

Estes resultados confirmam as suspeitas de DeWalt et al. (2010) de uma baixa literacia em saúde associada a pessoas com elevada habilitação académica, o que nos leva a concluir que elevadas habilitações académicas não são claramente condição suficiente para uma tomada de decisão consciente, informada, refletida e crítica em saúde; não são garantia da presença de competências (nem sequer da perceção de existência dessas mesmas competências) para assumir controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde e para assumir o papel ativo e participativo que destes indivíduos se espera. É, pois, necessário que os programas de promoção da literacia em saúde prestem também atenção aos cidadãos mais diferenciados academicamente, grupo cujas necessidades vinham sendo subestimadas até ao momento.

REFERÊNCIAS

- Cavaco, A., & Santos, A. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Revista Saúde Pública*, 46, 918-922. doi: 10.1590/S0034-89102012000500019
- Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., & Nunes, L. (2014). Implications of literacy for health for body mas index. *Atención Primaria*, 46, 180-186. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70088-5
- DeWalt, D. A., Callahan, L. F., Hawk, V. H., Broucksou, K. A., Hink, A., Rudd, R., & Branch, C. (2010). *Health literacy universal precautions toolkit*. North Carolina: Agency for Health Care and Quality.
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2010. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2017). *Consentimento informado*. Consultado em <https://www.ers.pt/pages/419>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2017). *Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde*. Porto. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1981/ERS_-_Estudo_literacia_em_direitos_dos_utentes.pdf
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.277
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. United Kingdom: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre.
- López-Carriches, C., Baca Pérez-Bryan, R., San Hipólito-Marín, L., & Donado-Rodríguez, M. (2003). Percepción y nivel de comprensión del consentimiento informado en la cirugía del tercer molar inferior. *Revista del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos- RECOE* 8(6), 633-641.
- Mukherjee, A., Livinski, A. A., Millum, J., Chamut, S., Boroumand, S., Iafolla, T. J., Adesanya, M. R., & Dye, B. A. (2017). Informed consent in dental care and research for the older adult population: A Systematic review. *Journal of American Dentist Association*, 148(4), 211-220. doi: 10.1016/j.adaj.2016.11.019.
- Muñoz-Zurita, G., Sánchez-Hernández, J. A., Rojas-Ruiz, N. E., Rivera-Tapia, J. A., & Mendoza-López, E. (2008). Comprensión del consentimiento

informado en pacientes que requieren extracción del tercer molar. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico – CONAMED*, 13, 24-28.

Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34, 259-275. http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica_323/pdf/S0870902516300311/S200/

Saúde que Conta. (s.d.). *Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal (HLS-EU-PT): Apresentação dos Resultados Preliminares*. Consultado em a 13 de Janeiro de 2016. Disponível em <http://pelorim.pt/wp-content/uploads/2015/01/resultados-preliminares-HLS-EU-PT.pdf>

Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100006

Tam, N. T., Huy, N.T., Thoa, L. T. B., Long, N. P., Trang, N. T. H., Hirayamad, K., & Karbwang, J. (2015). Participants' understanding of informed consent in clinical trials over three decades: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 186-198H. doi: 10.2471/BLT.14.141390

Veiga, S., & Serrão, C. (2016). Health literacy of a sample of Portuguese elderly. *Applied Research in Health and Social Sciences: Interface and Interaction*, 13, 14-26. doi: 10.1515/arihss-2016-0003

GERAÇÃO CORDÃO: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NA CONSULTA DE DEPENDÊNCIAS ONLINE

Ivone Patrão¹ (✉ ivone_patrao@ispa.pt)

¹ ISPA – Instituto Universitário, Promoting Human Potential Research Group, Lisboa, Portugal

A adição à internet e o uso problemático da internet são os termos mais recorrentes na literatura, onde se expõem critérios bem definidos, aceites e avaliados em diferentes amostras em todo o mundo para o reconhecimento do uso excessivo da internet como uma dependência. Os dados em amostras portuguesas de jovens e jovens adultos, considerados a geração cordão (Patrão, 2017) (entre os 12 e os 30 anos) apontam para um cenário preocupante que oscila entre os 20% e os 25% com adição à internet, sobretudo dos jogos online e das redes sociais (Patrão, Machado, Aires, & Leal, 2015; Patrão, 2016).

Os jovens são um grupo de maior risco, uma vez que a adolescência é o período do ciclo de vida que acarreta um maior número de mudanças, criando assim uma maior suscetibilidade às dependências em função dos factores biológicos, psicológicos e sociais. As dependências *online* em jovens estão relacionadas positivamente de forma significativa com a sintomatologia depressiva e ansiosa, o isolamento social, a impulsividade, a baixa auto-estima, as alterações do sono, a deficiente rede de suporte social/emocional, baixo auto-controlo, uso de álcool e substâncias e baixo desempenho académico (e.g., Patrão et al., 2016).

A geração cordão tem, assim, um duplo desafio. Por um lado, autonomizar-se do ponto de vista emocional, social e económico da família de origem e desenvolver um projecto de vida suficiente. Por outro lado, gerir a ligação a outro cordão, que assim se pode chamar, mas que se costuma nomear de rede, de *internet*, de *wifi*. O desafio é o mesmo: gerir uma ligação de forma saudável; gerir os espaços e os tempos que estão

ligados; gerir as partilhas do que é público, e também do que é privado; gerir com quem se fala, o quê, quando e onde? (Patrão, 2017).

Ao estarem ligados a estes dois cordões em permanência, sem outros interesses, sem cumprir as tarefas da adolescência (socialização e autonomia), poderá ser um primeiro passo para desenvolvimento de uma dependência *online*. A preocupação é com o uso excessivo, com o abuso do uso de certas aplicações, visitas a *sites*, da permanência do contacto, da dependência de ser e existir só dessa forma, só com o virtual. E porquê? Porque não passam da relação com a família para a relação com os pares, porque só realizam uma socialização digital, porque não se autonomizam, porque não se projetam no futuro, e porque provavelmente conhecem muito bem o conflito com a família de origem, que termina as conversas dizendo: “estás dependente disso!!!”. Podem ficar dependentes do computador, dos jogos, da *internet*, das redes sociais, do que fazem *online*. São as dependências *online* da geração cordão, que são jovens, jovens adultos, e alguns já adultos, sem de facto o serem, porque não se conseguem autonomizar a vários níveis.

Os jovens não têm de cortar com a família, nem com o que vivem *online*. A intervenção não passa pela abstinência de contactos. Têm que conquistar competências que permitam a sua regulação emocional e social, para que consigam delinear o seu projecto de vida, que pode e deve incluir a tecnologia, para estarem integrados na sociedade. Uma percentagem de jovens vai necessitar de ajuda, por ter os critérios das dependências *online*, e para esses é necessário disponibilizar uma ajuda específica, que deve ser mista – individual e familiar (Patrão et al., 2016).

Após uma revisão da literatura (Patrão et al., 2016) sobre a avaliação e intervenção na área das dependências *online* elaborou-se um protocolo de avaliação mista (individual e familiar) atualmente utilizado na consulta de comportamentos e dependências online (Clínica-ISPA).

MÉTODOS

Reuniram-se um conjunto de escalas que avaliam as variáveis psicossociais consideradas essenciais na área das dependências *online* em jovens

e famílias (depressão, ansiedade, stress, bem-estar psicológico, isolamento social, alterações do sono, auto-controlo, personalidade e funcionamento familiar), tendo por base uma revisão da literatura (Patrão et al., 2016) e a consulta de capítulos de livros considerados historicamente relevantes e de autores que são de referência na área das dependências online (Young, 2011). As escalas selecionadas já foram testadas e validadas para amostras na área das dependências *online*, alguma delas em amostras portuguesas e compõe a proposta de protocolo de avaliação dos jovens (protocolo 1) e das suas famílias (protocolo 2).

RESULTADOS

Apresenta-se de seguida o protocolo de avaliação mista, para o jovem e para a família na área das dependências *online*:

Protocolo 1 (Jovens)

O protocolo destina-se a jovens (entre os 12 e os 30 anos), no qual se avaliam as seguintes variáveis: sociodemográficas, comportamentos *online*, dependências online, humor, isolamento social, sono, funcionamento familiar e os traços de personalidade.

De seguida apresentam-se os questionários e escalas, com as respectivas descrições e referências: Questionário sócio-demográfico (idade, género, o meio predominante onde vive, a existência ou não de uma relação de compromisso, atividades ex-curriculares, atividade física, etc.); questionário de uso e acesso à internet, que avalia os comportamentos *online* (uso, acesso, preferências, perceção do tempo, motivos de acesso, etc.); Escala de depressão, ansiedade e *stress* (EADS-21); Loneliness Scale (UCLA) que avalia os sentimentos de solidão e isolamento social; Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) que avalia o bem-estar psicológico tendo em conta o modelo proposto por Carol Ryff; Family Assessment Device (FAD) que avalia a estrutura e propriedades de organização da família e os seus padrões de relação; Generalized Problematic Internet Use Scale (GPIUS2) que avalia o uso problemático da *internet*; Internet

Addiction Test (IAT) que avalia a dependência da internet; Athens Insomnia Scale (AIS) que avalia a alteração do sono; Self-Scoring Self-Control Scale (SSSC), que avalia o auto-controlo.

Protocolo 2 (Família)

No protocolo destinado aos pais (a preencher de forma independente pela mãe e/ou pelo pai, ou figuras legalmente substitutas) avaliam-se as seguintes variáveis: sociodemográficas, comportamentos *online* do jovem e do próprio (pai e/ou mãe), dependências online, e o funcionamento familiar.

De seguida apresentam-se os questionários e escalas, com as respectivas descrições e referências: Questionário sócio-demográfico (idade, género, o meio predominante onde vive, a existência ou não de uma relação de compromisso, escolaridade, profissão, actividade física, etc.); questionário de uso e acesso à internet, que avalia os comportamentos *online* (uso, acesso, preferências, perceção do tempo, motivos de acesso, etc.) do filho e do próprio; Family Assessment Device (FAD) que avalia a estrutura e propriedades de organização da família e os seus padrões de relação; Generalized Problematic Internet Use Scale (GPIUS2) que avalia o uso problemático da internet; Internet Addiction Test (IAT) que avalia a dependência da internet.

DISCUSSÃO

Os protocolos apresentados para avaliação mista (individual e familiar) podem ser usados numa consulta de comportamentos e dependências *online* de forma a recolher informação pertinente e sistematizada sobre o jovem e família, com o objetivo de posteriormente, num estudo de carácter longitudinal, apresentar-se a evolução dos casos atendidos. Neste sentido, sugere-se realizar diferentes momentos de avaliação (início, a meio da intervenção individual/familiar, no fim, *follow up*) ao longo da intervenção.

A aplicação dos protocolos poderá decorrer após a primeira consulta de triagem, onde se clarifica o pedido do jovem e da família e se avalia o grau de motivação para a intervenção. A aplicação pode ser em formato papel ou online – este último formato poderá favorecer o estabelecimento de relação terapêutica com o jovem, uma vez que geralmente têm um perfil de baixa adesão às intervenções terapêuticas (Patrão et al., 2016).

O protocolo pode ser utilizado para jovens com diferentes dependências *online* (jogo online; apostas online; redes sociais; multimédia; conteúdos adultos), uma vez que tem um questionário de acesso e uso da *internet* que permite avaliar as preferências e o número de horas online, e engloba também duas escalas, validadas para amostras portuguesas, para avaliar a dependência online de forma generalista, e que têm por base os critérios reconhecidos para esta situação clínica (Laconi, 2014).

Nos dois protocolos (jovens e família) são avaliadas a dependência *online* e a perceção do funcionamento familiar, o que permite detetar a concordância ou discordância entre os elementos da família. Com estes dados pode-se planear uma intervenção à medida, que pode passar por uma intervenção psicoterapêutica individual e/ou familiar (Patrão et al., 2016; Young, 2011).

Os protocolos servem de base para avaliar a eficácia de diferentes tipos de intervenção, contudo podem apresentar limitações, pela necessidade de incluir outras variáveis que surjam como relevantes, como é o exemplo do comportamento alimentar, recentemente em alguns estudos associada às dependências *online* (Alpaslan, Kocak, Avci, Tas, & Hanife, 2015).

REFERÊNCIAS

- Alpaslan, A. H., Kocak, U., Avci, K., Tas, U., & Hanife. (2015). The association between internet addiction and disordered eating attitudes among Turkish high school students. *Eating and Weight Disorders*, 20(4), 441-448. doi: 10.1007/s40519-015-0197-9.
- Laconi, S. (2014). The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. *Computers in Human Behavior*, 41, 190-202. doi: 10.1016/J.CHB.2014.09.026

- Young, K., & Abreu, C. (2011). *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. New Jersey: Wiley.
- Patrão, I., Reis, J., Madeira, L., Paulino, M., Barandas, R., Sampaio, D., & Carmenates, S. (2016). Avaliação e intervenção terapêutica na utilização problemática da internet (UPI) em jovens: Revisão da Literatura. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7, 221-243. doi: hdl.handle.net/11067/3514.
- Patrão, I., Machado, M., Aires, P., & Leal, I. (2015). Jovens e Internet: Relação entre o bem-estar, isolamento social e funcionamento familiar. In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. Silva, & V. Monteiro (Orgs.), *Atas do 13 Congresso de Psicologia e Educação*. Lisboa: ISPA-IU.
- Patrão, I. (2016). Comportamentos online em jovens portugueses: Estudo da relação entre o bem-estar e o uso da internet. *Atas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 341-346.
- Patrão, I. (2017). *#GeraçãoCordão: A Geração que não desliga*. Lisboa: Lidel, Pactor.

ADIÇÃO À INTERNET E INTERVENÇÃO FAMILIAR: EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO UTILIZAÇÃO PROBLEMÁTICA INTERNET

Ivone Patrão¹ (✉ ivone_patrao@ispa.pt) & Ângelo Marinho²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Promoting Human Potential Research Group, Portugal; ² CHLN-HSM – Unidade da Adolescência, NUPI, Portugal

A evolução da tecnologia ou a nova revolução industrial coloca desafios para a sociedade a vários níveis. Um desses desafios está relacionado com a forma e intensidade da relação que os indivíduos estabelecem uns com outros e, a partir daí, como comunicam o que pensam e sentem, online e offline. A família é a primeira estrutura relacional que se conhece e a mudança tecnológica veio trazer vantagens (e.g. colocar em contacto familiares e amigos distantes), mas também desvantagens (e.g. para a relação de casal; privação de atividades consideradas tradicionais; aumento da individualidade, na família, mas sobretudo no mercado de trabalho) (Patrão, 2017).

A adição à internet é considerada uma área emergente de investigação, onde já existem alguns estudos, mas que apresentam limitações metodológicas, associadas à avaliação do construto e de recolha de amostra (King, Delfabbro, & Griffiths, 2012). Trata-se de uma condição clínica cuja natureza ainda está em debate e que pode surgir em co-morbilidade com outras perturbações (e.g., depressão) (Carli, 2013).

A adição à internet não é um problema só do indivíduo, mas também da família, por isso a intervenção deve englobar igualmente a família (Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014; Patrão et al., 2016).

Existe pouca investigação sobre a eficácia das intervenções psicoterapêuticas nesta área da adição à internet. As intervenções mais estudadas incluem a entrevista motivacional, as técnicas de psicoterapia cognitivo-comportamental, as intervenções multimodais (com intervenções familiares, individuais, de grupo, em simultâneo) (King, Delfabbro, & Griffiths,

2012; Winkler, Dörsing, Rief, Shen, & Glombiewski, 2013). A intervenção familiar tem sido apontada como necessária e eficaz (Lam, 2015).

Neste artigo apresenta-se a análise descritiva dos dados recolhidos na consulta de intervenção familiar realizada no Núcleo de Utilização Problemática da Internet (NUPI) (que constitui uma das primeiras respostas nesta área em Portugal) com famílias de jovens com adição à internet, com o objectivo de apresentar as características comuns nas famílias aderentes (consideradas as famílias referenciadas, que pedem ajuda e que aderem a uma consulta de intervenção familiar).

MÉTODO

Participantes

A população alvo do NUPI são jovens entre os 14 e 30 anos, que já passaram por uma triagem, onde se detecta que a principal problemática que apresentam é a adição à internet, passando a ter um acompanhamento individual regular, concomitante à referenciação para intervenção familiar.

Recolheu-se uma amostra de 19 famílias referenciadas para a consulta de intervenção familiar do NUPI no ano de 2016. Destas 19 famílias, 5 não aderiram à intervenção (por faltarem às sessões de triagem agendadas com a família), e 14 foram consideradas famílias aderentes, que realizarem triagem, definição do contrato terapêutico e adesão às sessões agendadas. Todas as 14 famílias têm, pelo menos, 3 sessões de intervenção familiar registadas.

Material

Utilizaram-se os registos de papel das sessões de intervenção familiar que contêm dados sociodemográficos das famílias, o genograma, o motivo de referenciação, contrato terapêutico, e o registo da intervenção realizada em cada sessão (em particular, de 3 sessões de intervenção, em cada família).

Procedimento

A intervenção familiar no NUPI é realizada com jovens com adição à internet e com as suas famílias, através de referenciação directa pelo médico assistente. A intervenção familiar é realizada por dois terapeutas especialistas na área, que realizam, numa primeira sessão através de entrevista semi-estruturada, a avaliação da estrutura (genograma), do funcionamento familiar (rede relacional de proximidade e de conflito) e dos comportamentos online (número de horas, preferências online de cada elemento da família, e avaliação da percepção de dependência de estar online). Em conjunto, família, jovem e técnicos, estabelecem um contrato terapêutico, no qual se define o pedido da família, o objectivo da intervenção familiar, a periodicidade das sessões e as regras na família para o uso das tecnologias.

Foram analisadas as primeiras 3 sessões de intervenção familiar de cada uma das 14 famílias, com recurso a uma análise de conteúdos dos registos.

O critério utilizado para a análise dos registos das sessões de intervenção familiar foi a classificação das características comuns nas famílias referenciadas em relação ao pedido, à estrutura e funcionamento familiar, e aos comportamentos online.

O tratamento descritivo dos dados nos registos das famílias foi realizado a partir do *IBM SPSS – IBM Analytics versão 22*.

RESULTADOS

Os jovens das 19 famílias referenciadas têm em média 19 anos ($DP=3.627$; min=15 anos; Max=30 anos), na sua totalidade são do sexo masculino, 57% vive só com a mãe, 73% apresentam comorbilidade (e.g., perturbação do comportamento, depressão) e 63% apresenta só um tipo de adição à internet, neste caso do jogo online (e.g., league of legends). Das 19 famílias referenciadas no ano de 2016, 74% aderiu à intervenção familiar (14 famílias).

Apresenta-se, de seguida, com base na análise dos registos das sessões de intervenção familiar do NUPI, as dimensões referentes às características comuns nas 14 famílias que aderiram à intervenção:

Pedido da Família

A queixa principal de todas da família é a adição online no jovem. Na larga maioria dos casos (63%) a preocupação é com a adição aos jogos online, e nos restantes casos (37%) a preocupação é com o jogo online em simultâneo com as apostas online e o consumo de conteúdos de multimédia. Na totalidade das famílias surgem outras queixas associadas, que são: a falta de rede social, isolamento, as alterações de comportamento, o absentismo escolar e a ausência de projecto de vida.

A centralização no sintoma, a necessidade de ajuda expressa pela família, mas que não é em simultâneo expressa pelo jovem na mesma medida e intensidade, e a procura de soluções mágicas são comuns a todas as famílias. Para além disso, expressam expectativas irrealistas face à solução do problema, centradas na mudança de comportamento só do jovem.

Estrutura e Funcionamento Familiar

A análise da estrutura e funcionamento familiar indica que se está perante famílias emaranhadas, com fronteiras difusas entre os sub-sistemas familiares, com baixa diferenciação e triangulações dos seus membros, estando presente em todas as famílias o fenómeno da co-dependência, que nas situações em que o jovem vive com a mãe (57% das famílias) a co-dependência regista-se entre o jovem e a mãe.

A baixa coesão familiar é outro factor comum associado à inconsistência nas regras dos comportamentos online (e de outro tipo de comportamentos), negação parental e do jovem sobre a existência de um problema na família, com uma visão redutora do problema, só centrado no jovem ou, na percepção do jovem, centrado nas figuras parentais.

A comunicação patológica é outro aspecto comum, assente na desqualificação mútua, e no *double bind*.

Comportamentos Online

Nas famílias aderentes à intervenção não é só o jovem o único elemento com adição à internet. Existem sempre outros elementos da família nuclear ou próxima (e.g., pais, mãe, avós, irmãos) que apresentam sinais de alerta para adição na internet (e.g., redes sociais, apostas online, multimídia), mas sem relato de alteração do funcionamento em geral. Todas as famílias aderiram à proposta de realizar uma gestão do consumo da tecnologia, pela redução do número de horas, apesar de expressarem dificuldade no cumprimento do acordo.

Há níveis diferentes de adesão à tecnologia, entre famílias, e dentro da própria família, o que faz transparecer um cenário desde da infoexclusão até ao uso excessivo em diferentes elementos destas famílias.

DISCUSSÃO

A análise das características comuns nas famílias aderentes à intervenção familiar possibilitou uma maior compreensão da situação clínica de adição à internet nos jovens e estabelecer um protocolo de avaliação e intervenção com estas famílias.

Na avaliação do que se passa com as famílias que têm jovens com adição será importante perceber qual a função do sintoma (uso da tecnologia em excesso), quais as dificuldades, os recursos e as competências da família, de forma a melhor acolher e valorizar cada um. A análise da estrutura da família, a forma como comunicam, a identificação de quem tem o poder e como costumam resolver os acontecimentos negativos faz parte do processo de co-construção com a família na procura de soluções, e no estabelecimento de confiança na mudança. A pergunta-chave de como estaria a família sem o problema em causa (i.e., dependência online no jovem) faz com que cada elemento se projete nesse cenário, colocando de forma clara o fenómeno da co-dependência, e permitindo uma auto-análise reveladora de soluções, e de certa forma das capacidades de cada família começar a reagir de forma diferente.

Não se trata de realizar uma intervenção familiar com o objectivo de impedir o uso da tecnologia, mas a promoção da psicoeducação familiar

quanto ao seu uso saudável, por todos, não esquecendo a importância do ajuste das práticas e modelos parentais (Abreu & Góes, 2011; King, Delfabbro, & Griffiths, 2012).

Por outro lado, a infoexclusão ou a iliteracia digital dos pais é, igualmente, uma oportunidade de concretizar uma mudança no sentido da aprendizagem – os pais aprenderem com os filhos (esta componente, que é nova nas famílias actuais, é igualmente importante, na medida que pode ser um espaço concreto para o diálogo e comunicação familiar). Contribuiu-se, assim, para uma construção de um novo significado das relações, quer com a família quer com a tecnologia.

Os adolescentes e os jovens adultos conseguem unir a família à sua volta, mais ainda se tiverem um comportamento desviante e/ou problemático, e neste sentido, mascaram-se outras zonas de conflito, que emergem neste contexto de intervenção familiar (e.g. autonomia do adolescente; conflito conjugal; divórcio; luto de familiares), que terão de ser abordadas, quando se consegue deixar o foco do sintoma (adição à internet) e se consegue abordar os outros temas importantes em cada família (Park, Kim, & Lee, 2014).

Este estudo apresenta dados preliminares da consulta de intervenção familiar do NUPI, o que aponta por um lado para o seu carácter inovador, pela existência de poucos estudos nesta área, e por outro lado, apresenta uma limitação, por se tratar de uma amostra reduzida, da qual só existem dados qualitativos. Em estudos futuros será importante sistematizar a recolha de dados através de uma avaliação mista (quantitativa e qualitativa) e longitudinal, de forma a avaliar a eficácia da intervenção.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C., & Góes, D. (2011). *Psychotherapy for Internet Addiction*. In K. Young & C. N. Abreu (Eds.), *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment* (pp. 155-171). New Jersey: Wiley.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., . . . Kaess M. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1-13. doi: 10.1159/000337971

- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2012). Clinical interventions for technology-based problems: Excessive Internet and video game use. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(1), 43-56. doi: 10.1891/0889-8391.26.1.43
- Lam, L. (2015). Parental mental health and Internet addiction in adolescents. *Addictive Behaviors*, 42, 20-23. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.10.033
- Park, T., Kim, S., & Lee, J. (2014). Family therapy for an Internet-addicted young adult with interpersonal problems. *Journal of Family Therapy*, 36(4), 394-419. doi: 10.1111/1467-6427.12060
- Patrão, I., Reis, J., Madeira, L., Paulino, M., Barandas, R., Sampaio, D., & Carmenates, S. (2016). Avaliação e intervenção terapêutica na utilização problemática da internet (UPI) em jovens: Revisão da Literatura. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7, 221-243. doi: hdl.handle.net/11067/3514
- Patrão, I. (2017). #GeraçãoCordão: A Geração que não desliga. Lisboa: Lidel, Pactor.
- Winkler, A., Dörsing, B., Rief, W., Shen, Y., & Glombiewski, J. A. (2013). Treatment of internet addiction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 317-29. doi: 10.1016/j.cpr.2012.12.005
- Wölfling, K., Beutel, M., Dreier, M., & Müller, K. (2014). Treatment Outcomes in Patients with Internet Addiction: A Clinical Pilot Study on the Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program. *Bio Med Research International*, 1, 1-8. doi:10.1155/2014/425924

PROJETO ACOLHIMENTO: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA ENTRE A PSICOLOGIA E PACIENTES RENAI CRÔNICOS

Janaina Vidal¹ (✉ jmvs2000@hotmail.com)

¹ Psicóloga Clínica na Prontocárdio Sociedade Médica Santa Cecília Ltda., Clínica de Terapia Renal Substitutiva, Brasil

O presente estudo apresenta uma pesquisa-intervenção realizada com pacientes renais crônicos de três clínicas de terapia renal, localizadas no município do Rio de Janeiro, Brasil. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, a doença renal crônica atinge 10% da população mundial, sendo 100 mil pessoas em tratamento de diálise no Brasil, dentre os quais 70% descobrem o diagnóstico (Portal Brasil, 2015).

Ao adentrar no universo hemodialítico, observa-se que o paciente renal crônico, em geral, não obtém acesso às minúcias e ao detalhamento da complexidade a respeito de seu tratamento, costuma apresentar ansiedade diante dos procedimentos realizados nas sessões de hemodiálise e preocupações com as mudanças de rotina que, em geral, comprometem seu convívio familiar e socioeconômico. Ao que parece, faz-se necessário um espaço para diálogo com esses pacientes e seu acolhimento. Diante desse cenário, faz-se necessário colocar em análise a grande incidência da doença renal crônica e sua aparente invisibilidade nos espaços de discussão no âmbito da Psicologia.

A partir dessas inquietações, surge o interesse em desenvolver uma pesquisa-intervenção que, “por sua ação crítica e implicativa, amplia as condições de um trabalho compartilhado” (Rocha & Aguiar, 2003, p. 71) com pacientes renais crônicos, seus familiares e equipe interdisciplinar, de modo a minorar o impacto do tratamento hemodialítico até então desconhecido e passado de forma abrupta para os novos pacientes admitidos em três clínicas renais no município do Rio de Janeiro, Brasil.

Tendo como referência a psicologia social da saúde, que é vista como uma área destinada a compreender a saúde de modo biopsicossocial, em

que o indivíduo é compreendido como um ser social, que está sempre em interação com os outros, e que através dessa interação compreende sua saúde, toma decisões e vive os problemas do corpo (Borges & Cardoso, 2005; Lima, Bernardes, & Marques, 2010), surge a pesquisa-intervenção denominada Projeto Acolhimento. Esse projeto consiste em uma prática de pesquisa-intervenção no espaço de terapia renal, promovendo e inovando uma nova forma de ingerência com a equipe multiprofissional, com os pacientes e seus familiares, oferecendo uma escuta qualificada. O objetivo desta pesquisa-intervenção é apontar de que modo e em que medida o Projeto Acolhimento pode ser utilizado como instrumento multiprofissional, estabelecendo conexões entre a equipe, os pacientes e seus familiares, proporcionando um ambiente acolhedor e uma escuta ampliada. Para tal, no decorrer do artigo, serão apontadas reflexões sobre as especificidades da atuação do psicólogo na clínica de hemodiálise, a importância de um trabalho em equipe acolhimento como aposta e o Projeto Acolhimento em ação.

Para iniciar a discussão, vale compreender as especificidades da atuação do psicólogo na clínica de hemodiálise e as complexidades enlaçadas pela doença renal crônica. A doença renal crônica “consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins” (Junior, 2004, p. 1). Atualmente, a doença renal crônica (DRC) é vista como um problema de saúde pública por ser diagnosticada tardiamente e tratada inadequadamente, impossibilitando ações preventivas quanto ao seu cuidado e ao comprometimento com o seu prognóstico (Bastos, Bregman, & Kirsztajn, 2010).

Por ser uma doença que acarreta estresse ao paciente e gera outros fatores estressantes implicados no tratamento, como a mudança brusca quanto ao estilo de vida, conforme mencionam Madeiro, Machado, Bonfim, Braqueais e Lima (2010), a atuação do psicólogo em clínicas de hemodiálise pode ser de fundamental relevância.

Assim, o papel do psicólogo nas clínicas de hemodiálise deve consistir em minimizar os impactos físicos e subjetivos causados pela doença crônica, além de auxiliar os profissionais de saúde, os pacientes e familiares no enfrentamento dessas questões. Ou seja, a atuação do psicólogo deve contribuir para colocar em análise uma nova maneira de viver, buscando intervenções que vão cooperar para o bem-estar do paciente, realizando uma atuação contínua e não pontual, oportunizando a cada

paciente uma melhor qualidade de vida (Resende, Santos, Souza, & Marques, 2007).

Entretanto, ao realizar a revisão da literatura, foi possível observar que a atuação do psicólogo na área da saúde, em especial nas clínicas de hemodiálise, é caracterizada pela atuação psicoterápica e individual com pacientes e não pelo investimento na comunicação entre os profissionais e usuários (Castro & Bornholdt, 2004; Lima, 2006). Ao que parece, no cotidiano profissional, os profissionais que atuam nessas clínicas tendem a priorizar o tratamento hemodialítico em si, deixando de valorizar as experiências e as subjetividades do paciente, sem olhá-lo como um ser integral (Lima, 2006).

O trabalho em equipe também se apresenta como de fundamental relevância nesse contexto. Segundo o Dicionário On-line de Português (2009-2017), a definição de trabalho em equipe é “um trabalho realizado por um grupo de pessoas que priorizam o esforço coletivo na realização de uma tarefa, na resolução de um problema; cada indivíduo desempenha um papel importante, mas o esforço coletivo deve ser priorizado, em oposição ao individual”.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe pode ser visto e conceituado de forma em que cada profissional, com sua especialidade, se integram demais, ou seja, “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes” (Peduzzi, 1998).

Além disso, a equipe precisa ser construída e refeita a todo o momento. Isso significa que ela não é formada e não deve ser identificada pelo fato de profissionais conviverem e trabalharem em um mesmo espaço, ou seja, é muito mais que convivência (Fortuna, Mishima, Matumoto, & Pereira, 2005). Uma equipe requer flexibilidade e, por mais que cada profissional realize intervenções que correspondam a sua área de formação, deve ser capaz de realizar ações que não correspondam a sua especialidade, integrando outros saberes (Peduzzi, 2001). Assim, o trabalho em equipe se faz importante devido à integração entre as especialidades que irão contribuir com intervenções para uma assistência integral.

Talvez não seja possível abordar a discussão sobre a atuação do psicólogo em clínicas de hemodiálise e o trabalho em equipe sem apresentar a definição de acolhimento. O acolhimento se apresenta como uma aposta de intervenção nesse campo.

A definição de “acolhimento”, no novo Dicionário Aurélio, consiste como “ato ou efeito de acolher; recepção; atenção; consideração; refúgio; abrigo e agasalho” (Ferreira, 1998). Outros autores apresentam construções teóricas que ampliam a definição designada a “acolhimento” (Franco, Bueno, & Merhy, 1999; Matumoto, 1998; Teixeira, 2005).

Para Matumoto (1998), acolhimento não se restringe somente a receber os usuários, mas vai além disso, estende-se até a resolução do problema, ou seja, desde o seu surgimento no momento da recepção até a sua dissolução. Franco, Bueno e Merhy (1999) propõem um acolhimento que reorganiza o serviço, dando um sentido de garantia de acesso a todos, de efetividade e de um atendimento empático. Já a proposta de Teixeira (2005) é de um “acolhimento dialogado”, perpetrado como uma técnica de conversa que pode ser desempenhada por qualquer profissional.

Dentro da perspectiva da Política Nacional de Humanização (PNH), estabelecida pelo Ministério da Saúde no Brasil, o acolhimento é uma grande aposta ética, estética e política. Ética no sentido de postura que reconhece o outro, acolhendo-o nas suas diversidades, nas suas dores, alegrias, modos de viver e de se fazer presente na vida, sentindo e estando no ponto de vista da estética, gerando estratégias que irão contribuir para as relações e os encontros diários, e cooperando para a ressignificação da vida. E no que se refere à política, implica o coletivo, o compromisso de “estar com”, favorecendo o protagonismo (Brasil, 2010, p. 6). Vale ressaltar que o acolhimento passa por uma escuta qualificada e, para isso, é preciso estar “atento” aos movimentos ou ao “silêncio” do usuário (Leitão, 1995).

Com relação à escuta, Silveira e Vieira (2005) a denominam, a princípio, como “qualificada”, e deve ser vista e pensada como “ampliada” no sentido de minimizar as vivências geradas pelo sofrimento, possibilitando um espaço para as diferenças surgirem. Para Pitta (1996), não basta ouvir, “é necessário o ato psicológico de escutar, a possibilidade de verdadeiramente estabelecer um campo de trocas que torne efetivos, equitativos e, nesse sentido, resolutivos os infinitos caminhos que intermedeiam a necessidade de ajuda e ajuda em si” (p. 40). Ao que parece, “não basta ouvir” e sim assumir uma postura gerada pelo “ato psicológico de escutar” e, desse modo, pode-se pensar na discussão que Heckert (2007) faz sobre a “escuta surda”.

A escuta surda alerta para uma escuta intimidadora, que cumpre um protocolo, levando o profissional a “ouvir sem escutar”. Nesse sentido, a escuta acaba reduzida a uma especialidade, como uma técnica que valida somente o lugar do profissional de saúde, excluindo o usuário do seu lugar de direito, transformando-o (usuário) em objeto de atuação do profissional tecnicista, produzindo assim uma escuta surda (Heckert, 2007).

Já a “escuta como experimentação” pode ser compreendida como um movimento instituinte, que abre espaço para o novo, propondo vida mútua, acompanhando cada movimento; que cria formas conforme o momento, ao ponto de atingir as práticas já instituídas, explorando assim uma escuta ampliada que atravessa modos de ouvir e que fica atento a todos os ruídos durante a troca do “falar e ouvir”. Só desse modo a escuta passa a ser viva e atuante (Heckert, 2007). Pensar a escuta como experimentação é ir além de um compromisso profissional, é oferecer uma escuta ativa e ampliada.

É diante dos desafios supracitados que o Projeto Acolhimento entra em ação. No início, houve certa resistência por parte da equipe de enfermagem, alegando falta de tempo devido à rotina intensa de trabalho. Mas com o elevado número de admissões realizadas nas unidades, percebeu-se a necessidade de uma intervenção que apoiasse o usuário e sua família diante de uma realidade carregada de desinformação, raiva e medo, misturada com conformismo, expressada através de palavras como: “Li no meu prontuário estágio terminal! Posso te perguntar uma coisa? Eu tenho quanto tempo de vida?”; “Tenho medo da agulha”; “Por que eu?”; “Tenho raiva de Deus! Porque Ele não me levou logo?”; “Não aceito essa doença”; “Não tem outro jeito, eu tenho que aceitar”, palavras estas acompanhadas do sentimento de desespero.

A cada dez pacientes admitidos, é agendada a sua participação no Projeto Acolhimento com a equipe multiprofissional, composta por médico, psicóloga, assistente social, nutricionista, enfermeira e administradora. O intuito é conscientizar o usuário sobre a importância do tratamento, levando esclarecimento e proporcionando um espaço acolhedor.

No dia marcado, usuários, familiares e equipe se reúnem na recepção para dar início ao “acolhimento”. A apresentação da proposta feita pela psicóloga destaca a importância de o usuário, a família e a equipe caminharem juntos, pois o tratamento não se resume à ida à clínica de diálise três vezes durante a semana. Portanto o que vai fazer a diferença no tratamento é a

equipe, o usuário e o familiar estabelecerem uma relação de confiança, cooperando um com outro para uma melhor qualidade de vida.

Depois da apresentação do projeto, cada profissional se apresenta individualmente falando da importância de sua atuação no tratamento. Em seguida, é realizada uma dinâmica com a participação dos usuários, familiares e equipe interdisciplinar como quebra-gelo, proporcionando um momento de descontração e transformando a recepção em um espaço confortável e acolhedor. Após esse momento, é aberto um espaço para usuários e familiares tirarem dúvidas a respeito do tratamento, perguntarem sobre direitos adquiridos e falarem dos seus medos. E com essa parceria potente (equipe, usuários e familiares), faz-se uma reflexão sobre temáticas de extrema relevância para o tratamento, como o ganho interdialítico e a ansiedade; a importância do autocuidado, entre outros temas que surgirão a partir de dúvidas expostas no projeto. E, através disso, surgem ações educativas com o objetivo de modificar comportamentos que implicam a adesão ao tratamento. Dessa forma, com a oportunidade de dar voz/ouvir, o Projeto Acolhimento vem alcançando um maior estreitamento nas relações entre usuários e profissionais; a conscientização do usuário em relação ao tratamento; a importância do suporte familiar no tratamento; e o desenvolvimento da empatia na equipe multiprofissional.

Ao levar em consideração a realidade apontada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, em que a doença renal crônica triplicou em dezesseis anos no Brasil, tornando-se um problema de saúde pública, ou seja, nos anos 2000, 42 mil pacientes precisaram de diálise, enquanto em 2016, 122 mil pacientes (Agência do Brasil, 2017), vale pontuar a relevância de intervir com pacientes renais crônicos e ressaltar a importância do desenvolvimento de práticas balizadas pela Psicologia social da saúde nesse campo

Em virtude dos fatos mencionados, pode-se concluir que a pesquisa-intervenção intitulada Projeto Acolhimento pode ser caracterizada como um trabalho potente que proporciona um espaço de reflexão, em que predomina a importância de “estar com”, “fazer com”, “sentir com” e “falar com”, promovendo diálogo, interdisciplinaridade e proximidade entre equipe, pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise e seus familiares. A premissa desse projeto é realizar uma nova prática do acolher, oferecendo uma escuta como experimentação, ou seja, uma escuta atuante e viva.

Conclui-se também que o presente estudo nos apresenta a possibilidade de incitar reflexões sobre a atuação do psicólogo no contexto da saúde, em especial em clínicas de hemodiálise. Sendo assim, a partir dessa experiência inovadora intitulada Projeto Acolhimento, torna-se possível imprimir estranhamentos a uma prática até então engessada no contexto hemodialítico, trazendo novas possibilidades de ação e relação entre psicólogo, usuários do serviço e equipe multiprofissional, e acreditando que os profissionais atuantes nesses espaços podem repensar suas práticas individuais e coletivas.

REFERÊNCIAS

- Agência do Brasil. (2017). *Pacientes com doença renal crônica triplicam em 16 anos no Brasil*. Agência do Brasil.
- Bastos, M. G., Bregman, R., & Kirsztajn, G. M. (2010). Doença renal crônica: Frequentemente grave, mas também prevenível e tratável. *Associação Médica Brasileira*, 56(2), 248-253. doi: 10.1590/s0104-42302010000200028
- Borges, C. C., & Cardoso, C. L. (2005). A Psicologia e a estratégia de saúde da família: Composto saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32. doi: 10.1590/s0102-71822005000200005
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.
- Ferreira, A. B. H. (1998). *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., & Pereira, M. J. B. (2005). O trabalho da equipe no programa de saúde da família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 262-268. doi: 10.1590/s0104-11692005000200020
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345-353. doi: 10.1590/s0102-311x1999000200019

- Heckert, A. L. C. (2007). *Escuta como cuidado: O que se passa nos processos de formação e de escuta. Razões públicas para a integralidade em saúde: O cuidado como valor*. São Paulo.
- Junior, J. E. R. (2004). Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Brazilian Journal of Nephrology*, 26 (3s1), 1-3.
- Leitão, L. R. G. (1995). Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. *CEBES Saúde em Debate*, 47, 46-49.
- Lima, A. F. C. (2006). Reflexão sobre o cuidar a partir do cenário da hemodiálise: O corpo como mediador da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. *O mundo da saúde*, 30(1), 151-155.
- Lima, M. L., Bernardes, S. F., & Marques, S. (2010). *Psicologia social da saúde: Uma nova forma de olhar para a saúde e a doença*. Centro de Investigação e Intervenção Social Instituto Universitário Lisboa. Lisboa.
- Matumoto, S. (1998). *O Acolhimento: Um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Madeiro, A. C., Machado, P. D. L. C., Bonfim, I. M., Braqueais, A. R., & Lima, F. E. T. (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista Enfermagem*, 23(4), 546-551. doi: 10.1590/s0103-21002010000400016
- Peduzzi, M. (1998). *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. *Revista de Saúde*, 35(1), 103-109. doi: 10.1590/s0034-89102001000100016
- Pitta, A. M. F. (1996). A equação humana no cuidado e as organizações de saúde. *Saúde e Sociedade*, 5(2), 35-60. doi: 10.1590/s0104-12901996000200004
- Portal Brasil. (2015). *Doença renal crônica atinge 10% da população mundial*. Recuperado em 13 Fevereiro, 2017, de <http://brasil.gov.br/saude/2015/03/doenca-renal-cronica-atinge-10-da-populacao-mundial>.
- Resende, M. C., Santos, F. A., Souza, M. M., & Marques, T. P. (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: Em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica*, 19(2), 87-99. doi: 10.1590/s0103-56652007000200007

- Rocha, M. L., & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e profissão*, 23(4), 64-73. doi: 10.1590/s1414-98932003000400010
- Silveira, D. P., & Vieira, A. L. S. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: Desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estudos e Pesquisa de Psicologia*, 5(1), 92-101.
- Teixeira, R. R. (2005). Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 585-597. doi: 10.1590/s1413-81232005000300016
- Trabalho em Equipe. (2017). *Dicionário Online de Português*.

RELAÇÃO DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE COM A DEPENDÊNCIA AO SMARTPHONE

Joana Água¹ (✉ joanaaagua@gmail.com), Ivone Patrão¹, & Isabel Leal²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Promoting Human Potential Research Group, Lisboa, Portugal; ² ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

O *smartphone* é o dispositivo mais utilizado para aceder à internet de forma rápida. Cerca de 64% de uma amostra portuguesa revela preferir o *smartphone* para este acesso (Água, Patrão, & Leal, in press). As preocupações em relação ao seu uso excessivo têm aumentado, dadas as consequências negativas para o bem-estar psicológico, para as relações interpessoais e para a saúde física dos indivíduos (Água et al., in press). Destas destacam-se perturbações musculo-esqueléticas (e.g., Lee, Kang & Shin, 2015), aumento dos níveis de agressividade, bem como um elevado risco para o desenvolvimento de psicopatologias (e.g., perturbações do sono; perturbações do humor; perturbações de ansiedade) (e.g., Akin, Altundag, Turan, & Akin, 2014; Haug et al., 2015; Kim et al., 2016). O *smartphone* poderá, no entanto, ser utilizado como forma de gerir a solidão, sintomas depressivos e de ansiedade. Portanto, o uso excessivo ou dependência do *smartphone* poderá não ser o principal problema, mas sim um dos sintomas de uma perturbação previamente existente (e.g., Karadag et al., 2015; Reis et al., 2016).

No entanto, a dependência do *smartphone* só é desenvolvida quando existem alguns fatores de predisposição (e.g., Hawi & Samaha, 2016). Um dos fatores poderão ser os traços de personalidade (Kim et al., 2016).

A personalidade é formada por traços de personalidade, estes influenciam as reações, atitudes e comportamentos das pessoas em determinadas situações, e estão sempre presentes, sendo estáveis e consistentes ao longo do tempo (Lopes, 2008). O modelo dos *Big Five* permite uma organização em 5 traços de personalidade: o Neuroticismo (N), a Extroversão (E), a

Abertura à Experiência (O), a Amabilidade (A) e a Conscienciosidade (C) (McCrae & John, 1992). Existem traços que podem ser fatores de risco e outros de proteção para as dependências *online* (e.g., Buckner, Castille, & Sheets, 2012; Kuss, Van Rooij, Shorter, Griffiths, & Van de Mheen, 2013).

O traço *N* poderá provocar uma maior instabilidade emocional e aumentar o risco do desenvolvimento de dependências *online* (e.g., Kuss et al., 2013). Indivíduos com este traço mais presente evitam o contacto face a face e têm estratégias de *coping* pouco adequadas perante emoções negativas (Carver & Connor-Smith, 2010), preferindo a comunicação *online* (e.g., Rahmani & Lavasani, 2011). Este traço poderá ser considerado um fator de risco, visto que a comunicação poderá passar mais pelo mundo virtual (e.g., Kayış et al., 2016; Rahmani & Lavasani, 2011). Quando o traço *E* está mais presente as pessoas têm comportamentos ativos e assertivos (Costa & McCrae, 1992). Podendo ter um interesse reduzido em relações *online* (Kayış et al., 2016), para eles as relações próximas e da vida real são mais satisfatórias (McCrae & John, 1992). Os indivíduos extrovertidos podem usar a internet e o *smartphone* a um nível relativamente baixo e a dependência não se desenvolver (e.g., Buckner et al., 2012; Kayış et al., 2016), constituindo um fator protetor no desenvolvimento de dependências *online* (e.g., Buckner et al., 2012; Kayış et al., 2016). Contudo, há estudos que revelam o contrário, i.e., pessoas com maiores níveis de extroversão podem usar mais frequentemente as redes sociais e por isso revelarem maiores níveis de dependência à internet e ao *smartphone* (e.g.: Kuss, Shorter, Van Rooij, Van de Mhenn, & Griffiths, 2014).

No que diz respeito ao traço *O*, os resultados têm sido incongruentes. Os indivíduos com este traço mais presente são criativos, têm níveis de interesse elevados e curiosidade por novas experiências (Costa & McCrae, 1992). Por este motivo, tanto o mundo virtual como o mundo real podem dar a estes indivíduos oportunidades atrativas para satisfazer a sua curiosidade (Kuss et al., 2013). Há investigadores que consideram este traço como um fator protetor, para estes existe uma relação negativa entre este traço e a dependência à internet. Sendo que, estes indivíduos preferem contactos presenciais e vivências mais realísticas aos ambientes e relações desenvolvidas virtualmente. Assim, não estão em risco de desenvolver estas dependências (e.g., Kayış et al., 2016; Randler, Horzum, & Vollmer, 2014; Servidio, 2014). Por outro lado, há investigadores que pensam

existir uma relação positiva e significativa entre este traço e o desenvolvimento da dependência à internet e ao *smartphone* (e.g., Kuss et al., 2013; Rahmani & Lavasani, 2011).

Quando o traço A está menos presente, os indivíduos têm mais comportamentos agressivos e hostis (Costa & McCrae, 1992), podendo adotar mais frequentemente este tipo de comportamentos em contexto *online* do que em contextos reais, visto que, em contextos reais, poderia ser mais prejudicial (Kuss et al., 2013). Portanto, as pessoas com o traço A pouco vincado podem desenvolver uma dependência à internet (e.g., Kayış et al., 2016; Kuss et al., 2014; Randler et al., 2014; Servidio, 2014) e ao *smartphone*. Outro fator que poderá ser visto como um fator protetor é o traço C (Kayış et al., 2016). As pessoas são mais auto-disciplinadas, cautelosas, motivadas e lutam pelo sucesso (Costa & McCrae, 1992). Deste modo, conseguem controlar o uso que fazem da Internet (e.g., Kuss et al., 2014; Randler et al., 2014; Servidio, 2014) e do *smartphone* nos vários contextos (Randler et al., 2014). Assim, indivíduos com menores níveis de C terão mais probabilidade de desenvolver a dependência à internet e ao *smartphone*. Posto isto, este estudo tem como principal objetivo perceber a relação entre cada um dos traços de personalidade e a dependência do *smartphone* e da internet.

MÉTODO

Participantes

A amostra é composta por 351 participantes, 83.5% são do género feminino, as idades variam entre 15 e 68 anos ($M=33.91$; $DP=11.55$). Todos os participantes estão numa relação amorosa. É de notar que 94% utiliza *smartphone* e 60.1% prefere aceder à internet a partir deste dispositivo. É importante referir que 14.24% da amostra revela níveis de dependência ao *smartphone*, 10.83% do género feminino. Em relação à dependência à internet, 15.95% da amostra situa-se no nível de dependência médio, 5.98% no nível de dependência moderado e 0.28% no nível de dependência severo.

Material

O protocolo foi composto por: Questionário de caracterização socio-demográfica e dos comportamentos *online*; *Smartphone Addiction Scale – ShortVersion* (SAS-SV) (Kwon, Kim, Cho, & Yang, 2013; Água, Patrão, & Leal, in press), que avalia a dependência ao *Smartphone*, sendo que o valor de *cut-off* é de 31 para o género masculino e 33 para o género feminino; a *Internet Addiction Test* (IAT) (Young, 1998; Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014), que avalia a dependência à internet; escala de Satisfação na Relação Amorosa (Murray, Holmes, Griffin, & Derrik, 2015; Água, 2017), que avalia a qualidade global de uma relação amorosa; inventário NEO-PI-20 (Bertoquini & Ribeiro, 2006), este operacionaliza o modelo dos *Big Five*, e avalia 5 dimensões: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C).

Procedimento

Inicialmente o protocolo foi colocado *online*, com o consentimento informado. Posteriormente, divulgou-se o *link* do protocolo no *facebook*, em diferentes grupos que fizeram a divulgação do estudo. Após a recolha da amostra, o tratamento dos dados foi realizado a partir do *IBM SPSS – IBM Analytcs versão 22* e do *IBM AMOS – IBM Analytcs versão 22*.

RESULTADOS

Nesta amostra, a maioria dos participantes está *online*, em média, 0-4 horas por semana (46.7%), sendo a sua preferência *online* as redes sociais (84.33%). É de notar que 79.8% utiliza *smartphone* no seu local de trabalho e/ou estudo; 31.6% às refeições e 52.7% na hora de dormir.

Para perceber qual a relação existente entre os traços de personalidade e as dependências à internet e ao *smartphone*, foram calculadas as correlações de *spearman*, uma vez que não existia uma relação linear entre as variáveis, apesar de ter sido verificado o pressuposto da normalidade.

Tabela 1

Correlações de spearman com os traços de personalidade e as dependências online

	Coefficiente de Correlação	Sig.
SAS-SV com E	-0.054	0.309
IAT com E	-0.011	0.842
SAS-SV com N	0.184	0.001
IAT com N	0.116	0.030
SAS-SV com O	-0.116	0.030
IAT com O	-0.047	0.384
SAS-SV com A	-0.103	0.054
IAT com A	-0.062	0.243
SAS-SV com C	-0.076	0.155
IAT com C	-0.282	0.000

Na Tabela 1 pode-se ver que: o traço E tem correlações negativas mas não significativas com o SAS-SV, ($r=-0.054$) e com o IAT ($r=-0.011$); existe uma relação significativamente estatística entre o traço N e o SAS-SV ($r=0.184$), bem como entre o traço N e o IAT ($r=0.116$); o traço O tem uma correlação significativamente negativa ($r=-0.116$) com o SAS-SV; a correlação entre o traço O e o IAT não é significativa ($r=-0.047$); a correlação entre o traço A e o SAS-SV não é significativa ($r=-0.103$); a correlação existente entre o traço A e o IAT não é significativa ($r=-0.062$); o traço C tem uma correlação negativa mas significativa com o SAS-SV ($r=-0.076$); existe uma correlação significativamente estatística entre o traço C e o IAT.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo compreender a relação entre os traços de personalidade e as dependências ao *smartphone* e à internet.

Foi verificada uma relação negativa entre o traço E e ambas as dependências. Quando este traço está presente há um menor risco para o desenvolvimento de dependências à internet e ao *smartphone* (e.g., Kuss et al., 2013; Servidio, 2014; Van der Aa et al., 2009). Utilizadores da internet, com este traço menos presente, acham que é mais fácil interagirem com as

peças num ambiente virtual (Kuss et al., 2013). Ao contrário do que acontece com as pessoas extrovertidas, que têm menos dificuldade em estabelecer contactos na vida real e preferem o contacto face a face. Portanto, este traço poderá ser um fator protetor destas dependências (Kayaş et al., 2016).

O traço O revelou uma relação negativa com ambas as dependências. Desta forma, quanto mais presente estiver o traço O menor será a dependência à internet e ao *smartphone*. Este traço poderá ser um fator protetor no que diz respeito a estas dependências, uma vez que as pessoas consideram as experiências da vida real mais nítidas e vivas e, por isso, preferirem ambientes reais aos virtuais (e.g., Servidio, 2014; Kayaş et al., 2016; Van der Aa et al., 2009).

No que diz respeito ao traço N, quanto mais presente estiver este traço, maior será a probabilidade do indivíduo desenvolver estas dependências. Este resultado é sustentado por vários estudos, visto que, pessoas com N mais presente têm estratégias de *coping* desadequadas para enfrentar situações de *stress*. Por isso têm maior tendência a adotar comportamentos não saudáveis no que diz respeito à internet e ao *smartphone*, usando-os como um refúgio para lidarem com essas situações (e.g., Tsai et al., 2009).

Existem relações negativas entre o traço A e as dependências. Este traço poderá ser um fator protetor (Kayaş et al., 2016), sendo que quanto mais presente está menor será a probabilidade de desenvolver dependência à internet e ao *smartphone* (e.g., Randler et al., 2014; Servidio, 2014; Van der Aa et al., 2009). Este aspeto deve-se às características destes indivíduos que não gostam de competição, não entram em conflitos e são pessoas tolerantes. Desta forma, quando este traço está pouco presente têm mais comportamentos agressivos na internet do que na vida real e esse comportamento poderá levar ao uso excessivo da internet e do *smartphone* (Kayaş et al., 2016). Já no que diz respeito ao traço C, quanto mais presente menor será a probabilidade de o indivíduo desenvolver dependência à internet. Este traço poderá também ser considerado um fator protetor no que diz respeito ao desenvolvimento destas dependências (Kayaş et al., 2016). Indivíduos com o traço C muito presente são disciplinados, cautelosos e motivados para o sucesso (Costa & McCrae, 1992), assim acabam por controlar o seu uso da internet e do *smartphone* na sua vida familiar, profissional e social (e.g., Kayaş et al., 2016; Randler et al., 2014).

Em estudos futuros seria importante perceber como é que os traços de personalidade se relacionam com outras dependências *online*, sobretudo em amostras clínicas.

É de notar algumas limitações existentes neste estudo, como a forma de recolha de dados nas redes sociais, o que possibilitou uma amostra maioritariamente do género feminino, visto que têm mais tendência a serem utilizadoras deste tipo de conteúdos (Przepiorka & Blanchnio, 2016). Outra limitação deste estudo diz respeito à utilização da versão reduzida da escala dos traços de personalidade, que pode não se ter obtido a totalidade das características do participante.

REFERÊNCIAS

- Água, J., Patrão, I., & Leal, I. (In press). SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa. *Livro de Atas do II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde*.
- Água, J. (2017). *Relação entre a dependência do smartphone, os traços de personalidade e a satisfação na relação amorosa*. (Dissertação de Mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.
- Akin, A., Altundag, Y., Turan, M., & Akin, U. (2014). The validity and reliability of the turkch version of the smart phone addiction scale-short form for adolescente. *Social and Behavioral Sciences*, 152, 74-77. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.09.157
- Bertoquini, V., & Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do modelo dos cinco fatores da personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Buckner, J., Castille, C., & Sheets, T. (2012). The Five Factor Model of personality and employees' excessive use of technology. *Computers in Human Behavior*, 28(5), 1947-1953. doi: 10.1016/j.chb.2012.05.014
- Carver, C., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13.

- Hawi, N., & Samaha, M. (2016). The relationships among social media addiction, self-esteem, and life satisfaction in university students. *Social Computer Review*, 1-11. doi: 10.1177/0894439316660340
- Haug, S., Castro, R., Kwon, M., Filler, A., Kowatsch, T., & Schaub, M. (2015). Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(4), 299-307. doi: 10.1556/2006.4.2015.037
- Karadag, et al. (2015). Determinants of phubbing, which is the sum of many virtual addictions: A structural equation model. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 90-74. doi:10.1556/2006.4.2015.005
- Kayış, A., Satici, S., Yilmaz, M., Şimşek, D., Ceyhan, E., & Bakioglu, F. (2016). Big five-personality trait and internet addiction: A meta-analytic review. *Computers in Human Behavior*, 63, 35-40. doi: 10.1016/j.chb.2016.05.012
- Kim, et al. (2016). Personality factors predicting smartphone addiction predisposition: Behavioral inhibition and activation systems, impulsivity, and self-control. *Plos One*, 11(8). doi:10.1371/journal.pone.0159788
- Kuss, D., van Rooij, A., Shorter, G., Griffiths, M., & van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 1987-1996. doi:10.1016/j.chb.2013.04.002
- Kuss, D., Shorter, G., van Rooij, A., van de Mheen, D., & Griffiths, M. (2014). The internet addiction components model and personality: Establishing construct validity via a nomological network. *Computers in Human Behavior*, 39, 312-321. doi: 10.1016/j.chb.2014.07.031
- Kwon, M., Kim, D.J., Cho, H., Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *Plos One*, 8(12). doi: 10.1371/journal.pone.0083558
- Lee, S., Kang, H., & Shin, G. (2015). Head flexion angle while using a smartphone. *Ergonomics*, 58(2), 220-226. doi: 10.1080/00140139.2014.967311
- Lin, et al. (2015). Time distortion associated with smartphone addiction: Identifying smartphone addiction via mobile application (App). *Journal of Psychiatric Research*, 65, 139-145. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.04.003.
- Lopes, V. (2008). *Personalidade e ajustamento emocional na infertilidade*. (Dissertação de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.
- McCrae, R., & John, O. (1992). An introduction to the five-factor model: Issues and applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175-215.

- Przepiorka, A., & Blachnio, A. (2016). Time perspective in internet and facebook addiction. *Computers in Human Behavior*, *60*, 13-18. doi: 10.1016/j.chb.2016.02.045
- Pontes, H., Patrão, I., & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, *3*(2), 107-114. doi: 10.1556/JBA.3.2014.2.4
- Rahmani, S., & Lavasani, M. (2011). The relationship between internet dependency with sensation seeking and personality. *Procedia-Social Behavior in Sciences*, *30*, 272-277. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.054.
- Randler, C., Horzum, M. B., & Vollmer, C. (2014). Internet addiction and its relationship to chronotype and personality in a Turkish university student sample. *Social Science Computer Review*, *32*(4), 484-485. doi: 10.1177/0894439313511055
- Reis, et al. (2016). As dependências online: controvérsias e perfis. In I. Patrão & D. Sampaio (Eds.), *Dependências Online: O poder das tecnologias* (pp. 151-167). Lisboa: Pactor.
- Servidio, R. (2014). Exploring the effects of demographic factors, Internet usage and personality traits on Internet addiction in a sample of Italian university students. *Computers in Human Behavior*, *35*, 85-92. doi: 10.1016/j.chb.2014.02.024
- Tsai, H., et al. (2009). The risk factors of Internet addiction a survey of university freshmen. *Psychiatry Research*, *167*(3), 294-299. doi: 10.1016/j.psychres.2008.01.015
- Van der Aa, N., Overbeek, G., Engles, R., Schotle, R., Meekerk, G., & Van den Eijnden, R. (2009). Daily and compulsive internet use and well-being in adolescence: A diathesis-stress model based on Big Five personality traits. *Journal of Youth and Adolescent Health*, *47*(1), 51-57. doi: 10.1007/s10964-008-9298-3
- Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley.
- Young, K. (2011). Clinical assessment of internet-addicted clientes. In K. Young & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment*. (pp. 19-34). New Jersey: John Wiley & Sons.

RELAÇÃO DA DEPENDÊNCIA AO SMARTPHONE COM A SATISFAÇÃO NA RELAÇÃO AMOROSA

Joana Água¹ (✉ joanaagua@gmail.com), Ivone Patrão¹, & Isabel Leal²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Promoting Human Potential Research Group, Portugal;

² ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

A população portuguesa utiliza cada vez mais o *smartphone* para aceder à internet de forma rápida (Água, Patrão, & Leal, in press[a]; Água, Lourenço, Patrão, & Leal, in press[b]). Contudo, apesar do *smartphone* ser um dispositivo muito útil, trouxe também alguns malefícios devido ao seu uso excessivo e dependência. O uso excessivo do *smartphone* poderá interferir com aspetos da vida diária, sendo que quem o usa excessivamente poderá desenvolver comportamentos inadequados em diversos contextos (Kim et al., 2016), podendo prejudicar as suas relações interpessoais.

Ao longo da vida são construídas várias relações que poderão ser mais ou menos duradouras. De todas as relações, a que tem mais impacto é a relação amorosa, no entanto, há vários fatores que podem influenciar negativamente a satisfação nesta relação: conflitos, não baixa satisfação sexual, cansaço, falta de tempo para o casal e também o modo como o tempo de casal é vivido (Lopes, 2012). A satisfação na relação amorosa pode ser percebida como uma apreciação pessoal e subjetiva da qualidade da relação (Narciso & Ribeiro, 2009). Para que uma relação amorosa seja satisfatória para ambos, têm de estar presentes um para o outro, não só na presença um do outro mas também conectados, i.e., estarem focados um no outro sem que haja distrações externas ou internas (Leggett & Rossouw, 2014). As distrações são cada vez mais frequentes, principalmente devido ao uso de *smartphone* e consequentes comportamentos de *Phubbing* (Roberts & David, 2016).

O *Phubbing* pode ser descrito como a ação de ignorar a situação e/ou pessoa com quem se está e concentrar-se exclusivamente no *smartphone*. Enviar SMS, atender chamadas, ver emails e/ou notificações, excluindo

tudo em redor (Ugur & Koc, 2015; Roberts & David, 2016). Durante uma conversa, o outro está com o *smartphone* evitando as relações interpessoais e a vida real (Karadag et al., 2015; Haigh, 2015; Roberts & David, 2016). Este aspeto acaba por ter consequências negativas para as relações do indivíduo. Deste modo, o tempo passado nas tecnologias poderá reduzir as interações significativas entre parceiros. Existindo, por isso, menores níveis de satisfação com a relação amorosa (Roberts & David, 2016). Posto isto, os conflitos causados pelo uso do *smartphone* medeiam o impacto que o *Phubbing* poderá ter na satisfação da relação amorosa. Sendo assim, assume-se que as interrupções e distrações tecnológicas criam mais conflitos na relação amorosa (McDaniel & Coyne, 2014). Portanto, os *smartphones* que foram originalmente feitos para serem utilizados como uma ferramenta de comunicação (Roberts & David, 2016), podem esconder muitas preocupações e ser a causa de muitos problemas atuais. Neste caso específico, o uso excessivo do *smartphone* poderá ter um impacto muito negativo nas relações humanas, nomeadamente nas relações amorosas.

Por conseguinte, este estudo tem como objetivo geral, analisar a relação entre a dependência ao *smartphone* e a satisfação na relação amorosa.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é composta por 351 participantes, dos quais 83.5% são do género feminino, as idades variam entre 15 e 68 anos ($M=33.91$; $DP=11.55$). Todos os participantes têm uma relação amorosa. É de notar que 94% utiliza *smartphone* e 60.1% prefere aceder à internet a partir deste dispositivo. Importa referir que 14.24% da amostra revela níveis de dependência ao *smartphone*, desta percentagem 10.83% da amostra é do género feminino e os restantes 3.42% do género masculino. Em relação à dependência à internet, 15.95% da amostra situa-se no nível de dependência médio, 5.98% no nível de dependência moderado e apenas 0.28% no nível de dependência severo.

Material

O protocolo foi composto por: Questionário de caracterização socio-demográfica e dos comportamentos *online*; *Smartphone Addiction Scale – Short Verison* (SAS-SV) (Kwon, Kim, Cho, & Yang, 2013; Água et al., in press[a]), que avalia a dependência ao *Smartphone*, sendo o valor de *cut-off* de 31 para o género masculino e 33 para o género feminino; *Internet Addiction Test* (IAT, Young, 1998; Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014), que avalia a dependência à internet, sendo que quanto maior o *score* obtido, maior o nível de adição (0-30 pontos – Normal; 31-49 pontos – Médio; 50-79 pontos – Moderado; e 80-100 pontos – Severo (Young, 2011)); escala de Satisfação na Relação Amorosa (Murray, Holmes, Griffin, & Derrick, 2015; Água, 2017) que avalia a qualidade global de uma relação amorosa; escala *Partner Phubbing* (Pphubbing, Roberts & David, 2016; Água et al., in press[b]), que avalia os comportamentos de *phubbing* do(a) parceiro(a) do participante.

Procedimento

Inicialmente o protocolo foi colocado *online*, com o consentimento informado. Posteriormente, divulgou-se o *link* do protocolo no *facebook*, em diferentes grupos que fizeram a divulgação do estudo. Após a recolha da amostra, o tratamento dos dados foi realizado a partir do *IBM SPSS – IBM Analytcs versão 22* e do *IBM AMOS – IBM Analytcs versão 22*.

RESULTADOS

Comportamentos de Uso e Acesso: Estatística Descritiva

A maioria dos participantes (84.33%) dos participantes são utilizadores das redes sociais. Foi ainda possível constatar que 37.6% da amostra estabelece relações *online*, 27.6% já foi aliciado *online* para uma relação mais íntima, e 3.1% da amostra foi ameaçado com a publicação de conteúdos pessoais na internet. É importante acrescentar que 79.8% desta amostra utiliza *smartphone* no seu local de trabalho e/ou estudo; 31.6%

utiliza o *smartphone* às refeições e 52.7% da amostra utiliza o *smartphone* na hora de dormir.

Para perceber qual a relação existente entre as dependências ao *smartphone* e à internet e a satisfação na relação, bem como a relação existente entre a satisfação na relação amorosa com o *phubbing*, foram calculadas as correlações de *spearman*, uma vez que não existia uma relação linear entre as variáveis, apesar de ter sido verificado o pressuposto da normalidade.

Tabela 1

Correlação das dependências com a satisfação na relação

	Coefficiente de Correlação	Sig.
SR com SAS-SV	-0.036	0.501
SR com IAT	-0.071	0.183

Observa-se que não existem correlações significativamente estatísticas entre nenhuma das dependências e a satisfação na relação (Tabela 1).

Tabela 2

Correlação do phubbing com a satisfação na relação

	Coefficiente de Correlação	Sig.
SR com <i>Pphubbing</i>	-0.295	0.000

Pode-se constatar uma correlação significativamente negativa ($r=-0.295$) entre os comportamentos *phubbing* dos parceiros e a satisfação na relação amorosa (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal compreender a relação entre a dependência do *smartphone* e a satisfação na relação, considerando os comportamentos de *phubbing* do parceiro.

Considerando a ligação cada vez mais forte das pessoas aos *smartphones* e menos às pessoas que as rodeiam, foi importante compreender de que forma é que as relações amorosas poderão ser afetadas pelo uso

excessivo do *smartphone* e da internet. Sabe-se que para que exista satisfação na relação amorosa é importante que ambos os parceiros estejam satisfeitos um com o outro e que estejam presentes um para o outro (Siegle, 2010), não sendo por isso suficiente estarem na presença um do outro enquanto estão envolvidos com os seus *smartphones* e/ou computadores. É importante haver contacto, carinho, confiança e segurança, para que haja satisfação na relação (Murray, Holmes, & Griffin, 2000). Apesar de neste estudo não existir uma relação significativa entre as dependências e a satisfação na relação, esta varia negativamente. Desta forma, poderá existir uma diminuição da satisfação quando estas dependências estão, de certa forma presentes. Este facto poderá causar conflitos nas relações amorosas e no bem-estar da mesma, quando um dos elementos do casal permite que a tecnologia interfira no seu tempo a dois (McDaniel & Coyne, 2014).

Tendo em conta este estudo, conclui-se que os comportamentos de *phubbing* que o(a) parceiro(a) poderá ter com o outro poderão diminuir a satisfação na relação. Esta poderá diminuir, não só por causa dos comportamentos de *pphubbing*, mas também devido ao aumento de conflitos na relação devido ao uso de dispositivos tecnológicos (McDaniel & Coyne, 2014; Roberts & David, 2016). Desta forma, como consequência do aumento de conflitos e diminuição da satisfação da relação poderá existir a rutura da relação. Sendo assim, as pessoas ao adotarem comportamentos de *phubbing* e ao não conseguirem controlar o uso do *smartphone* e internet, estão a prejudicar as suas relações correndo o risco de perder as mesmas.

Espera-se que este estudo dê importantes contributos para o campo das dependências *online*, uma vez que revela resultados inovadores sobre a influência nas relações interpessoais. Outra contribuição importante prende-se com a validação da escala satisfação na relação amorosa. Esta última possibilita que haja uma avaliação breve da mesma e revelou ter boas capacidades psicométricas, por isso poderá ser utilizada na população portuguesa. No entanto, seria importante realizar testes de validade com outras escalas que avaliem o mesmo constructo. Com este estudo, pôde-se constatar que as relações humanas (amorosas, familiares, profissionais e de amizade) enfrentam novos desafios, que com a evolução da tecnologia, terão tendência a piorar. Deste modo, será cada vez mais importante estudar e compreender de que forma se pode intervir para que haja uma

prevenção das consequências negativas que a utilização excessiva das tecnologias e internet acarreta.

Existem algumas limitações neste estudo, no que diz respeito à forma de recolha dos dados, estes foram recolhidos através de redes sociais e, talvez por esse motivo, a amostra seja maioritariamente do género feminino. As pessoas do género feminino têm mais tendência a serem utilizadoras deste tipo de conteúdos e a desenvolver dependências às mesmas (Przepiorka & Blanchnio, 2016). Outra limitação deste estudo, poderá ser o tamanho reduzido da escala de satisfação na relação amorosa utilizada, pois não avalia todas as dimensões deste construto.

Numa futura investigação, seria importante estudar numa população clínica, como é que as suas relações amorosas são afetadas pelas dependências às novas tecnologias. Seria também importante perceber como é que os comportamentos de *phubbing* poderão interferir com outros contextos, como o contexto laboral.

REFERÊNCIAS

- Água, J. (2017). *Relação entre a dependência do smartphone, os traços de personalidade e a satisfação na relação amorosa* (Dissertação de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.
- Água, J., Patrão, I., & Leal, I. (in press[a]). SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa.
- Água, J., Lourenço, M., Patrão I., & Leal, I. (in press[b]). Partner phubbing: portuguese population.
- Haigh, A. (2015). Stop phubbing. Disponível em <http://stopphubbing.com>
- Karadag, et al. (2015). Determinants of phubbing, which is the sum of many virtual addictions: A structural equation model. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 90-74. doi:10.1556/2006.4.2015.005
- Kim, et al. (2016). Personality factors predicting smartphone addiction predisposition: Behavioral inhibition and activation systems, impulsivity, and self-control. *Plos One*, 11(8). doi10.1371/journal.pone.0159788

- Kwon, M., Kim, D.J., Cho, H., Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *Plos One*, 8(12). doi: 10.1371/journal.pone.0083558
- Leggett, C., & Rossouw, P. J. (2014). The impact of technology use on couple relationships: A neuropsychological perspective. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 2(1), 44-99. doi: 10.12744/ijnpt.2014.0044-0099
- Lopes, B. (2012). *Um olhar sobre as relações amorosas: satisfação conjugal, intimidade e satisfação sexual*. (Dissertação de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.
- McDaniel, B. T., & Coyne, S. M. (2014). “Technoference”: The interference of technology in couple relationships and implications for women’s personal and relational well-being. *Psychology of Popular Media Culture*. doi: 10.1037/ppm0000065
- Murray, S., Holmes, J., & Griffin, D. (2000). Self-esteem and the quest for felt security: How perceived regard regulates attachment processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 478-498. doi: 10.1037/0022-3514.78.3.478
- Murray, S., Holmes, J., Griffin, D., & Derrick, J. (2015). The equilibrium model of relationship maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(1), 93-113. doi: 10.1037/pspi0000004
- Narciso, I., & Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de ler.
- Przepiorka, A., & Blachnio, A. (2016). Time perspective in internet and facebook addiction. *Computers in Human Behavior*, 60, 13-18. doi: 10.1016/j.chb.2016.02.045
- Pontes, H., Patrão, I., & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114. doi:10.1556/JBA.3.2014.2.4
- Roberts, J., & David, M. (2016). My life becomes a major distraction from my cell phone: Partner phubbing and relationship satisfaction among romantic partners. *Computers in Human Behavior*, 54, 134-141. doi:10.1016/j.chb.2015.07.058
- Siegle, D. (2010). *The mindful therapist: A clinician’s guide to mindfulness and neurointegration*. New York: Norton.
- Ugur, N., & Koc, T. (2015). Time for Digital Detox: Misuse of Mobile Technology and phubbing. *Social and Behavioral Sciences*, 195, 1022-1031. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.06.491

Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley.

Young, K. (2011). Clinical assessment of internet-addicted clientes. In K. Young & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 19-34). New Jersey: John Wiley & Sons.

PROFUNDIDADE E ENVOLVIMENTO EMOCIONAL EM PSICOTERAPIA

Joana Calhau¹ (✉ joanaraquelcalhau@gmail.com) & António Pazo Pires¹

¹ ISPA – Instituto Universitário, Portugal

A experienciação (EXP) surge como um constructo no âmbito das psicoterapias experienciais. Pode ser conceptualizada como um *continuum*. Num extremo, o indivíduo desconhece os seus sentimentos e no outro extremo tem a sua atenção diretamente focada nas suas vivências interiores e nos seus sentimentos. O progresso na psicoterapia é revelado pela progressão neste *continuum*, utilizando as experiências interiores como referência pessoal de ação e significação (Hager, 1986). A profundidade experiencial pode ser definida como o grau de envolvimento do cliente, no processo emergente em cada sessão de terapia, na exploração de novos sentimentos e na criação de significados, em relação com o *self* (Gendlin, 1966).

Os estudos sustentam a existência de uma associação entre o progresso terapêutico e a profundidade experiencial, revelando que níveis de EXP mais elevados estão relacionados com melhores resultados terapêuticos (Elliott et al., 2013; Goldman et al., 2005; Hendricks, 2002, 2009; Pos et al., 2003; Watson & Bedard, 2006; Watson et al., 2011). Alguns autores acrescentam a importância de integrar a intensidade da expressão emocional com a profundidade experiencial, para potenciar o sucesso da terapia (Missirlian et al., 2005; Pos et al., 2009; Pos et al., 2017). Watson et al. (2011) concluíram, ainda, que a capacidade inicial de regulação emocional do cliente tem um impacto significativo na qualidade do processamento emocional durante as sessões e no resultado da terapia. Na terapia de casal com terapia focada nas emoções (TFE), Makinem e Jonhson (2006) concluíram que os casais bem resolvidos apresentam níveis de EXP mais elevados do que os casais com problemas por resolver.

A profundidade experiencial pode ser considerada um fator comum do processo de mudança em psicoterapia e preditor do sucesso terapêutico (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016). Os estudos anteriormente apresentados são realizados no âmbito das terapias experienciais e Terapia Cognitivo-Comportamental. O único estudo encontrado com abordagem psicodinâmica foi o de Rudkin et al. (2007), que concluíram que quando comparados com os clientes em terapia cognitivo-comportamental, os clientes da abordagem psicodinâmica apresentam níveis mais elevados de EXP. Em todos os estudos encontrados foram analisadas terapias de intervenção breve. Na pesquisa realizada, não foram encontrados estudos realizados no âmbito da profundidade experiencial em terapias de longa duração.

Na sua meta-análise, Pascual-Leone e Yeryomenko (2016) procuraram analisar o comportamento da EXP nas diferentes fases da terapia, construindo a hipótese de que esta associação pode ser mais forte se forem considerados os níveis de EXP da fase de trabalho da terapia. Os níveis de EXP tendem a aumentar desde a fase inicial até ser atingido o nível máximo durante a fase de trabalho e mantendo-se estável até ao final. (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016).

Este estudo surge com a finalidade de contribuir para a compreensão da profundidade experiencial durante a psicoterapia, mais especificamente durante um processo de terapia de longa duração como a psicanálise, zona de investigação ainda por explorar. Pretende, assim, através de um estudo de caso, analisar o comportamento da *EXP* nas diferentes fases de um processo de psicanálise, bem como investigar a sua relação com outros fatores – incidentes de mudança e memórias episódicas – já investigados em estudos anteriores (Pereira, 2016; Pires et al., 2016).

MÉTODO

Participantes

Foi analisado o processo analítico de uma cliente de 43 anos, M. (nome fictício), com a duração total de 3 anos e 8 meses (383 sessões). Quando iniciou a terapia as suas queixas principais eram a vivência de

sentimentos depressivos e culpa, tendência para a inibição de sentimentos e emoções como a zanga e a raiva, demonstrando uma desconfiança básica e a necessidade de controlo permanente. Referia queixas somáticas como cefaleias e odinofagia. M. é divorciada, não tem filhos, vive sozinha e tem um cargo executivo. Já tinha frequentado uma psicoterapia de inspiração psicanalítica.

Durante a terapia, M. demonstrou capacidade de expressar os seus principais conflitos, revelando capacidade de compreensão das interpretações, elaborando-as nas sessões seguintes. Na relação terapêutica, a transferência evoluiu da hostilidade inicial para uma transferência positiva e erotizada que se manteve até ao final do 3º ano de análise, quando acontece o confronto com o analista real, não fantasiado.

Material

The Experiencing Scale. O instrumento *The Experiencing Scale* é uma escala de 7 pontos, desenvolvida para avaliar o nível de profundidade da experiência (EXP) (Klein et al., 1969). O material para aplicação da escala é o discurso do cliente durante as sessões. O método convencional da cotação consiste na atribuição de 2 pontuações para cada segmento analisado: *mode* (nível médio de EXP) e *peak* (nível mais elevado de EXP). A escala evolui de níveis em que o conteúdo da narrativa ou a forma como o cliente se expressa é impessoal, periférica e superficial para níveis de experiência mais profundos em que o conteúdo é uma exploração intencional dos sentimentos e das experiências. O cliente passa a explorar e a elaborar o problema que identificou de forma pessoal, integrando referências internas que permitem aumentar a consciencialização sobre si.

Change After Psychotherapy (CHAP). A escala traduzida por Sá (2008) permite avaliar as mudanças que ocorrem durante ou após um processo de psicoterapia ou psicanálise. O método de avaliação consiste na realização de entrevistas de *follow-up* durante ou depois da terapia, para aceder às experiências subjetivas de mudança do cliente, ou na utilização dos registos das sessões. O objetivo é aceder à mudança que o cliente sente que ocorreu, de forma consciente ou inconsciente, em cinco variáveis: Sintomas (S); Capacidade Adaptativa (CA); Insight (I); Conflitos básicos (CB) e fatores extra-terapêuticos (FE).

Identificação de memórias. Foi realizada a identificação de memórias episódicas através da operacionalização da variável em 2 níveis: memórias episódicas de infância / adolescência e memórias episódicas recentes/ vida adulta. Esta conceptualização tem por base o estudo realizado por Lalova et al. (2013).

Procedimento

O material de análise foram as notas retiradas pelo analista depois de cada sessão. Estes registos têm um carácter descritivo e incluem segmentos do discurso da cliente, das intervenções do terapeuta e alguns comentários subjetivos do analista. Para garantir a confidencialidade da cliente, foram retirados os aspetos ou detalhes que pudessem revelar a sua identidade. Apesar do material ser da mesma paciente, a análise das três variáveis consideradas no presente estudo (identificação dos incidentes de mudança através do CHAP (Pires et al., 2016), identificação de memórias episódicas (Pereira, 2016) e análise da EXP, foram feitas de forma independente por investigadores diferentes. Previamente à aplicação da escala EXP, foi realizada uma fase de treino da avaliadora. Posteriormente, foi realizada a cotação das sessões de forma randomizada, para garantir a distribuição aleatória das sessões cotadas nas diferentes fases da terapia. A cada sessão foi atribuída a pontuação correspondente ao nível de profundidade experiencial mais elevado conseguido pela paciente – *peak* EXP. Os resultados foram agrupados em trimestres e introduzidos no programa *SPSS*. A variável pode ser classificada como ordinal. No entanto, para possibilitar a comparação de médias, os dados foram tratados como se de uma variável quantitativa se tratasse.

RESULTADOS

Análise das frequências relativas da profundidade experiencial

A análise das frequências relativas dos níveis EXP ao longo da análise permite-nos constatar que nas sessões, a M. apresentou 1.8% sessões com nível EXP 1, 8.4% sessões com nível EXP 2, 32.4% com nível EXP 3,

35% com nível EXP 4, 17% com nível EXP 5, 5.2% com nível EXP 6 e apenas 0.3% com nível EXP 7. A M. apresentou um nível médio de profundidade experiencial de 3.74 (com desvio padrão de 1.076).

Análise da Profundidade Experiencial ao longo do processo psicanalítico

A figura 1 analisa a média das frequências relativas dos diferentes níveis de EXP e a sua distribuição ao longo da terapia. As sessões foram organizadas em trimestres e foram calculados os níveis de EXP médios em cada trimestre. No 1º ano de análise os valores de EXP são relativamente estáveis, apresentando pequenas oscilações. No 2º ano os valores mantêm-se num nível mais baixo do que na fase inicial, mas ainda assim com valores médios próximos. No 3º ano os valores são mais altos, com valores médios de EXP superiores a 4. O último ano é caracterizado por uma curva descendente, com uma diminuição dos valores mais acentuada a partir de Fevereiro de 2007.

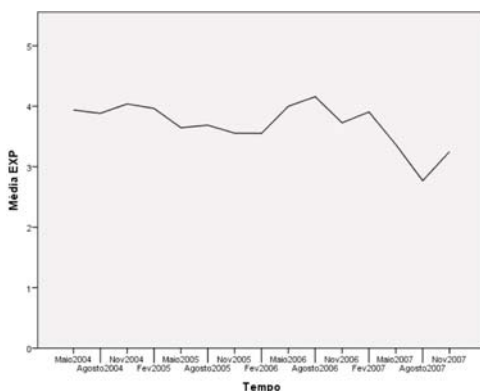


Figura 1. Distribuição da profundidade experiencial durante o processo analítico

Análise da relação entre a profundidade experiencial e os incidentes de mudança

O gráfico apresentado acrescenta a distribuição da variável EXP (Figura 2) ao gráfico realizado anteriormente com as variáveis do CHAP (Pires et al., 2016). É possível observar que o primeiro ano de análise,

caracterizado por um maior número de insights, corresponde a uma fase com níveis EXP relativamente estáveis e de nível superior a 4. O 2º ano, caracterizado por números mais baixos em todos os indicadores de mudança, corresponde à fase em que são apresentados os níveis de EXP mais baixos. No último ano, o decréscimo nos valores EXP está associado a valores mais elevados de incidentes de mudança relacionados com os conflitos básicos e com a capacidade adaptativa.

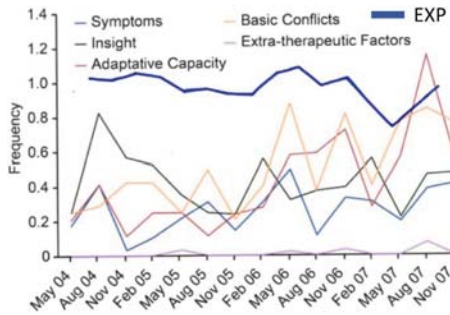


Figura 2. Frequência relativa dos incidentes de mudança nas 5 dimensões do CHAP (Pires et al., 2016) e da profundidade experiencial

Análise da relação entre a profundidade experiencial e a evocação de memórias

Comparámos a média da EXP nas sessões em que há evocação de memórias episódicas com a média da EXP em sessões em que não há evocação de memórias. A diferença não é significativa. As médias são de 3.77 e 3.69, respectivamente. Por outro lado, comparámos as médias da EXP com o número de memórias evocadas nas sessões (1- 6). Podemos verificar que tende a haver evocação de maior número de memórias em sessões com níveis mais elevados de EXP.

DISCUSSÃO

A análise das frequências relativas da EXP e a leitura integral do caso permite-nos fazer uma apreciação global das capacidades de profundidade experiencial da cliente. Os níveis de EXP se mantêm em valores médio-altos

ao longo de todo o processo terapêutico. À semelhança do que Watson e Bedard (2006) concluem relativamente aos casos de sucesso terapêutico, com níveis EXP mais elevados, podemos considerar que M. está envolvida em processos de exploração profunda, fazendo mais referência às suas emoções e refletindo sobre a experiência no sentido de criar novos significados.

Se compararmos os valores médios da EXP da cliente com os valores EXP encontrados em estudos anteriores, verificamos que os níveis apresentados pela M. são ligeiramente superiores. Torna-se pertinente questionar se estes resultados se relacionam com o processo psicanalítico em si, à semelhança do que acontece no estudo de Rudkin et al. (2007). Os períodos de maior mudança e trabalho terapêutico correspondem a níveis de profundidade experiencial mais elevados, o que vai ao encontro aos estudos realizados anteriormente (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016; Pos et al., 2003; Pos et al., 2017; Rudkin et al., 2007; Watson & Bedard, 2006).

Os períodos com níveis mais elevados de EXP, como o 3º ano da análise, correspondem a fases onde há maior número de incidentes de mudança e que implicam processos de reflexão mais exigentes, que se refletem em níveis de EXP mais altos e que possibilitam a ocorrência de incidentes de mudança. Nas fases em que o trabalho terapêutico é mais lento, como no 2º ano, os níveis de EXP são mais baixos e não é tão frequente a ocorrência de incidentes de mudança. Nas sessões onde são evocadas mais memórias os níveis de EXP são mais elevados. Em estudos futuros seria interessante perceber se são as memórias que facilitam a experiência emocional, o inverso ou ambas.

Uma das limitações deste estudo relaciona-se com a metodologia. Os resultados de um estudo de caso não podem ser generalizados, mas permitem uma compreensão mais profunda do fenómeno. Seria interessante replicar este estudo com amostras de maior dimensão e avaliar, em simultâneo, a EXP com outros fatores comuns da terapia.

REFERÊNCIAS

- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.),

Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (pp.495-538). New York: Wiley.

Gendlin, E. T. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Teory, Research & Practise*, 6(1), 4-15. doi: 10.1037/h0088716

Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Pos, A. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 71(6), 1007-1016. doi: 10.1080/10503300512331385188

Hager, D. L. (1986). *Experiencing Scale discrimination between more and less productive psychotherapy sessions* (Tese de doutoramento). Western Michigan University, Michigan.

Hendricks, M. (2002). Focusing-oriented/experiential psychotherapy. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practise* (pp. 221-251). Washington, DC: American Psychological Association.

Hendricks, M. (2009). Experiencing level: An instance of developing a variable from a first person process so it can be reliably measured and taught. *Journal of Councsciousness Studies*, 16, 10-12.

Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T., & Kiesler, D. J. (1969). *The experiencing Scale: a research and training manual*. Madison: University of Wisconsin.

Lalova, M., Baylé, F., Grillon, M. L., Houet, L., Moreau, E., Rouam, F., Cacot, P., & Piolino, P. (2013). Mechanisms of insight in schizophrenia and impact of cognitive remediation therapy. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 369-380. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.10.005

Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional Arousal, Client Perceptual Processing and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73(5). doi: 861-871. 10.1037/0022-006X.73.5.861

Pascual-Leone, A., & Yeryomenko, N. (2016). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 1-13. doi: 10.1080/10503307.2016.1152409

Pereira, I. D. P. (2016). *Quem sou eu? Psicanálise, memória episódica e insight*. Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.

Pires, A. P., Gonçalves, J., Sá, V., Silva, A., & Sandell, R. (2016). Assessment of change in psychoanalysis: another way of using the change after psychotherapy scales. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64(2), 285-305. doi: 10.1177/0003065116644743

- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Korman, L. M., & Goldman, R. N. (2003). Emotional Processing During Experiential Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6). doi: 1007-1016, 10.1037/0022-006X.71.6.1007
- Pos, A. E., Paolone, D. A., Smith, C. E., & Warwar, S. H. (2017). How does client expressed emotional arousal relate to outcome in experiential therapy for depression?. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 16*(2), 173-190. doi: 10.1080/14779757.2017.1323666
- Rudkin, A., Llewelyn, S., Hardy, G., Stiles, W. B., & Barkham, M. (2007). Therapist and client process affecting assimilation and outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy Research, 17*(5). doi: 613-621, 10.1080/10503300701216298
- Sá, V. (2008). *Avaliação de mudança em psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicada, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.
- Watson, J. C., & Bedard, D. L. (2006). Clients' Emotional Processing in Psychotherapy: A Comparison Between Cognitive-Behavioral and Process-Experiential Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 152-159. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.152
- Watson, J. C., McMullen, E. J., Prosser, M. C., & Bedard, D. L. (2011). An examination of the relationships among clients' affect regulation, in-session emotional processing, the working alliance, and outcome. *Psychotherapy Research, 21*(1), 86-96. doi: 10.1080/10503307.2010.518637

VIVÊNCIAS DE ESPIRITUALIDADE, ESPERANÇA E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM GERONTES

José Domingos¹ (✉ fisfa.beja@gmail.com) & Maria Cristina Faria¹

¹Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja, Portugal

Apesar de todos os avanços da ciência os humanos da nossa época continuam a colocar questões sobre o significado da vida e o confronto com a possibilidade da sua finitude. É neste sentido que emerge a espiritualidade, compreendida como uma dimensão relevante do ser humano e que o diferencia de outros seres vivos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Nos últimos tempos tem havido um interesse crescente da comunidade científica no estudo sobre a espiritualidade e da sua relação com dimensões psicológicas e de saúde. As evidências sugerem que a espiritualidade é uma dimensão importante de esperança e um elemento capacitador de melhoria na doença, por isso, proporcionador de qualidade de vida. Estudos recentes mostraram que uma melhor perceção de qualidade de vida está associada a elevados valores de espiritualidade, tudo indica que as pessoas que percebem uma melhor qualidade de vida nos domínios da capacidade física, funcional e mental, perspetivam também um futuro com mais esperança e otimismo (Fortunato & Simões, 2010). A investigação mostrou também que existe uma influência da espiritualidade no domínio da capacidade física e funcional (Carneiro, 2008).

Na investigação, a “religião” e “espiritualidade” são frequentemente consideradas como sinónimas, estudando-se conjuntamente a religião/ espiritualidade (Moberg, 2005), observando-se dificuldades na diferenciação e definição destes constructos. Rippentrop (2005) fez uma revisão da literatura e concluiu que nenhum autor analisado definia ou distinguia estes conceitos. Quando se tenta definir religião, tem sempre de se perguntar primeiro de que religião se está a falar. Há autores que distinguem entre uma religião salutar (salutogénica) e uma religião doentia (patogénica), havendo muitas graduações intermédias (Seeber & Kimble,

2001). Temos de saber do que estamos a falar, pois, interpretações contraditórias levam a falar de realidades diferentes. Por exemplo, pode supor-se que uma pessoa verdadeiramente religiosa tenha menos medo da morte; mas relacionar em geral a religião com a ansiedade face à morte é ambíguo. A espiritualidade é frequentemente expressa em termos não-religiosos, falando-se de um ‘poder’ interior que leva a cultivar a auto-estima, a gratidão, a tentar superar a mortalidade, a cultivar mais a liberdade e as amizades, a formar comunidades, a lutar pela justiça, pela paz e pela ecologia (Bianchi, 2005).

Neste seguimento, a pessoa ‘religiosa’ pode ser considerada como “habitante” (de um determinado espaço), enquanto a pessoa espiritual é vista como “procurante” (em busca de sentido). Podemos dizer que uma “pessoa religiosa” tende a aceitar formas tradicionais de religião, sujeitando-se à autoridade, frequentando um espaço sagrado, rezando em particular e publicamente (culto). Enquanto que uma “pessoa espiritual” prescinde da autoridade, da tradição e do ritualismo, é mais independente na sua crença, conjugando muitas vezes influências diferentes (Wink & Dillon, 2002). Em todo o caso podemos afirmar que toda a pessoa religiosa é a seu modo, espiritual, mas nem toda a pessoa espiritual é religiosa. Por isso, a espiritualidade constituiria uma categoria mais ampla do que a religião.

Nos estudos sobre a relação da espiritualidade/religião com outras variáveis podemos encontrar correlações positivas entre esta dimensão e a satisfação com a vida ou o bem-estar psicológico e ainda com a saúde física e mental, favorecendo a religião uma terapia do stresse, da depressão e da ansiedade face à morte (Moberg, 2005; Neto & Ferreira, 2004; Oman & Thoresen, 2005).

O envelhecimento abrange problemas biológicos, fisiológicos e psicológicos que produzem crises existenciais, no entanto, trata-se de um fenómeno normal na vida. A espiritualidade evidencia a existência de “potenciais forças escondidas no homem que o envelhecer faz desabrochar” (Silva, 2006). A espiritualidade é compreendida como sendo tudo aquilo que traz significado e propósito para a vida das pessoas e que diferencia os humanos de outros seres vivos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). De acordo com os autores, faz manifestar a essência individual, ajuda na relação ambiental, intra e interpessoal, e é vital no processo da vida. Por isso, as pessoas que procuram a espiritualidade parecem sentirem-se com mais esperança, mais

confiantes e menos stressadas, angustiadas, o que poderia explicar o seu menor grau de queixa física e a sua melhor recuperação de doenças (Rizzardi et al., 2010) e conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Snyder et al. (1991) no seu artigo the “Will and the ways” chamam a atenção de que a esperança não é apenas o querer traçar metas ou objectivos mas também a capacidade de (pred)dispor os meios para os alcançar. A esperança encontra-se relacionada com expectativas positivas para obter bons resultados. Snyder et al. (1991) pensam que é necessário ter em conta dois aspectos: a percepção de acções (*agency*) eficazes para atingir os objectivos (sentido de determinação bem sucedido em traçar os objectivos no passado, no presente e no futuro) e a percepção do percurso (*pathways*) e direcção a percorrer para atingir os objectivos (capacidade de traçar planos bem sucedidos para chegar às metas).

MÉTODO

Participantes

O presente estudo tem como objetivo compreender de que forma é que as vivências de espiritualidade, estão relacionadas com a esperança e satisfação com a vida nos idosos. A investigação realizada enquadra-se na definição de um estudo exploratório do tipo qualitativo e quantitativo, assente no procedimento de estudo de caso.

A amostra foi recolhida por conveniência com recurso a métodos não probabilísticos. Os participantes são 36 pessoas, a maioria pertencente ao género feminino (75%), com idades compreendidas entre os 65 e os 89 anos (49% no grupo etário dos sessenta e 40% nos setenta), com estado civil de casado/união de facto (75%), com habilitações literárias iguais ou superiores ao 3º ciclo do ensino básico (69%), de residência em meio urbano (89%), não estão institucionalizados (86%), referem ter alguma patologia (87%) pelo menos há mais de 20 anos.

Material

Para proceder à recolha de dados foram aplicados quatro instrumentos. O “Questionário sobre Vivências de Espiritualidade” que foi realizado de

raiz com a construção do respetivo Guião; a "Escala Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade" de Fetzer (1999) adaptado para a população portuguesa por Simões (2012); a "Escala de Esperança Estado" (v.6 itens) de Snyder, Sympson, Ybasco, Borders, Babyak e Higgins (1996) com versão portuguesa de Faria (2000); e a "Escala de Espiritualidade" de Pinto e Pais-Ribeiro (2007).

Procedimento

Inicialmente os idosos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo e que só seriam utilizadas para fins de investigação. Os instrumentos foram aplicados de forma individualizada pelo investigador, com participação voluntária dos participantes, sendo continuamente assistidos para possíveis esclarecimentos de dúvidas e auxílio no preenchimento das informações. Cada aplicação dos instrumentos demorou cerca de uma hora com cada participante. Para todos os dados obtidos através dos questionários, recorreremos ao tratamento informático utilizando o programa SPSS 15 e a análise de conteúdo. Foram realizadas estatísticas descritivas dos dados recolhidos.

RESULTADOS

Apresentamos de seguida alguns dos resultados que considerámos pertinentes obtidos através de estatísticas descritivas para os instrumentos utilizados: I – Questionário de "Vivência de Espiritualidade"; e II – Religiosidade/Espiritualidade (Experiências Espirituais Diárias; Valores e Crenças; Perdão; Coping Religioso; Suporte Religioso; História Religiosa/ /Espiritual; e Compromisso). Depois, serão mostrados os resultados obtidos para os instrumentos III – Escala de Esperança Estado (Ação e Direção) e IV – Escala de Espiritualidade. Apresentaremos ainda os resultados relativos às correlações obtidas entre os dados dos instrumentos III e IV e suas dimensões.

No que diz respeito à “Vivência de Espiritualidade” os participantes referiram que essencialmente é a “Intimidade com Deus” (53%), “Ir à Igreja e rezar” (14%) e “Meditar” (33%), e o espaço pode ser “quarto” (11%), Capela/Igreja (11%), no “Quarto e Capela” (20%) e “Qualquer lugar” (58%). As suas dificuldades para a interioridade da espiritualidade devem-se essencialmente ao “barulho” (75%). A maioria considera que a sua vivência de espiritualidade promove a sua própria saúde (94%) e a sua qualidade de vida (97%). Os indivíduos acreditam na vida para depois da morte (97%), consideram que têm mais fé agora do que quando eram novos, até porque a maioria iniciou a sua vida religiosa há menos de oito anos. Na Escala Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade – Experiências Espirituais Diárias podemos observar que os participantes sentem diariamente a presença de Deus (39%) ou na maioria dos dias (30%) e (36%) dos participantes encontram força e reconforto na sua religião e espiritualidade. Podemos observar através da Escala Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade – Valores e Crenças que este grupo de pessoas sente que “Deus olha” por eles (66%). Referem que se sentem responsáveis pela redução da dor e do sofrimento no mundo “muitas vezes” (61%). Na Escala Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade – Perdão a maioria dos participantes (67%) referem que muitas vezes perdoaram-se por “coisas que fizeram mal” e também perdoaram a quem os magoou (sempre ou quase sempre – 55% e muitas vezes- 39). Na Escala Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade – Coping Religioso os participantes na sua maioria pensam na sua “vida como sendo parte de uma força espiritual superior” (Muito: 53% e Bastante: 28%), alguns percecionam que realizam um “trabalho como parceiro de Deus” (“um pouco” 46%, “muito”: 34%, “bastante” 34%) e olham para Deus em busca de força, amparo e orientação (“muito”: 37% e “bastante”: 51%). Os participantes envolvem Deus na tomada de decisão dos acontecimentos de vida (76%) e a sua religião na sua forma de enfrentar as situações stressantes (bastante envolvida 45% e relativamente envolvida: 36%). Na Escala Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade – Suporte Religioso a maioria perceciona que teria “um pouco” de ajuda das pessoas da sua paróquia se estivesse doente (67%) e um “pouco” (47%) ou “algum” (38%) reconforto das mesmas se tivesse com um problema ou se deparasse com uma situação complicada. Por outro lado, referem que só de vez em quando (44%) ou até nunca (38%)

são solicitados pelas pessoas da sua paróquia. Estão um pouco divididos relativamente à frequência com que as pessoas da sua paróquia são críticas para consigo ou para com as suas ações, pois, (51%) acham que sim e (49%) acham que não.

Questionadas as pessoas mais velhas do nosso estudo sobre qual o seu posicionamento face à satisfação com a vida, responderam na sua maioria muito satisfeitas (76%). O valor da média obtida para o total da Escala de Esperança Estado foi de 2,62 com um desvio padrão de 0,9. Para a Escala de Espiritualidade o valor obtido foi de 3,2, com um desvio padrão de 0,64. Observou-se um valor médio de resposta para as duas escalas, apresentam uma esperança estado e uma espiritualidade mediana. Foram efetuadas correlações de Pearson com correlação significativa a o nível (0,01) entre o total das escalas e suas dimensões. Observaram-se relações muito significativas entre a Espiritualidade com as dimensões Expressões Espirituais (-0,63) e Perdão (-0,59); e relações muito significativas entre a Esperança Estado e as Expressões Espirituais (-0,51), Valores e Crenças (-0,56) e Perdão (-0,60). Observou-se também uma relação muito significativa entre o Suporte Religioso e a Direção da Escala de Esperança Estado (-0,63).

DISCUSSÃO

O conceito de qualidade de vida associado ao envelhecimento é descrito pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) como “um conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com aspetos importantes do meio ambiente”. A vida das pessoas idosas surge de certa forma dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem, do apoio social e das suas vivências de espiritualidade.

Neste estudo as experiências espirituais são vivenciadas diariamente pelos idosos em duas formas de relacionamentos (relacionamento vertical com o transcendente “Deus” e relacionamento horizontal com o self, os outros e a natureza). A maioria dos idosos em relação aos valores e crenças

referiram acreditar num Deus que olhava por eles, e mencionaram ainda que se sentem responsáveis pela redução da dor e do sofrimento no mundo. Estes resultados revelam a importância que tem o transcendente “Deus” nas suas vidas e o que eles sentem e pensam acerca deles próprios e da realidade, indo assim ao encontro das teorias de desenvolvimento do adulto e do desenvolvimento espiritual, religioso e da fé. No coping religioso e espiritual, os participantes na sua maioria afirmaram que a sua religião estava bastante envolvida na compreensão e na forma como enfrentavam situações stressantes. Quanto ao suporte religioso (o que entendemos ser uma situação problemática), os inquiridos responderam que teriam pouca ajuda das pessoas da sua paróquia se estivessem doentes, e afirmaram que teriam pouco ou só algum reconforto das pessoas da sua paróquia se tivessem um problema ou se deparassem com uma situação complicada. Apesar de serem indivíduos com esperança e espiritualidade medianas as pessoas mais velhas inquiridas apresentam vivências de religiosidade e consideram que estas promovem a sua saúde, a sua qualidade de vida e o seu bem-estar. Os dados mostraram que a expressão da espiritualidade se encontra relacionada com a esperança e a capacidade de perdoar. A esperança e uma espiritualidade vivificante podem assim contribuir para uma satisfação com a vida e para viver bem. Tudo indica que aprofundar as relações com Deus e com os outros pode ser promotora de satisfação com a vida e bem-estar.

Dado que os participantes deste estudo evidenciaram uma necessidade de escuta/apoio pelos outros, criar situações de desenvolvimento de convívio salutar pode ser uma oportunidade para um melhor conhecimento do “outro próximo” e da comunidade. Uma vez que os gerontes têm em comum a sua religiosidade/espiritualidade o desafio para estar atento ao outro pode ser realizado através do “turismo religioso”. Assim, através de atividades gratificantes e do conhecimento de novos espaços de espiritualidade, podemos promover o encontro entre as pessoas de forma a “se conhecerem melhor”, “se darem a conhecer” e a “conhecerem o outro”, bem como, a alargar os seus horizontes e melhorar a compreensão das suas realidades. Por conseguinte, um projeto de “turismo religioso” delineado para um grupo específico da comunidade, não será só mais uma viagem ou a sua memória, pretende-se que seja favorável a vivências de espiritualidade gratificantes e à promoção da disponibilidade para o conhecimento

do Eu, do(s) Outro(s) e de Deus e assim, constituir como uma mais valia de florescimento humano (Seligman, 2011) e felicidade.

Apesar de algumas limitações inerentes ao processo de investigação, (o reduzido número de inquiridos, serem todos religiosos, de uma só religião e região), considera-se que a concretização do estudo permitiu aprofundar a perspetiva psicológica da espiritualidade e o seu contributo interventivo para o bem-estar no envelhecimento. Seria interessante alargar o estudo das vivências de espiritualidade a outros indivíduos de uma outra zona religiosa do país e incluir participantes não religiosos idosos de forma a conhecer melhor as especificidades deste domínio da vida humana.

REFERÊNCIAS

- Bianchi, E. (2005). Living with elder wisdom. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(3), 319-329. doi: 10.1300/J083v45n03_06
- Carneiro, L., & Klüppel, B. (2008). *Estudo da Relação entre Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos*. CCHLA/UFPB, Nov.
- Faria, M. C. (2000). *Comunicação e Bem-estar no limiar do século XXI, Conhecer através da Relação e Orientar para a Saúde*. Tese de Doutoramento em Psicologia (Psicologia da Saúde) apresentada à Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (23 de Maio de 2000). <http://hdl.handle.net/10316/1001>
- Fortunato, P. J., & Simões, F. (2010). *Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade*. Aveiro – Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.
- Moberg, D. (2005). Research in spirituality, religion and aging. *Journal of gerontological social work*, 45(2), 11-40. doi: 10.1300/J083v45n01_02
- Neto, F., & Ferreira, A. (2005). A psicologia social da religião. *Psicologia Social Aplicada*. Lisboa: Universidade aberta, 267-304.
- Oman, D., & Thoresen, C. (2005). Do religion and spirituality influence health? In R. Paloutzian & C. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 435-459). New York: The Guilford Press.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *ArquiMed*, 21(2), 47-53.

- Rippentrop, A. (2005). A review of the role of religion and spirituality in chronic pain populations. *Rehabilitation Psychology, 50*(3), 278-284. doi: 10.1037/0090-5550.50.3.278
- Rizzardi, C., Teixeira, M., & Siqueira, S. (2010). Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde, São Paulo, 34*(4), 483-487.
- Seeber, J., & Kimble, M. (2001). Pathogenic-salugenic faith and integrative wellness. *Journal of Religious Gerontology, 13*(2), 69-81. doi: 10.1300/J078v13n02_07
- Silva, A. (2006). *Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade. Diálogos Possíveis*. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Ciências da Saúde) apresentada à Universidade Católica de Brasília-UCB (9 de junho 2006). <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/123456789/1229>
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press. ISBN: 978-1-4391-9075-3.
- Snyder, C., Harris, C., Anderson, J., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual – Differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(4), 570-585. doi: 10.1037/0022-3514.60.4.570
- Wink, P., & Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adults Development, 9*(1), 79-94. doi: 10.1023/A:1013833419122
- World Health Organization (WHO). (Eds.). (2002) *Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN: 972-675-082-2. Acedido em 11 de Maio de 2017 http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

SÉRIES E INTERNET: ATÉ QUE PONTO ELAS INTERFEREM NA IDEACÃO SUICIDA?

Júlia Sprada Barbosa¹ (✉ juliasprada@gmail.com), Giovana Mendes¹, Marina Oliveira¹, Matheus Corrêa¹, Nathalia Shimabukuro¹, & Cloves Amorim¹

¹Departamento de Ciências da vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

O suicídio teve significados e sentidos diferentes com o passar da história. A sociedade guerreira acreditavam que uma morte violenta promovia na população um espírito guerreiro. Para os vikings, o suicídio era a segunda qualificação e honra para a entrada no paraíso era o suicídio, Odin era considerado o senhor das forças e as pessoas se enforcavam em sua honra. Os gregos toleravam o suicídio contanto que não desrespeitasse os deuses enquanto para a antiguidade clássica ele deveria ser legitimado pelas autoridades (Botega, 2015).

O acesso à internet nos permite entrar em contato com todo tipo de informação, porém a situação muda quando o tema está relacionado ao suicídio. Apesar de estar presente desde sempre, este fenômeno ainda é visto como um tabu que não pode ser discutido, principalmente pelo medo do *Efeito Werther*. A exposição do “jogo” Baleia Azul e a estréia da série americana *13 reasons why*, no ano de 2017, tiveram uma enorme repercussão nos veículos de informação que possibilitou a abertura de uma porta para a discussão desse assunto tão importante.

Com este estudo, busca-se entender e correlacionar o fenômeno do suicídio com a internet, como ele se apresenta e qual é o seu significado em uma sociedade que esta rodeada por tecnologia.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão literária e uma pesquisa quantitativa que esteve disponível por um prazo de sete dias na rede mundial de

computadores (internet) através da ferramenta “Google forms” para servir de apoio aos nossos fundamentos. Mathias e Saki (2012) afirmam que o Google Forms é uma ferramenta utilizada para a confecção de formulários online, o levantamento de dados e opiniões pode ser facilmente realizado por este aplicativo que integra o Google Drive. O formulário construído tem a possibilidade de ser disponibilizado por um endereço eletrônico e, quando preenchido, as respostas aparecem direto na página do usuário que criou o questionário. Uma das principais vantagens do Google Forms é na visualização dos dados coletados, as respostas são mostradas em planilhas que podem ser exportadas para diversos formatos, como no Excel.

Além do mais, foi considerada a melhor ferramenta para atingirmos o público alvo, visto que o assunto está sendo tratado de maneira direta com os usuários.

Foram feitas 15 perguntas que variaram entre múltipla escolha com uma ou mais opções a serem marcadas e discursivas com respostas curtas para a expressão de opinião. As questões possibilitaram os internautas a se posicionarem sobre aspectos relacionados ao suicídio, suas causas, motivações, influências, dentre outros. Também puderam expor suas concepções a respeito do jogo Baleia Azul.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 541 pessoas. 75,8% dos participantes são do público feminino enquanto 24,2% são do masculino, com a variação da idade de 16 anos a 70 anos.

Obtendo como resultado, levantou-se que 99,6% dos pesquisados usam frequentemente a internet e 89,1% deles acreditam que a internet influencia no suicídio. Como fator de risco número 1, está o *cyberbullying*, seguido pelas redes sociais, as quais permitem aos indivíduos observarem a vida alheia (padrões de vida). Também propiciam acessos mais fáceis aos meios de informação, onde podem ser encontrados procedimentos e formas que conduzem ao cometimento do suicídio.

Outros aspectos levantados foram que 65,4% dos participantes nunca teve sua internet monitorada por pais e/ou responsáveis, e 44,5% já haviam pensado em cometer suicídio. 18,1% das pessoas revelaram que já tentaram suicídio e 16% delas afirmaram que a internet influenciou na decisão.

Ainda como resultados, observou-se que 83,9% acredita que as pessoas que postam na internet que estão tentando suicídio têm a intenção de pedir socorro. Não se sabe ao certo se isso acontece, a pesquisa teria que ser feita com pessoas que já o fizeram ou pensam em fazer, no entanto, a maioria das pessoas acredita que a pessoa que divulga o suicídio realmente está passando por um momento delicado e não sabe mais o que fazer, com quem conversar, não vê mais saída, e seu último passo seria publicar isso, para que todos possam ver e, se possível, intervir.

A respeito do jogo Baleia Azul, 128 pessoas responderam tratar-se de uma brincadeira assustadora e negativa. 269 pessoas preferiram não comentar e 22 não sabiam a respeito. Das 471 pessoas que conhecem o seriado *13 Reasons Why*, 46,2% acredita que ela incentiva a buscar ajuda, 34,5% acredita que ela incentiva o suicídio, 19,4% acredita que ela não muda nada.

DISCUSSÃO

Wendt e Lisboa (2013) definem *bullying* como uma ação de violência desigual na qual se observa um agressor que tem a intenção de causar dano a alguém, que normalmente apresenta pouco ou nenhum recurso de revidar. Os autores destacam a evolução desse tipo de agressão para os meios eletrônicos de comunicação e interação (*cyberbullying*). Esse tipo de violência ocorre normalmente através de e-mails, exposição de fotos e vídeos ofensivos ou íntimos, manipulação de imagens, ofensas em redes sociais que podem ser anônimas e conseguem atingir uma grande quantidade expectadores em um tempo curto. Esses ataques apresentam um grau de permanência e intensidade maior do que os do *bullying*, pois as pessoas do mundo inteiro podem ver, compartilhar e salvar em seus computadores/celulares os manifestos do *cyberbullying*.

Wendt e Lisboa (2013) ainda afirmam que as vítimas de *cyberbullying* podem ter uma maior propensão à tentativa de suicídio. Tanto os agressores como as vítimas têm frequentemente uma maior ideação suicida e também se mostram mais propensos a tentar suicídio em comparação aos estudantes que não são expostos a essas formas de agressão.

Os autores acima ainda evidenciam uma correlação entre o tempo conectado com a internet e o *cyberbullying*, quanto mais tempo a pessoa interage na internet, maior é a chance de sofrer essa agressão virtual. Os adolescentes que recebem uma supervisão dos pais enquanto usam a internet, apresentam comportamentos de risco com menor intensidade. O uso da internet é mais saudável e criativo quando os pais estão mais presentes. Os dados coletados em nosso questionário apontam que apenas 187 (34,6%) pessoas recebem ou receberam algum monitoramento da internet. Esse número é bem inferior se comparado as pessoas que não recebem qualquer tipo de monitoramento, 354 (65,4%).

De acordo com a pesquisa realizada, é possível ver que a maioria das pessoas acredita que as redes sociais influenciam na ideação e no próprio ato do suicídio, simplesmente pela facilidade do acesso a outras pessoas, outros padrões de vida muito distantes e diferentes daqueles vivenciados por quem tem essa ideia. Não é necessário ir longe para observar e desejar a vida de outras pessoas, sendo elas famosas ou não. O *Instagram* e o *Facebook* são exemplos de plataformas onde, a cada segundo, a vida de alguém é observada, bem como a sua roupa nova, sua casa nova, seu carro novo, sua vida perfeita. Muitos jovens acabam seguindo essas pessoas (com quem se identificam ou admiram) pensando como seria se tivesse a vida de tal pessoa, comparando a sua vida com a vida alheia. Muitas vezes nada está bom como deveria e acabam se frustrando e pensando “por que eu não tenho isso? ”, “eu iria ser mais feliz com isso ou se tivesse essa vida”.

A internet e a mídia estão repletas de ferramentas para manipular quem pensa em se suicidar. Baume, Rolfe e Clinton (1998) discutiram a respeito dessa influência, e utilizaram o termo *comportamental suicide modelling* para nomeá-la, indicando que atos suicidas são em grande parte, fruto do que as pessoas veem como modelos em suas vidas, principalmente na população de 15 a 24 anos, que a é a faixa etária que demonstra ser mais vulnerável ao suicídio e também as influências da mídia. A grande maioria

das pessoas que responderam o questionário usa a internet frequentemente sem algum tipo de monitoria, sendo assim, os jovens podem estar mais vulneráveis a fazerem buscas de dados e de comunicação. Segundo uma pesquisa utilizada no *Google trends* sobre a frequência da palavra “suicide” na internet, esse termo tem sido o pico de buscas desde 2004. Se for pesquisado “suicídio”, são em torno de 130 mil resultados.

O jogo nomeado como *Wake me up at 4:20*, também popularmente conhecido como *Blue Whale*, possui diversos desafios envolvendo situações de alto risco e automutilação, terminando sempre com o suicídio como desafio final. No começo de 2017, o jogo Baleia Azul se popularizou em diversas redes sociais e ficou conhecido pelo mundo todo. Ele se baseia na relação dos jogadores e dos administradores (chamados de curadores). Após a confirmação da participação, o “curador” esclarece que o jogo trata-se de um caminho sem volta e que quem se arrepende coloca em risco sua própria vida e a de seus familiares.

Os desafios começam fáceis e progridem até chegar ao nível que exige que o participante se automutila, desenhe uma baleia no braço utilizando uma lâmina, assista filmes macabros durante 24 horas, ouça músicas psicodélicas durante a madrugada, caminhe no parapeito de pontes e telhados, supere seu maior medo, fure sua mão diversas vezes utilizando uma agulha, são alguns exemplos. Ao cumprimento das tarefas, é de extrema importância o envio de fotos e vídeos legitimando o ato para permitir o avanço às próximas fases. No 50º desafio, o curador escolhe um dia para o suicídio do participante, que não pode questionar nem tentar intervir. Os modos utilizados para tal ato são as quedas de lugares altos ou ingerir grande quantidade de remédios.

Os principais alvos dos desafios do jogo Baleia Azul são jovens com vulnerabilidade elevada que se enquadram no histórico de problemas psicológicos tais como depressão e tendências suicidas, utilizando a atenção instantânea como meio de sobrepor sentimentos de solidão e isolamento. “Minha filha entrou nesse jogo porque queria morrer, mas não tinha coragem. O jogo usa a fragilidade das nossas crianças para que elas cometam essas coisas horríveis”, desabafa a mãe de uma vítima do jogo.

A popularização do jogo abriu as portas para a necessidade de discussão sobre o suicídio entre adolescentes, que cresce drasticamente no mundo inteiro, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). “A pessoa pode entrar no jogo até por curiosidade e, no fim, acabar

chantageada a praticar as tarefas e não ter os recursos para reagir ou conseguir pedir ajuda, acabando por cometer uma bobagem”.

No Brasil foi criada a *Baleia Rosa*, baseada em desafios positivos, valorizando a vida e reduzindo o sentimento de depressão. Para a conscientização da população sobre o assunto, foram realizadas palestras seguindo o tema e disponibilizadas cartilhas digitais para alertar os jovens sobre os perigos envolvendo o jogo.

13 Reasons Why é uma série americana baseada no livro *Thirteen Reasons Why* (2007) de Jay Asher que teve sua estreia em 2017. A história gira em torno de Hanna Baker, uma jovem que se matou e deixou uma caixa com 13 fitas de áudio onde ela expõe as pessoas que foram os motivos que a levaram cometer o suicídio. A série deixou as pessoas divididas sobre a sua relevância, enquanto umas falam que ela incentiva as pessoas a cometerem suicídio, outras afirmam que ela impulsiona a busca de ajuda.

Sobre a série, 471 das pessoas entrevistadas já tinham ouvido falar dela, sendo que 86 disseram que a série não influencia no suicídio, 153 acham que ela influencia/dá a ideia de suicídio e 205 pessoas acham que ela estimula a busca de ajuda. A respeito das pessoas que acham que ela incentiva o suicídio, é compreensível a preocupação das pessoas em achar isso. Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) citam um tipo de suicídio “contagioso”, que afeta principalmente adolescentes vulneráveis que são expostos ao suicídio tanto na vida real quanto pela mídia, esse conceito é usado quando ocorre um suicídio em questão de pouco tempo depois do outro. Um suicídio auxilia na ocorrência do outro, pois a repetição do acontecimento serve como um modelo para sucessivos suicídios. Algumas pessoas conhecem esse fenômeno como “efeito Werther”. Pimentel, Gouveia, Santana, Chaves e Rodrigues (2009) explicam que a origem desse termo vem do romance de Goethe, *Die Leiden des Jungen Werthers*, onde o seu protagonista se suicida (*Werther*). Uma onda de suicídios de imitação foi provocada após a sua publicação em 1774.

Apesar de ser uma ficção, a cena do suicídio da Hanna é muito realista, nela a protagonista corta os seus pulsos na banheira de sua casa e todo o clima deste episódio pode ter sido um fator agravante para alguns casos de suicídio no mundo. Diversos jornais do mundo inteiro exibiram matérias sobre Franco Alonso Lazo Medrano, de 23 anos, que se jogou do quarto andar de seu apartamento em Arequipa (Peru). Foram encontradas em sua

casa duas cartas de suicídio. Nas quais, continham instruções para a entrega de áudios gravados em seu computador para as pessoas que tinham contribuído para a sua morte.

Porém, existe um outro lado da história, segundo o site ESTADÃO, o efeito que a série gerou foi muito positivo. Após a estreia, houve um aumento de 445% no número de e-mails que pediam ajuda para o Centro de Valorização da Vida (CVV) e uma alta de 170% na média de visitantes no site. Segundo o presidente do CVV, Robert Paris, os jovens que buscam ajuda na instituição citam a série por se sentirem tocadas pelo conteúdo. Houve uma repercussão muito grande nas redes sociais sobre se ela influenciava de forma positiva ou negativa. Porém pode ser percebido que a maioria que conhece a série, acredita que ela influenciava de forma positiva.

Apesar do questionário evidenciar que 89% das pessoas acreditam que a internet influenciava no suicídio, é possível observar que ela também tem o seu lado positivo frente a este assunto. Existe uma *hashtag* (#minhaprimeiratentativa) onde jovens da comunidade LGBT relatam a primeira vez que tentaram cometer o suicídio. Através desses relatos, é possível observar que muitos deles desabafam sobre o sofrimento e incentivam outros indivíduos a compartilharem as suas experiências. Esta atitude cria uma rede de acolhimento em que as pessoas podem escutar e falar sobre suas angústias e sofrimentos, e isto diminui a chance de um comportamento de risco.

A internet é apenas mais um caminho/rota potencializador para o suicídio e é possível prever que dentro de alguns anos existirão outras maneiras para influenciar este fenômeno, por isso é necessário aproveitar este momento em que o suicídio está em pauta para se discutir sobre o assunto.

Uma questão chave é a relação entre pais e filhos, a maioria dos adolescentes hoje em dia passa muito tempo na internet sem nenhum tipo de supervisão adequada, ficam expostos a todo tipo de conteúdo negativo, pornografia, publicidade ofensiva, manifestações homofóbicas, de ódio, racistas, etc. É possível que estes adolescentes não apresentem condições ou estruturas para lidar com este tipo de conteúdo, o jogo Baleia Azul é um desses exemplos, em que os idealizadores deste jogo se aproveitam da fragilidade e insegurança destes jovens para instaurar ameaças e até mesmo tortura psicológica. Por isso os pais precisam impor limites e ter uma participação ativa no monitoramento do uso da internet de seus filhos.

A série *13 reasons why* expõe a força do *cyberbullying* como fator agravante para o suicídio, apesar de ter sido interpretada de uma maneira dualista, a série mostrou que o assunto do suicídio está presente em nosso cotidiano e impulsionou as pessoas à refletirem mais sobre o assunto.

Apesar de também ser um fator agravante, a internet pode ser usada como uma ferramenta para o auxílio e prevenção sobre o suicídio. A campanha de prevenção do suicídio (setembro amarelo, realizada no Brasil) é um dos vários exemplos que conseguiu adquirir força por propagar-se pelo *Facebook*. A internet possibilita a entrada em contato com plataformas de ajuda e acolhimento.

REFERÊNCIAS

- Baume, P., Rolfe, A., & Clinton, M. (1998). Suicide on the internet: A focus for nursing intervention? *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 7, 134-141.
- Botega, N. (2015) *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Mathias, S., & Saki, C. (2012). *Utilização da Ferramenta Google Forms no Processo de Avaliação Institucional: Estudo de Caso nas Faculdades Magsul*. Ponta Porã: Faculdades Magsul.
- Pimentel, C., Gouveia, V., Santana, N., Chaves, W., & Rodrigues, C. (2009). Preferência musical e risco de suicídio entre jovens. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 26-33.
- Wendt, G., & Lisboa, C. (2013). Agressão entre pares no espaço virtual: Definições, impactos e desafios do *cyberbullying*. *Psicologia Clínica*, 25, 73-87.
- Werlang, B., Borges, V., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.

NUTRITIONAL STATUS DISCRIMINATORY CAPACITY OF DIFFERENT METHODS OF OBTAINING BODY MASS INDEX

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos¹ (✉ jucampos@fcfar.unesp.br), Moema de Souza Santana¹, Adrielly dos Santos¹, & Wanderson Roberto da Silva¹

¹São Paulo State University, School of Pharmaceutical Sciences, Department of Food and Nutrition, Araraquara-SP, Brazil

Body Mass Index (BMI) is an internationally adopted measurement recommended by the World Health Organization (WHO) that seeks to verify whether an individual is at the appropriate weight (kg) for their height (m). This anthropometric indicator enables nutritional status to be classified and, in particular, excess weight in populations to be monitored. BMI, then, has been widely used as an indicator, although, in studies with large samples, directly taking height and weight measurements has been difficult. Thus, the literature indicates using reported data as an alternative to taking measurements in an effort to facilitate field work and considerable decrease the costs related to training personnel (training, standardization and calibration of anthropometrists), transport and acquisition of measurement equipment (Carvalho, Piovezan, Selem, Fisberg, & Marchioni, 2014).

Using reported height and weight data to calculate BMI has been documented and its use recommended in developed countries. In Brazil, use of such data is growing, however, despite use of such data spreading, there is conflict in the literature with regards their validity and reliability as results regarding reported and measured diverge, with concordance ranging from mediocre (Bleil, Salay, & da Silva, 2009) to excellent (Carvalho et al., 2014) between the methods. Some studies indicate no difference between BMI means obtained based on reported and measured for both males and females (Maranhão Neto, Polito, & Lira, 2005), while others indicate a difference between the means with variations in the errors according to gender (Oliveira et al., 2012).

Another alternative for obtaining BMI is using the Figure Rating Scale (FRS). The first Figure Rating Scale was proposed in 1983 by Stunkard, Sörensen and Schulsiger (1983) and since then has been adapted for different populations. In the Brazilian context, the creation of the FRS for adults, constructed and validated by Kakeshita, Silva, Zanatta and Almeida (2009) stands out. This scale permits perceptions of body size (current BMI) to be evaluated through a series of 15 silhouettes presented to each gender. The obvious advantage of using this method for obtaining BMI is the fact that the FRS enables the individual's perception of their body size to be evaluated, as well as evaluating body judgements by further researching the figure that best represents the desired body, yielding information on body satisfaction. Kakeshita et al. (2009) found moderate and good concordance between measured BMI means those obtained using the FRS, but there are still few studies evaluating this relationship.

Thus, given how widely used BMI is for primary classification of nutritional status, it is relevant to investigate the discriminatory capacity of different methods of obtaining this indicator for classifying nutritional status and this study was therefore conducted with the aim of verifying the discriminatory capacity of reported BMI and that obtained using the FRS for classifying the nutritional status of university students.

METHOD

Study design and participants

This was a cross-sectional observational study. Students enrolled on the Pharmacy-Biochemistry course of São Paulo State University ($n=430$) were invited to participate (Adherence Rate=82.8%). Minimum sample size was established allowing for $\alpha=5\%$ and power=80%, discriminatory power of the methods=70%. Thus, estimated minimum sample size was 378 individuals to detect underweight, 62 for normal weight and 120 to detect overweight/obesity. Considering the low prevalence of underweight among the students, this study had a limitation regarding the sample size and that needed to estimate underweight. This limitation was imposed by

the total sample size and agreement to participate in the study. However, the difference between the study sample ($n=356$) and the estimated ($n=378$) size was only 22 subjects, which does not compromise the statistical power of the analyses.

Material

Weight (kg) and height (m) measurements were reported by the participants and measured by one researcher after training and calibration in a pilot study. Weight was measured using electronic scales (Filizola®). Height was measured using a portable stadiometer and participants, with their head positioned on the Frankfurt line, were instructed to stand with heels, calves, glutes and shoulders against the base of the device. BMI was calculated and nutritional status was classified according to WHO guidelines.

The FRS proposed by Kakeshita et al. (2009) was also used to estimate participants' BMI. This scale is made up of 15 figures on separate 12.5 x 6.5 cm laminated cards. In the original instrument the participant had to indicate the figure which best represented their "current body". In this study, participants were asked to indicate the figure that best represented their current body using two different methodologies of presenting the figures: i. in which the figures were presented in ascending order in cards (original method) and ii. in which the figures were also presented in ascending order on a single A4 sized sheet (alternative method). The proposal to test the alternative method of presenting the figures aimed to seek a strategy for using the FRS in epidemiological studies with large samples in which it is difficult to present the cards. Thus, in this study, this proposal was tested, seeking to identify its discriminatory capacity and its possible effects on obtaining individuals' BMI and nutritional status.

Procedure

Half of the students, randomly selected, completed the FRS with the A₄ sheet (alternative method) while the other students were presented with the FRS on cards (original method). After measurements were taken, students were again asked to select the FRS Figure that best represented their current

body, but this time using the other method of presenting the figures. This study was approved by the Ethics Committee (CAAE: 42105415.0.0000.5426).

Prevalence of underweight, normal weight and overweight/obesity among the participants was estimated by point and by 95% confidence interval (CI95%). Concordance between participants' BMI values obtained from different methods was estimated using the Intraclass Correlation Coefficient (ICC). In order to evaluate discriminatory capacity of nutritional state using the different methods measured BMI was considered as the gold standard. Values were estimated for sensitivity, specificity and accuracy. The Receiver Operator Characteristic Curve (ROC curve) was produced and its area estimated (AUROC). The z test was used to compare the discriminatory capacity of methods evaluated based on the difference between areas (DAUROC). A significance level of 5% was considered.

RESULTS

The participants' mean age was 20.95 ($SD=2.55$) years, with 71.63% ($n=255$) females. The prevalence of underweight, normal weight and overweight/obesity obtained using the different methods can be seen in Table 1.

Table 1

Prevalence [confidence interval 95%] of nutritional status using the different methods of estimating BMI

Prevalence [CI _{95%}]	Figure Rating Scale			
	Measured	Reported	Original method	Alternative method
Underweight	8.7[5.8-11.6]	7.9[5.1-10.7]	23.3[18.9-27.7]	14.88[11.2-18.6]
Normal weight	63.4[58.5-68.5]	67.7[62.8-72.6]	33.4[28.5-38.3]	27.8[23.1-32.5]
Overweight/Obesity	27.8[23.1-32.5]	24.4[20.0-28.9]	43.2[38.1-48.4]	57.3[52.2-62.4]

The FRS (original and alternative method) overestimated the prevalence of underweight and overweight/obesity. The concordance between the test methods and the gold standard was BMI reported: .95;

Figure rating scale cards: .71; Figure rating scale alternative: .63. Table 2 shows the discriminatory capacity of nutritional state using the different methods. Reported measurements were shown to have adequate discriminatory capacity for classifying nutritional status. Using the FRS (original and alternative), discriminatory capacity was compromised only in determining normal weight. Significant difference in the predictive capacity of nutritional status (normal weight and overweight/obesity) was found when the FRS (original and alternative method) and reported measurements were used. No significant difference was found between the discriminatory capacity for underweight and normal weight when the original or alternative FRS was used.

Table 2

Comparison of the discriminatory capacity of the different methods for determining nutritional status

Test	Sensitivity	Specificity	Accuracy	AUROC	CI95%
Reported measurements					
underweight	.71	.98	.99	.85	[.74-.94]
Normal weight	.94	.78	.95	.86	[.81-.90]
Overweight/Obesity	.80	.97	.96	.88	[.83-.93]
*FRS original method					
Underweight	.87	.83	.85	.85	[.77-.92]
Normal weight	.46	.88	.70	.67	[.61-.72]
Overweight/Obesity	.89	.74	.84	.82	[.76-.86]
*FRS alternative method					
Underweight	.64	.90	.93	.77	[.68-.87]
Normal weight	.37	.88	.64	.63	[.57-.68]
Overweight/Obesity	.96	.58	.70	.77	[.71-.86]
	Δ AUROC	<i>z</i>	<i>p</i>		
Reported measurements vs. original FRS*					
Underweight	.004	.077	.938		
Normal weight	.185	6.500	<.001		
Overweight/Obesity	.067	2.380	.02		
Reported measurements vs. alternative FRS*					
Underweight	.074	1.412	.158		
Normal weight	.229	8.565	<.001		
Overweight/Obesity	.116	4.581	<.001		
Original FRS* vs. alternative FRS*					
Underweight	.077	1.700	.089		
Normal weight	.044	1.635	.102		
Overweight/Obesity	.048	2.168	.030		

Nota. * FRS: Figure Rating Scale.

DISCUSSION

This study verified that BMI calculated by means of reported measurements for weight and height as well as based on the FRS are valid for discriminating underweight and overweight/obesity in university students. However, it was found that BMI obtained based on the FRS overestimates the prevalence of these conditions. Moreover, we also present evidence of excellent concordance between measured BMI and reported measurements and overestimation of this indicator when obtained using the FRS.

The excellent concordance found between measured and reported measurements corroborates evidence presented in the literature (Carvalho et al., 2014) suggesting that using reported measurements could be an interesting alternative in large epidemiological studies as reported measurements are simpler to collect and can reduce the time needed for data collection and thus the costs of research, as it dispenses with the need for specific equipment or trained and calibrated anthropometrists.

Regarding the relationship between the two methods of applying the FRS, it is worth noting that the alternative method overestimates participants' mean BMI. We believe that this overestimation is related to possible visual compensation for the reduced size of the figures on the paper compared with on the cards. Thus, the reduced size (dimensions) of the figure may have given an optical illusion that resulted in individuals choosing a figure corresponding to a higher BMI. However, the way in which the FRS is applied does not appear to influence classification of nutritional status. We emphasize here the limitation of both methods of applying the FRS in diagnosing normal weight and therefore recommend that this instrument only be used when the aim of the study is to screen for underweight and overweight/obesity or that it be used in conjunction with another method of obtaining BMI (for example, reported measurements).

Furthermore, with regards using the FRS, both original (cards) and alternative (A4 sheet) methods of application overestimate prevalence of underweight and overweight/obesity. This may be related to the theory used in constructing the FRS, which is based on detecting "distortions" in perceived body size and thus seeking to identify individuals with extreme perceptions (Kakeshita et al., 2009). Thus, these overestimates may not be a problem for screening studies giving the chance to identify a greater number of individuals at "risk" of inappropriate nutritional status for further clinical investigation and determining diagnosis.

As for the nutrition status discriminatory capacity of the methods of obtaining BMI investigated here, the superiority of reported weight measurements stands out. These results corroborate those presented by Peixoto, Benício and Jardim (2006) and Lim, Seubsman and Sleigh (2009) reinforcing the quality of reported measurement for calculating BMI and classifying nutritional status. It can also be seen that the accuracy of reported measurements was shown to be higher than those found by methods applying the FRS for all types of nutritional status. The statistically significant differences found in nutritional status discriminatory capacity reinforce the superiority of reported measurements and the need for caution when using the FRS.

The results of this study may offer professionals/researchers from the area evidence of the validity of alternative methods to taking measurements for determining BMI and classifying nutritional status, enabling/encouraging the undertaking of larger studies. We also believe that the proposal for the alternative method for applying the FRS, although it should be interpreted with caution for obtaining BMI, could be a viable alternative for classifying underweight and overweight/obesity, giving the possibility of broadening the results obtained as it evaluates individuals' perceptions of their own body.

ACKNOWLEDGEMENTS

The São Paulo Research Foundation (FAPESP, grant #2015/02525-9) and the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) for financing the study.

REFERENCES

- Bleil, R. A. T., Salay, E., & da Silva, M. V. (2009). Uso de medidas auto-referidas para avaliação do estado nutricional de adolescentes. *Alimentos e Nutrição*, 20(2), 335-341.
- Carvalho, A. M., Piovezan, L. G., Selem, S. S. C., Fisberg, R. M., & Marchioni, D. M. L. (2014). Validação e calibração de medidas de peso e altura autorreferidas

por indivíduos da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(3), 735-746. doi: 10.1590/1809-4503201400030013

- Kakeshita, I., Silva, A., Zanatta, D., & Almeida, S. (2009). Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 263-270. doi: 10.1590/S0102-37722009000200015
- Lim, L. L. Y., Seubsman, S., & Sleigh, A. (2009). Validity of selfreported weight, height, and body mass index among university students in Thailand: implications for population studies of obesity in developing countries. *Population Health Metrics*, 7(15), 1-8. doi: 10.1186/1478-7954-7-15
- Maranhão Neto, G. A., Polito, M. D., & Lira, V. A. (2005). Reliability between reported and measured weight and height, and influence of physical activity history on individuals who search for supervised practice of exercises. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(2), 141-145. doi: 10.1590/S1517-86922005000200009
- Oliveira, L. P. M., Queiroz, V. A. O., Silva, M. C. M., Pitangueira, J. C. D., Costa, P. R. F., Demétrio, F., Assis, A. M. O. (2012). Índice de massa corporal obtido por medidas autorreferidas para a classificação do estado antropométrico de adultos: Estudo de validação com residentes no município de Salvador, estado da Bahia, Brasil. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, 21(2), 325-332. doi: 10.5123/S1679-49742012000200015
- Peixoto, M. D. R. G., Benício, M. H. D. A., & Jardim, P. C. B. V. (2006). Validity of self-reported weight and height: The Goiânia study, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1065-1072. doi: 10.1590/S0034-89102006000700015
- Stunkard, A. J., Sörensen, T., & Schulsiger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Matthysse (Eds.), *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders* (pp. 115-120). New York: Raven Press.

NUTRITIONAL STATUS DISCRIMINATORY CAPACITY OF A PRÁTICA DO PSICÓLOGO E A INTERSETORIALIDADE ENTRE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

Juliano Scott¹ (✉ bs.juliano@gmail.com), Avrairan Solon¹, Burnier Sousa², Larissa Lima¹, & Isabel Fernandes de Oliveira¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil; ²Universidade Potiguar, Brasil

Na década de 1980, no Brasil, ocorreram importantes mudanças no que tange à redemocratização do país. Tal aspecto é fruto de movimentos sociais, que reorganizados, reivindicaram direitos e tiveram na Constituição Federal de 1988 o apoio do Estado. A Carta Magna significou, neste sentido, avanços na garantia de direitos sociais e na responsabilização do Estado na proteção social dos cidadãos, inaugurando um novo padrão nas políticas sociais do Brasil, que passou a priorizar as famílias e os destituídos de direitos. Assim, aquele Estado imune à responsabilização e à deflagração de direitos sociais começou a sofrer alterações, favorecendo a emergência da Assistência Social como uma prática voltada à proteção social e à garantia de direitos (Couto, Yazbek, & Raichelis, 2014; Cruz & Guareschi, 2014; Oliveira, Dantas, Solon, & Amorim, 2011).

Para a efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, foi implantado, em 2005, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com base na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nas Normas Operacionais da Assistência Social (NOBS) e na Política Nacional de Assistência Social (PNAS). O SUAS inovou ao propor a unificação das ações na Assistência Social em nível nacional com foco na atenção às famílias e na organização de ações, benefícios e serviços com base nos territórios e em rede hierarquizada, tendo o Estado como garantidor dos direitos (Brasil, 2005; Couto et al., 2014; Cruz & Guareschi, 2014).

O SUAS está estruturado em unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia básica e especial e ainda por níveis de complexidade. A

proteção social básica, foco do presente estudo, tem por objetivo “prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (Brasil, 2005, p. 18). Por se constituir em porta de entrada do sistema de assistência social, a proteção social básica deve se responsabilizar pela oferta de programas, projetos e serviços socioassistenciais por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) (Brasil, 2005). O CRAS constitui-se de uma unidade da rede socioassistencial de proteção social básica que possui uma equipe de referência adequada ao número de famílias atendidas pela unidade (Brasil, 2009). O psicólogo compõe a equipe profissional dos CRAS, sendo sua inclusão obrigatória a partir da resolução nº 17 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de 2011, que ratificou a equipe de referência proposta na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS) (Brasil, 2011). Diante disto, esse profissional é convocado a desenvolver ações com pessoas cujos problemas são materiais, concretos e que necessitam de intervenções fora do escopo da clínica psicológica tradicional (Oliveira et al., 2011). Associado a isto, tais atividades devem ocorrer de forma interdisciplinar e articulada, visando atender as necessidades dos usuários e desenvolver suas potencialidades, além de fortalecer os vínculos familiares e comunitários (Brasil 2006), aspectos que evidenciam a complexidade dessa atuação.

Dessa forma, acredita-se que os psicólogos que atuam no campo da assistência social enfrentam desafios diários no exercício de suas atividades profissionais, cabendo conhecer o modo como sua atuação vem sendo desempenhada neste contexto. Pensando nisso, o presente estudo tem como principal objetivo investigar a prática do psicólogo nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) por meio da garantia da intersetorialidade aos serviços de saúde. Essa investigação percorre esse caminho baseado na função que o CRAS tem de referência e contrarreferência na rede socioassistencial do SUAS, a qual compõe o sistema de garantia de direitos. Identificar na rede do território de atuação os serviços de saúde existente, é uma das atividades necessárias à implantação de um CRAS, por exemplo.

As orientações técnicas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome indicam que os psicólogos não devem realizar atendimento psicoterapêutico no CRAS, mas sim, fazer encaminhamentos para

os serviços de saúde disponíveis. Essa busca por uma articulação intersectorial visa, principalmente, proporcionar melhoria nas condições de vida das famílias.

MÉTODO

Participantes

Este estudo é produto de uma pesquisa desenvolvida através de um convênio de cooperação acadêmico-científica, o Programa de Cooperação Acadêmica (Procad), desenvolvido em nível nacional, entre os Programas de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e da Universidade de Brasília (UnB), sob a coordenação do primeiro. Essa parceria foi aprovada e financiada pela Coordenação de Pessoal de Nível Superior (Capes) e buscou estabelecer uma rede de pesquisa com foco na atuação do psicólogo no campo das políticas sociais, além de compreender a formação, inserção e atuação dos profissionais da Psicologia nos serviços vinculados ao campo da assistência social, saúde e das instituições socioeducativas. Assim, esse relato é um recorte desse projeto referente aos dados do campo da assistência social, mais especificamente da proteção social básica, de uma das cidades participantes do projeto.

Para isso, contou com a participação de dez psicólogas, que atuavam em dez dos doze CRAS que compõe a rede socioassistencial da capital pesquisada. No momento da coleta de dados não foi possível entrevistar as psicólogas dos outros dois CRAS da cidade, pois um dos CRAS tinha sido inaugurado recentemente e o outro não havia ainda psicóloga contratada. No momento da coleta, todas as participantes eram mulheres, e em sua maioria, cumpriam regime de contrato temporário, apenas duas das participantes eram concursadas (servidoras públicas municipais). As participantes tinham entre 25 e 52 anos, sendo na sua maioria casadas. O tempo de atuação das psicólogas no CRAS em que estavam inseridas variou entre oito anos (desde 2009) até seis meses. Com vistas a preservar a identidade das psicólogas, as dez participantes do estudo foram identificados como: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 e P10.

Material

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais acerca da atuação das psicólogas no CRAS. Tal entrevista contemplou um roteiro com questões amplas sobre o serviço e questões específicas sobre a prática profissional do psicólogo, o que permitiu a condução e o aprofundamento dos tópicos em um formato de diálogo, semelhante a uma conversa informal (Minayo, 2010).

Procedimento

Esta pesquisa foi realizada no período de junho a dezembro de 2016, em dez dos doze Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) que compõem a capital investigada. Para isso, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da UFSM, sob parecer CAEE nº 45151815.4.1001.5346 e recebeu autorização da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social do município investigado.

Todas as participantes do estudo foram contatadas via ligação telefônica e convidadas a participar das entrevistas, que foram agendadas conforme sua disponibilidade e local de preferência. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como previsto pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 510/2016 (Brasil, 2016), e tiveram acesso aos objetivos do estudo, à voluntariedade da participação, e à garantia de sigilo das informações pessoais e possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. Posteriormente, as participantes responderam a uma entrevista semiestruturada, com duração média de 50 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas nos próprios CRAS da cidade.

Após a transcrição das entrevistas audiogravadas, os dados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin (1979). Segundo a autora, esse método permite a identificação dos conteúdos e significações das informações presentes na fala dos participantes, expondo aqueles que se destacam a partir de sua repetição ou relevância. Sendo assim, a análise dos dados ocorreu em diferentes etapas. Inicialmente, todas as entrevistas foram analisadas de forma global, buscando uma impressão inicial sobre o material e seu conteúdo. Após esse primeiro contato com o material, as entrevistas foram analisadas em sua totalidade, buscando considerar a repetição dos temas e a relevância dos conteúdos apresentados. Por último,

as palavras que se destacaram na fala das participantes foram organizadas de forma a constituir uma discussão em torno de duas temáticas principais: atuação do psicólogo no CRAS e intersetorialidade com a saúde.

RESULTADOS

A partir dos dados analisados, os resultados indicam que as principais atividades desenvolvidas pelos psicólogos nos respectivos CRAS pesquisados se dão em atividades de realização e/ou suporte a grupo, sejam eles de idosos, mulheres, gestantes, adolescentes, dentre outros. No que tange aos serviços burocráticos foram relatados a abertura e preenchimento do prontuário do SUAS, solicitação de benefícios eventuais, inclusão e atualização de usuários no Cadastro Único, planejamento de ações, produção de relatórios e orientações para aquisição de Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Programa Bolsa Família (BF) .

Além dessas atividades foram citadas também atendimentos psicossociais, acolhimento, orientação às famílias, busca ativa, visitas domiciliares, realização de palestras, escuta qualificada, entrevista social, orientação psicossocial e oficinas. No que se refere às atividades socioassistenciais estão os encaminhamentos aos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), bem como ao CREAS. As articulações intersetoriais, por sua vez, se apresentam por meio de encaminhamentos para os órgãos de proteção e defensoria pública, realizam parceria com as escolas da região, ONGs e Centros Comunitários, participando de ações e palestras, e principalmente para os serviços de saúde e serviço-escola de Psicologia das universidades públicas e privadas.

De modo geral, as articulações dos CRAS com a rede ocorrem para completude dos serviços ofertados a fim de promover a garantia de direitos e fortalecimento de vínculos. No que diz respeito à intersetorialidade com a saúde, observou-se que há predominância de encaminhamentos para a demanda clínica psicológica, seja para UBS, Policlínicas e Clínicas escolas das Universidades. Mas, esses encaminhamentos, na grande maioria, não são articulados de modo prévio e/ou programado com os demais serviços. As profissionais entrevistadas citaram que realizam

articulação com as UBS, apenas seis realizam encaminhamentos para Clínicas Escolas das Universidades, haja vista que são os únicos espaços que oferecem serviços psicológicos clínicos gratuitos; sendo que três CRAS encaminham para policlínicas e plantões psicológicos.

Outro modo de articulação intersetorial que se dá entre os CRAS e as UBS ocorre com o propósito de contribuir simultaneamente com palestras aos usuários desses serviços, como uma troca de informações e saberes. Dos dez CRAS que se articulam intersetorialmente com a saúde, cinco deles compreende essa atividade como uma parceria, realizando permutas de participações em grupos das unidades (CRAS e UBS) e palestras. Essa parceria ocorre quando necessário, sem uma programação planejada, acompanhamento e/ou avaliação das ações. A articulação intersetorial com os serviços de saúde se dá majoritariamente junto à atenção primária nos serviços prestados pelas UBS, essas unidades assim como os equipamentos dos CRAS atuam especialmente de modo preventivo e comunitário. Porém, é possível observar que as intenções desses encaminhamentos são para oferta de atendimentos especializados aos usuários.

DISCUSSÃO

A busca pelos serviços intersetoriais da saúde que possam ofertar atendimento psicológico se justificam pelo escopo dos serviços psicossociais realizados nos CRAS, conforme preconiza a política de assistência social, bem como, pela demanda dos usuários dessa política que além das situações de vulnerabilidade e riscos sociais, também apresentam demandas de ordem psicológica, como aparece na maioria dos relatos. Para fins de exemplificação, utilizou-se o relato de P3:

Quando eu percebo que a demanda é da saúde, quando eu percebo que a pessoa necessita de uma continuidade eu encaminho normalmente... eu encaminho ou para o posto de saúde ou para alguma instituição que esteja fazendo esse tipo de trabalho, né? A gente encaminha pra (...) instituições que também trabalham, né, com a Psicologia.

Nas entrevistas, a articulação intersetorial aparece como um dos maiores desafios das atividades desenvolvidas nos CRAS, como apresentado no relato de P1:

As principais dificuldades? São quando os dispositivos não funcionam. Porque, como a gente trabalha na básica, a gente, sozinho, não consegue fazer muita coisa. Então, a gente precisa sempre dos outros dispositivos (...). Mas, nem sempre funciona por falta de estrutura, por falta da conexão com os dispositivos.

A cartilha do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) (2007) que orienta as atividades dos psicólogos nos CRAS, explica que o desafio de articular é decorrente da dificuldade de desenvolver ações integradas e complementares que compreenda o sujeito e a comunidade de forma integral e não fragmentada.

A articulação intersetorial é essencial para a prevenção de riscos e promoção do bem-estar, bem como para a garantia de direitos dos usuários dessas políticas. Entretanto, não podemos afirmar com precisão que as articulações aqui citadas efetivaram a prevenção e promoção da saúde, visto que nos relatos apenas um dos CRAS investigados, realizam reuniões com a equipe da UBS para discussão dos casos acompanhados em comum. Também, somente uma entrevistada explicou que o encaminhamento dos usuários ocorrem por meio de ofícios, ligações telefônicas, e documentos padrões de referência e contra-referência (documentos específicos dos serviços de saúde).

Observou-se também que as articulações realizadas pelos profissionais são compreendidas como encaminhamentos dos usuários, bem como participações pontuais por meio de palestras entre os serviços, porém não são programadas com os calendários das unidades; não apresentam fluxos de encaminhamentos; não há estudos de casos e acompanhamentos entre os serviços da atenção primária e básica às famílias; não apresenta as ações e indicadores monitorados. Assim como, se acontece apoio matricial e oficinas entre equipes técnicas; e se ambos os serviços se mobilizam para a articulação com os demais serviços de promoção e proteção.

Promover a articulação intersetorial é pensar estratégias de enfrentamento que atendam as demandas dos usuários, garantam seus direitos e possibilitem o protagonismo social e pleno bem-estar, além de fortalecer a psicologia na atuação e aproximação com a comunidade, suas necessidades

e potencialidades. Para tanto, é preciso atuar para além dos settings convencionais, em espaços adequados e viáveis ao desenvolvimento das ações, seja nas instalações do CRAS, da rede socioassistencial, dos serviços intersetoriais ou por meio das articulações que se fizerem necessárias à comunidade.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa.
- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. (2005). *Norma Operacional Básica NOB SUAS*, Brasília, DF.
- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. (2006). *Guia de Orientação Técnica – SUAS. Proteção Social Básica de Assistência Social*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. (2009) *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social*. Brasília, DF.
- Brasil, Conselho Nacional de Assistência Social. (2011). *Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Brasília, DF.
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP (2007). Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS/ Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, CFP.
- Couto, B. R., Yazbek, M. C., & Raichelis, R. (2014). A Política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In B. R. Couto, M. C. Yazbek, M. O. S. Silva, & R. Raichelis (Orgs.), *O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento* (4ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Cruz, L. R., & Guareschi, N. M. F. (2014). A constituição da assistência social como política pública: Interrogações à psicologia. In L. R. Cruz & N. Guareschi (Orgs.), *Políticas públicas e assistência social: Diálogo com as práticas psicológicas* (5ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

- Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Solon, A. F. A. C., & Amorim, K. M. (2011). A prática psicológica na proteção social básica do SUAS. *Psicologia & Sociedade* 23, 140-149. doi: 10.1590/S0102-71822011000400017

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Juliano Scott¹ (✉ bs.juliano@gmail.com) & Isabel Fernandes de Oliveira¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

A violência de gênero, especialmente em suas modalidades doméstica e familiar, desconsidera classe social, grau de industrialização, renda per capita e tipos de cultura, ocorrendo em todo e qualquer âmbito social e de várias formas (Saffioti, 1999). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), estima-se que 35% das mulheres de todo o mundo já tenham sofrido qualquer tipo de violência física ou sexual praticada por parceiro íntimo ou violência sexual por um não parceiro em algum momento de suas vidas. As mulheres que sofreram violência física ou sexual por seus parceiros estão duas vezes mais propensas a ter um aborto, quase duas vezes mais chances de ter depressão e, em alguns casos, 1,5 mais vezes de contrair o vírus HIV, em comparação às mulheres que não sofreram violência (OMS, 2013).

Diante de tal quadro, o Brasil tem investido na criação de uma sociedade mais justa e igualitária a partir de ações no campo legislativo e de políticas públicas voltadas às mulheres em situação de violência (Brasil, 2003; 2004a,b; 2005; 2006; 2009; 2010; 2011a,b; 2015a). Cabe ressaltar que tal fato advém do paradigma internacional dos direitos humanos, que agregado às práticas e estudos feministas, possibilitou a ampliação dos direitos das mulheres e o exercício da cidadania no âmbito das instituições públicas como forma de diminuir os casos de violência e auxiliar as mulheres. Assim, as lutas femininas e os movimentos feministas, que surgiram desde meados dos anos 70 em busca de políticas públicas para a prevenção e punição da violência contra as mulheres, foram importantes impulsionadores para a igualdade de direitos entre os gêneros e por ações por parte do Estado. No Brasil tais movimentos buscaram pressionar o Estado para a igualdade de direitos e para a criação

de políticas públicas para as mulheres (Balbé & Pessôa, 2013; Zorzella & Celmer, 2016).

Portanto, conforme Saffioti (2004), a defesa das agressões dos homens foi conquistada pelas mulheres brasileiras a partir de um corpo de direitos que foi consolidado primeiramente em âmbito internacional (paradigma internacional dos direitos humanos). A pressão internacional fez com que o Brasil aumentasse o rigor das suas punições para os crimes de violência doméstica e familiar, visto os acordos e pactos internacionais assinados pelo país (Carta das Nações Unidas – 1945, Convenção contra o Genocídio – 1948, Declaração Universal dos Direitos Humanos – 1948, Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação racial – 1978, Convenção para eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher/Cedaw – 1979, Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – 1992, Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU – 1994) e criasse uma legislação específica para os casos de violência contra a mulher (Balbé & Pessôa, 2013; Brasil, 2009). Assim, surge em 2006, como principal instrumento jurídico de proteção à mulher em situação de violência, a Lei 11.340, também conhecida como Lei Maria da Penha, que criou mecanismos de coibir a violência doméstica contra a mulher por meio de mecanismos de prevenção, assistência às vítimas, políticas públicas e punição para os agressores (Brasil, 2006).

MÉTODO

Este estudo parte de uma pesquisa documental que aborda a temática da violência contra a mulher no âmbito da saúde. Conforme Costa (2014), a pesquisa documental baseia-se em documentos oficiais já elaborados, constituídos, principalmente, de materiais produzidos por órgãos de governo ou em parceria, inclusive disponibilizados via internet, desde que de sites oficiais.

Os procedimentos de inclusão e exclusão de materiais abordaram documentos oficiais produzidos pelo governo brasileiro que tratam especificamente da violência contra a mulher no âmbito da saúde. O

período estipulado foi dos últimos cinco anos, abarcando o período de 2013 a 2017, visando demonstrar o que existe de mais recente no que concerne às publicações oficiais na temática. Todos os materiais que não abordassem a saúde da mulher que sofre violência foram descartados, inclusive os que se encontram fora do período de pesquisa estipulado. Não foi necessário seguir aspectos éticos, visto que neste tipo de pesquisa não se aborda seres humanos, e sim materiais oficiais já produzidos e disponibilizados.

RESULTADOS

Material	Tipo de Material	Ano de Publicação
Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.	Oficial	2014
Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil	Oficial	2015
Lei do Feminicídio	Oficial	2015

DISCUSSÃO

De acordo com dados do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) “Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã” (OMS, 2011), as situações de violência cometida contra as mulheres podem gerar uma variedade de problemas de saúde como estresse, uso de substâncias, abortos, infecções sexualmente transmissíveis e vários transtornos mentais como depressão, transtornos de ansiedade, de sono e de alimentação. O relatório também mostra que esse tipo de violência pode ser fatal, sendo que 40% a 70% dos homicídios femininos são cometidos por parceiros íntimos. O relatório conclui que a violência contra as mulheres aparece relacionada ao gênero e pode levar à morte violenta. Além disso, muitas mulheres acabam por não relatar suas experiências e não buscar ajuda, mantendo-se como um problema oculto com custos humanos e de saúde bem elevados (OMS, 2011).

Os dados da pesquisa “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil”, publicada em 2017, corroboram com os dados mundiais relacionados à violência contra a mulher. A referida pesquisa foi realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Instituto de Pesquisas Data Folha, em âmbito nacional, e contou com a participação de 2.073 entrevistados. A pesquisa apontou que para 73% da população brasileira a violência contra a mulher aumentou nos últimos 10 anos. Os dados encontrados indicam que, em termos regionais, observa-se na região nordeste uma maior percepção de aumento da violência contra a mulher (76%), seguida pela região sudeste (73%), e que dois em cada três brasileiros já viu uma mulher sendo vítima de algum tipo de violência no ano de 2016. Com relação ao perfil do agressor, a pesquisa aponta que em sua maioria, 62% dos casos, são pessoas conhecidas, dentre os quais a maioria 19% são parceiros íntimos como cônjuge/companheiro/namorado, e 16% ex-cônjuge/ex-companheiro/ex-namorado, aos quais seguem familiares, como irmãos(ãs), pais/mães, e pessoas próximas, como amigos(as) e vizinhos(as), sendo a casa (43%) o local onde mais ocorrem as agressões, seguido pela rua, com 39%.

O Mapa da Violência de 2015 (Waiselfisz, 2015) conta com uma compilação de dados constituída por homicídios femininos ocorridos em 83 países, dos quais o Brasil se encontra em 5º lugar, ou seja, o Brasil é o quinto país que mais mata mulheres no mundo. De acordo com os registros do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), entre 1980 e 2013, morreu no Brasil um total de 106.093 mulheres, vítimas de homicídio, passando de 1.353 mulheres em 1980 para 4.762 mulheres em 2013, ou seja, um aumento de 252%. Portanto, apenas no ano de 2013 foram 4762 mortes o que representa 13 homicídios femininos diários no Brasil.

O Disque 180 foi um importante dispositivo criado no ano de 2005 pelo governo brasileiro e que se consolidou como um grande canal de informações sobre legislações e direitos, violência, crimes e serviços especializados no atendimento de mulheres em situação de violência. A Central de atendimento do Disque 180 publicou no ano de 2015 as cidades com maiores taxas de relatos de violência no Brasil: Campo Grande apareceu com a maior taxa seguida por Rio de Janeiro e Natal. Para ser mais exato foram 227,53 relatos de violência por 100 mil mulheres em

Campo Grande (Mato Grosso de Sul), que indicava a maior taxa, seguida por Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) (119,09) e Natal (Rio Grande do Norte) (113,43). A violência física representava mais da metade dos relatos de violência (56,72%), seguida da violência psicológica (27,14) (Brasil, 2015b). No entanto, os dados do Disque 180 continuaram indicando um aumento das situações de violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil, conforme a maioria dos relatos registrados pela Central de Atendimento no 1º semestre de 2016. Segundo os registros, as situações de violência doméstica e familiar somaram 86,64% no primeiro semestre de 2016, em comparação com o mesmo período do ano anterior (2015), demonstrando um aumento de 133% nos relatos referentes a esse tipo de violência no Brasil (Brasil, 2016b). Portanto, percebe-se que a violência doméstica e familiar contra a mulher continua aumentando nos últimos anos, o que indica que novos tipos de intervenções devem ser implementadas visando diminuir os índices de violência contra a mulher.

Cabe ressaltar que uma das mais recentes conquistas das mulheres no campo legislativo brasileiro, até o presente momento, refere-se à Lei 13.104/2015 (Brasil, 2015a), também conhecida como Lei do Femicídio. A Lei do Femicídio surgiu no ano de 2015 e classifica como crime hediondo e com agravantes a agressão que envolve a violência doméstica e familiar, ou quando evidencia menosprezo ou discriminação à condição de mulher, caracterizando crime por razões de condição do sexo feminino. Quando a descrita situação acontece em situações específicas de vulnerabilidade (gravidez, menor de idade, na presença de filhos, por exemplo) a pena de feminicídio é aumentada de 1/3 (um terço) até a metade (Brasil, 2015a). De acordo com Waiselfisz (2015), a Lei do Femicídio entende que existe feminicídio quando as agressões cometidas contra uma pessoa do sexo feminino no âmbito familiar da vítima causam lesões ou agravos à saúde, de forma intencional, que levam a sua morte.

Cabe ressaltar que, além da legislação vigente no Brasil em favor das mulheres, o país disponibiliza de um aparato que envolve diferentes estruturas, serviços, instituições, equipamentos, que compõem uma rede de atendimento especializada (Serviços especializados de atendimento à mulher, Juizados Especiais, Centros especializados de atendimento à mulher em situação de violência, Núcleos e Defensorias especializadas, além de Promotorias especializadas em violência doméstica) e de

atendimento não especializada que tratam da violência doméstica e familiar contra a mulher e que podem ser mobilizados na prevenção da violência, na proteção das mulheres, assim como, minoritariamente, no atendimento aos homens autores de violência (Brasil, 2011b).

No campo da saúde, mais especificamente, foi implementada, em 2009, a notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde. A notificação deve ser realizada de forma universal, contínua e compulsória, nas situações de suspeita ou confirmação de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo às Leis 8.069 (Estatuto da Criança e Adolescente), 10.741 (Estatuto do Idoso) e 10.778 (notificação compulsória de violência contra a mulher). Essa notificação é realizada pelo gestor de saúde do SUS, mediante o preenchimento de uma ficha de notificação específica. Entretanto, o Brasil apresenta problemas de cobertura, pois nem todos os locais notificam, assim como de subnotificação, ou seja, nem todos os casos são registrados no sistema (Waiselfisz, 2015).

Segundo os dados disponibilizados pelo Sinan/MS, durante o ano de 2014, foram atendidas 223.796 vítimas de diversos tipos de violência. Duas em cada três dessas vítimas de violência (147.691) foram mulheres que precisaram de atenção médica por violências domésticas, sexuais e/ou outras. Ou seja, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida, em 2014. A violência doméstica contra a mulher ocorre predominantemente por parentes imediatos ou parceiros e ex-parceiros das vítimas, contabilizando 67,2% do total de atendimentos realizados pelos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, nos mais diversos equipamentos de saúde. Os dados demonstram que essas mulheres foram encaminhadas, em sua maioria, para Delegacias de polícia gerais e Delegacias da mulher.

De acordo com Neto et al. (2015), na última década foram implementados, além da notificação compulsória de violência contra a mulher, serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez indesejada e realização de aborto legal. Entretanto, apesar dos avanços, estudos continuam a apontar episódios de violência contra a mulher de forma repetida e progressiva, indicando um uso mais intenso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares. Apesar disto, a violência nas

relações de gênero não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos serviços de saúde, sendo problema de extrema dificuldade para ser abordado. Portanto, cabe ressaltar que a violência relaciona-se com diversos problemas de saúde física, reprodutiva e mental, assim como o maior uso dos serviços de saúde por parte dessas mulheres, demonstrando a necessidade de se refletir sobre como o setor de saúde tem se organizado para lidar com mulheres em situação de violência (Neto et al., 2015).

Muitas mulheres acabam por não relatar os casos de violência e não buscar ajuda, gerando custos humanos e de saúde elevados. Portanto, mostra-se necessário maior divulgação da rede de proteção à mulher, bem como garantir a acessibilidade das mulheres aos serviços públicos. A violência contra a mulher é sistemática, repetitiva e recorrente, exigindo do poder público mecanismos de prevenção, bem como preparo dos profissionais de saúde para identificar e lidar com as situações de violência, o que não parece ter acontecido.

Ressalta-se, ainda, que, conforme os dados apresentados, a violência contra a mulher continua aumentando e apresentando índices alarmantes. Tal fato demonstra que a sociedade ainda precisa melhorar os mecanismos de proteção à mulher, indo além do que está escrito na letra da lei, principalmente no que concerne à prevenção e apoio à mulher vítima de violência.

REFERÊNCIAS

- Balbé, C. H., & Pessôa, E. M. (2013). A Lei Maria da Penha e a violência intrafamiliar contra a mulher no município de Santo Antônio das Missões. In K. B. Krüger & C. F. Oliveira (Orgs.), *Violência intrafamiliar: Discutindo facetas e possibilidades*. Jundiaí: Paco Editorial.
- Brasil. (2003). *Lei 10.778/2003*. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF.
- Brasil. (2004a). Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

- Brasil. (2004b). *Lei 10.886/2004*. Acrescenta os parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado “Violência Doméstica”. Brasília: DF.
- Brasil. (2005). Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: DF.
- Brasil. (2006). *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Lei Maria da Penha. Brasília: DF.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília: DF.
- Brasil. (2011a). Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher*. Brasília: DF.
- Brasil. (2011b). Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília: DF.
- Brasil. (2014). Presidência da República. Ministério da Saúde. *Portaria nº1.271, de 6 de junho de 2014*. Brasília: DF.
- Brasil. (2015a). *Lei nº13.104, de 9 de março de 2015*. Lei do Feminicídio. Brasília: DF.
- Brasil. (2015b). Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Balanço dos 10 anos da Central de Atendimento à Mulher: Uma década de conquistas*. Brasília: DF.
- Brasil. (2016a). Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Balanço do primeiro semestre de 2016 da Central de Atendimento à Mulher*. Brasília: DF.
- Brasil. (2016b). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Brasília: DF.
- Costa, M. A. F. (2014). *Projeto de pesquisa: Entenda e faça*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública/FBSP & Instituto Datafolha. (2017). *Visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil*.

- Gil, A. C. (2007). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Neto, J. S., Bezerra, C. R. M., Fernandes, N. P., Medeiros, R. M., Sá, S. A. M., & Pinto, D. S. (2015). Violência contra a mulher no contexto de saúde pública. *Rev.Ciênci. Saúde Nova Esperança*, 13(2), 60-65. doi: 10.1590/S0034-89102002000400013
- Organização Mundial de Saúde/OMS. (2011). *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*.
- Organização Mundial de Saúde/OMS. (2013). *Estimativas globais e regionais de violência contra mulheres: Prevalência e efeitos na saúde da violência de parceiros íntimos e violência sexual não parceira*.
- Saffioti, H. I. B. (1999). Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em Perspectiva*, 13(4), 82-91. doi: 10.1590/S0102-88391999000400009
- Saffioti, H. I. B. (2004). *Gênero, Patriarcado, Violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil*. Brasília: DF.
- Zorzella, V. L., & Celmer, E. G. (2016). Grupos de reflexão sobre gênero com homens acusados de violência doméstica: Percebendo vulnerabilidades e repensando polarizações. *Gênero e Direito*, 5(1), 92-111. doi: 10.18351/2179-7137

MULHER TOXICODEPENDENTE E SUAS REPRESENTAÇÕES: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E PORTUGAL

Katrucy Medeiros¹ (✉ Katrucy_22@yahoo.com.br), Silvana Maciel², & Joana Alexandre³

¹Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba e bolsista CAPES, Programa Doutorado Sanduíche no Exterior, Brasil; ²Professora do Departamento de Psicologia da UFPB e da pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora bolsista de produtividade, nível 2 (CNPq), Brasil, ³Professora auxiliar do Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE-IUL, Portugal

O tema da toxicod dependência feminina tem sido alvo de preocupação no campo da saúde em diversos países, e tem mobilizado a sociedade a apropriar-se de conceitos baseados em crenças e representações, sujeitas à contextualização cultural.

No curso da história, observa-se que homens e mulheres não relacionam-se com as drogas da mesma maneira, isso porque, as expectativas sociais frente às mulheres, ainda centradas na maternidade e na família, desestimulam as mulheres dos comportamentos “não convencionais”, como o consumo de drogas (Medeiros et al., 2015).

Com exceção dos medicamentos psicotrópicos, as mulheres apresentam menor prevalência no abuso de diversas drogas. Não obstante, segundo o United Nations Office on Drugs and Crime (2016), tem-se observado uma aproximação entre os gêneros nos perfis dos consumidores em diferentes países.

No Brasil, pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Brasil, 2013) revelou que os consumidores de crack somam-se cerca de 370 mil pessoas, dos quais 21,3% são mulheres. Sobre os consumidores que frequentam as chamadas “cracolândias”, ou seja, espaço de aglomeração de consumidores de crack na região de São Paulo, o gênero feminino atinge 20% e caracteriza-se por maior vulnerabilidade, tais como o uso incomum de preservativos e troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, histórico de violência, especialmente a do tipo sexual – 47% entre as mulheres, contra 7,5% entre os homens.

Em país europeu como Portugal, segundo o European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2015), a prevalência da população geral consumidora de drogas soma-se 16%, sendo a cannabis (15%) a substância mais consumida no país. Quanto ao gênero, entre os anos de 2011 e 2015, observou-se um aumento das mulheres na continuidade do consumo de cannabis (29,6%), heroína (39,1%) e cogumelos alucinógenos (21, 3%), comparando-se com os homens, respectivamente, 27,9%, 2,7% e 9,9% (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2015).

Países de proximidade linguística, Brasil e Portugal, diferenciam-se não apenas por proporções geográficas, mas também no delineamento de políticas públicas de saúde. Essa comparação entre os dois países se aprofunda ainda mais na questão das drogas, pois ora promovem aproximações quanto à diferenciação legal do usuário ou dependente de drogas e do traficante, ora se antagonizam, por Portugal adotar desde de 2001 a descriminalização das drogas e uma abordagem aos consumidores atribuída às estruturas social e da saúde, em detrimento de uma natureza criminalizadora – a qual ainda faz parte da política brasileira de enfrentamento às drogas (Ventura & Benetti, 2014).

Considerando as particularidades no Brasil e em Portugal, bem como a escassez de estudos transculturais, esta pesquisa é de grande relevância social e acadêmica, por permitir o acesso aos conteúdos compartilhados acerca da mulher toxicodependente a partir de contextos culturais diferentes, os quais podem apresentar, respectivamente, aproximações e divergências culturais com a problemática investigada.

Dessa forma, esta pesquisa investigará o tema mencionado à luz da Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici, a qual assinala uma forma de conhecimento específico, um saber do senso comum, orientado para a comunicação, compreensão e domínio do entorno social (Jodelet, 2001). Ressalta-se que estudar a representação social da mulher toxicodependente é identificar o conteúdo mais forte e presente no imaginário social dos atores sociais. Sob essa perspectiva, objetiva-se conhecer as representações sociais atribuídas à mulher toxicodependente a partir de universitários portugueses e brasileiros.

MÉTODO

Participantes

Consiste numa investigação qualitativa, descritiva e exploratória. Ademais, atendeu-se as determinações éticas preconizadas pelas Resoluções

304/2000 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que envolve pesquisas com seres humanos.

Participaram 50 universitários selecionados de forma intencional e não-probabilística, oriundos do curso de psicologia de uma universidade brasileira na cidade de João Pessoa – PB, e também de uma universidade portuguesa na região de Lisboa. A faixa etária dos brasileiros foi entre 18 a 33 anos ($M=22$ anos; $DP=3,39$) e a maioria eram mulheres (73%). A idade dos portugueses variou entre 19 a 40 anos ($M=23$ ano; $DP=4,46$) e predominaram os homens (67%). Incluíram-se os universitários que estavam vinculados às universidades supracitadas, e aqueles que aceitaram participar de forma voluntária do presente estudo.

Material

Utilizou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), a qual é amplamente validada para pesquisas sobre Representações Sociais e permite ter acesso à produção verbal espontânea, bem como a unificação dos universos semânticos consensuais (Nóbrega & Coutinho, 2011). Um estímulo indutor foi utilizado, em que se perguntou aos participantes brasileiros: “O que lhe vem à sua mente quando ouve a expressão “mulher usuária de drogas?”; já no contexto português, utilizou-se a equivalência cultural do termo “mulher toxicodependente”. Para análise, considerou-se as cinco primeiras evocações de cada participante. Além disso, perguntou-se aos entrevistados o sexo, a idade, o curso e a localidade. O tempo médio da aplicação correspondeu a 5 minutos.

Procedimento

Operacionalmente, os dados foram coletados em duas localidades institucionais. No Brasil a aplicação foi possível de forma presencial e nas salas de aula da referida universidade. Já em Portugal, a recolha de dados foi por meio do questionário online e gratuito *Qualtrics*.

Para análise dos dados, procedeu-se a junção do material coletado oriundo dos dois países, e com o auxílio do *software* gratuito IRAMUTEQ (Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), foi realizada a Análise de Similitude. Esta análise permite identificar as coocorrências e conexidades entre as palavras evocadas, indicando a força com que os elementos ligam-se aos outros. Além disso, baseia-

se na teoria do grafos e auxilia a identificação da estrutura da representação social do objeto em análise. Com os dados sociodemográficos, utilizou-se análises de estatística descritiva.

RESULTADOS

Com base nos dados sociodemográficos, observou-se que no contexto brasileiro predominaram as participantes do sexo feminino (73%), enquanto que no cenário português, os homens sobressaíram, assumindo o quantitativo de 67% da amostra. Observa-se, portanto, que o grupo estudado é composto por universitários jovens, de ambos os sexos e oriundos de um curso que permite aproximação teórica e prática com a temática abordada.

Sobre as evocações apreendidas pela TALP acerca da palavra-estímulo “mulher usuária de drogas/mulher toxicodependente”, estas resultaram um total de 247 palavras, das quais contabilizou-se 104 diferentes que foram submetidas à análise de similitude comparativa, conforme pode ser visualizada na Figura 1.

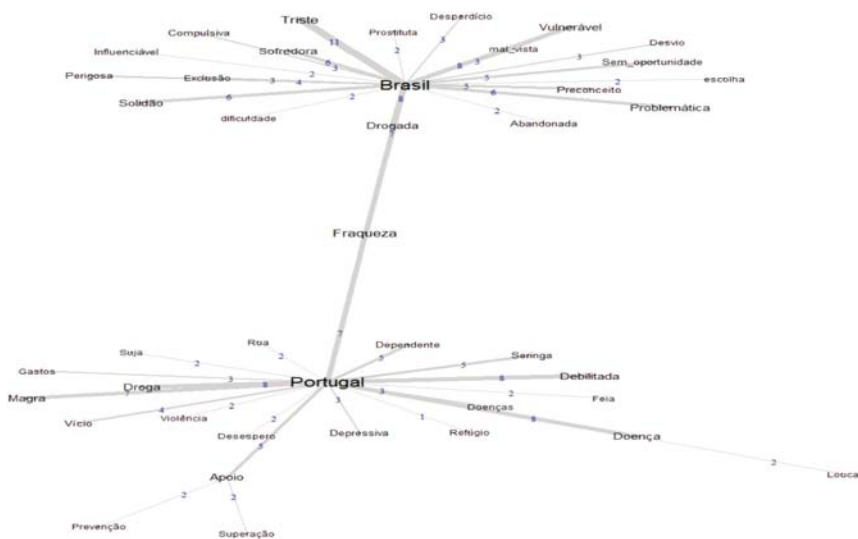


Figura 1. *Árvore ilustrativa da análise de similitude das evocações dos universitários portugueses e brasileiros para o estímulo indutor “mulher toxicodependente”*

A análise de similitude mostra os elementos mais fortemente evocados nos discursos referentes aos dois grupos estudados, universitários brasileiros e portugueses, e como estes atores sociais organizam os elementos relacionados à figura da mulher toxicodependente.

DISCUSSÃO

De acordo com a Figura 1, é possível observar uma árvore ilustrativa a qual indica a existência de dois eixos de significados acerca da mulher toxicodependente. Observou-se ainda que tais eixos apareceram interligados por meio da palavra “*fraqueza*”, que apresenta-se enquanto eixo centralizador entre as duas grandes teias de conexões.

Sobre o discurso unificado acerca da “*fraqueza*”, este circunscreve o problema da droga à questão individual e remete à responsabilização destas mulheres diante da toxicodependência. Para Palm (2006), a toxicodependência é comumente percebida por meio da identificação de uma fraqueza pessoal e/ou problemas morais ligados ao caráter. Notadamente, essa concepção moralizante reproduz um imaginário social culpabilizante, o qual atua enquanto justificativa para a desresponsabilização de outras instâncias envolvidas no tratamento, tais como o aparato estatal, a família e profissionais de saúde.

No nível superior da árvore encontram-se os termos emergidos no grupo dos universitários brasileiros, destacando-se as palavras de maior frequência: *triste* (11); *vulnerável* (8); *drogada* (8); *sofredora* (6); *problemática* (6); e *preconceito* (5). Estes elementos são considerados o campo representacional mais forte e vincula-se à ideia de sofrimento psíquico, vulnerabilidade e de exclusão social da mulher toxicodependente.

A concepção de vulnerabilidade compreende um constructo multifacetado e que pode ser útil para tornar evidentes os fatores subjacentes à toxicodependência feminina. Para Ayres, Paiva e França Jr. (2012), o termo está associado ao fato de alguém estar mais suscetível a potenciais agravos nas esferas orgânicas e também aos múltiplos condicionantes psicossociais do adoecimento. No contexto brasileiro, alguns estudos tem demonstrado que a vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres toxicodependentes

perpassam contextos individual e social, tais como: a prática de sexo sem proteção, o que aumenta a suscetibilidade a gravidez indesejada, e a infecção ao HIV; além disso encontram-se mais expostas a conflitos com a justiça, violência em seus diversos níveis e a exclusão social (Medeiros et al., 2015; Marangoni & Oliveira, 2013).

Sob essa ótica, a representação social da mulher toxicodependente para o contexto brasileiro, cristaliza-se enquanto um ser vulnerável, frágil e passivo. Essa construção decorre de crenças e valores associados à exposição de práticas e comportamentos de riscos ligados ao corpo e a sexualidade feminina, e a submissão destas à padrões subjetivos de moralidade. Cabe mencionar ainda a reprodução social dos termos: *drogada*, *prostituta*, *mal vista*, *perigosa* e *compulsiva*, pois carregam a ideia de marginalização, estereotipagem, preconceito e exclusão social, e apresentam-se impregnados na percepção de homens e mulheres enquanto “verdades” sobre a mulher toxicodependente e o seu lugar no mundo (Jodelet, 2001).

Na parte inferior da árvore estão os termos ligados aos estudantes portugueses, os quais: *doença* (8); *droga* (8); *debilitada* (8); *seringa* (5); *dependente* (5); e *apoio* (5), e evidenciam elementos de um quadro patológico de toxicodependência.

O cenário atual de enfrentamento à toxicodependência em Portugal é contextualizado no paradigma psicossocial de saúde, o qual incorpora além das dimensões orgânicas, as esferas contextuais e ambientais (Ventura & Benetti, 2014). No entanto, observou-se entre os universitários portugueses, discursos que dão destaque ao poder farmacológico das substâncias, sugerindo a visualização do modelo unifatorial, onde a substância é o principal elemento de explicação da dependência. Observa-se também o termo “*seringa*”, e associa-se a visualização dos consumidores de heroína intravenosa – alvo de grande preocupação e intervenção da sociedade portuguesa na década de 1990. Para este grupo de pertença, a representação social da mulher toxicodependente aparece ancorada no paradigma da doença e é objetificada enquanto personificação de um “sujeito-doença”. Apesar disso, cabe mencionar a evocação do termo “*apoio*”, vinculado às palavras “*superação*” e “*prevenção*”, enquanto reflexo do avanço das políticas públicas de enfrentamento às toxicodependências, onde a mulher toxicodependente também é visualizada a partir da ótica do cuidado e da proteção à saúde.

A presente análise evidenciou um enquadramento normativo acerca da mulher toxicodependente caracterizado ora por opiniões criminalizantes, ora com retóricas sanitaristas. De modo geral, estas representações parecem distanciar-se da importância da atenção integrada – biopsicossocial – na abordagem do problema da toxicodependência feminina, no Brasil e em Portugal.

Este estudo buscou conhecer as representações sociais acerca da mulher toxicodependente a partir de universitários brasileiros e portugueses. Ao expressar “teorias do senso comum” para descrever e explicar a toxicodependência por mulheres, os universitários recorreram a diferentes formas simbólicas de pensar o fenômeno, por meio de crenças compartilhadas e arraigadas no escopo cultural de cada localidade.

De modo geral, percebeu-se uma consensualidade da responsabilização das mulheres toxicodependentes por suas “escolhas”, onde a toxicodependência é comumente percebida enquanto problema de saúde “controlável” e, por isso, de responsabilidade das mulheres pelo seu surgimento e solução.

No contexto brasileiro foi possível constatar a visualização de fatores relacionados ao gênero feminino de forma mais “pormenorizada”, traduzida por meio da associação à questões relativas à vulnerabilização da mulher, esta visualizada enquanto: “prostituta”, “perigosa”, “compulsiva”, “abandonada”, “problemática” e “sem oportunidade”. Em uma conjuntura criminalizante do uso de droga, no Brasil essa mulher é pensada a partir de um contexto marcado por preconceito e exclusão.

Já as representações construídas pelos portugueses, estas salientaram uma definição objetiva, veiculada sobretudo a partir das estruturas patogênicas, tais como: “vício”, “doença”, “depressiva”, “dependência” e “seringa”, sendo a droga a principal mediadora entre o indivíduo-doença. Considerando as mudanças no cenário Português frente às drogas, vem consolidando-se um modelo de assistência mais humanizado, porém, o problema da droga para os portugueses, aparece enquanto um problema do indivíduo, desconsiderando as implicações sociais e ambientais.

Destaca-se que tanto no Brasil quanto em Portugal, observou-se uma reação social face à mulher toxicodependente fortemente ligada à estigmas vinculados às drogas, e também a uma desvinculação dessa mulher às suas expectativas de gênero. Esses dados podem ajudar a repensar a realidade observada nos dois países, seja para implementação de um modelo de

intervenção menos criminalizante e excludente no Brasil, seja para contribuir com o modelo português mais acolhedor das necessidades sociais dos consumidores; e em ambos os casos, é preciso um incentivo político preocupado eticamente com os direitos das mulheres utilizadoras de drogas e em salvaguardar a sua própria dignidade humana.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. Paiva, V. & França Jr., I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Orgs.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e promoção da saúde* (p. 71- 93). Curitiba: Juruá
- Brasil. (2013). Fundação Oswaldo Cruz. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Recuperado de <http://portal.fiocruz.br/pt-br/>
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. (2015). *The 2015 ESPAD Report. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Disponível em http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2015). Relatório Anual 2015. *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências* (Vol. 1) Lisboa: IPDT/Ministério da Saúde.
- Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Marangoni, S. R. & Oliveira, M. L. F. (2013). Uso de crack por múltipara em vulnerabilidade social: história de vida. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 11, 166-172. doi: 10.1590/S0104-07072013000300012
- Medeiros, K. T., Maciel, S. C., Sousa, P. F., & Vieira, G. L. S. (2015). Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. *Psico-USF*, 20(3), 517-528. doi: 10.1590/1413-82712015200313
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2011). O Teste de Associação Livre de Palavras. In M. P. L. Coutinho & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 95-106). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Palm, J. (2006) Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems. Thesis (Doctorate), University of Stockholm, Stockholm.

- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2016). World drug report. Washington: United Nations Publication. Disponível em <http://www.unodc.org/wdr2016/>
- Ventura, C. A. A., & Benetti, D. A. M. (2014). A evolução da lei de drogas: O tratamento do usuário e dependente de drogas no Brasil e em Portugal. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 10(2), 51-60. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v10i2p51-60

MEANING-MAKING AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT FOLLOWING REFUGEE TRAUMA

Lisa Matos¹ (✉ lmatos@ispa.pt), Monica Indart², Crystal Park³, & Isabel Leal¹

¹ ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal;

² School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University, New Brunswick, New Jersey, USA; ³ Department of Psychological Sciences, University of Connecticut, Storrs, Connecticut, USA

In 2016, the number of refugees worldwide peaked at 65.6 million, including internally displaced persons and asylum-seekers (UNHCR, 2017), a small percentage of whom find safety in Western countries after long journeys frequently plagued with additional violence and torture. Once in resettlement, post-migration journeys include a multitude of stressors, such as discrimination, lack of economic opportunity and concerns about conflict and safety of those left behind, which are associated with mental health outcomes (Bogic, Njoku, & Prieve, 2015).

Extensive evidence has documented the negative long-term mental health effects of refugee trauma, including posttraumatic stress disorder (PTSD) as the main psychopathology associated with the refugee experience, often co-morbid with depression and anxiety in refugees resettled in Western countries (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Despite the severity of trauma and ongoing distress, a growing body of literature suggests that survivors of refugee trauma often experience positive psychological adjustment and perceived growth (Chan, Young, & Sharif, 2016).

Traumatic events that are severe enough to challenge individuals' meaning systems, including beliefs about the world and their ability to envision future goals, cause enough distress to require meaning-making efforts to reduce discrepancies (Park, 2010) and rebuild shattered assumptions, leading to perceived positive life changes (Ramos, Leal, & Tedeschi, 2016). Perceived posttraumatic growth (PTG) then may occur

when individuals make sense of their trauma, with some studies showing it to be significantly related to psychological adjustment over time (Updegraff, Silver, & Holman, 2008). As with other populations, demographics, type of trauma, social support, religion and coping styles have all been found to be associated with PTG in refugees (Chan et al., 2016). In refugee populations, however, additional factors such as stage of the migration trajectory and culture also influence psychological adjustment.

The Meaning-Making Model

Survivors' efforts to cope with trauma often involve cognitive restructuring, which focuses on changing one's perspective regarding the traumatic event, and may lead to perceptions of benefits (Wright, Crawford, & Sebastian, 2007). According to Park (2010), all individuals possess general orienting systems – global meaning –, comprising beliefs, goals and a sense of purpose, which collectively provide them with cognitive frameworks through which they structure their lives and interpret their experiences. When faced with a potentially threatening or traumatizing event, individuals assign a meaning – situational meaning –, which is then compared to the individual's global meaning to determine its fit or discrepancy. Perceptions of discrepancy cause distress thereby initiating meaning-making efforts, requiring individuals to adjust views of the event or revise their goals and beliefs about the world to accommodate new information, and restore a sense of the world as meaningful and life as worthwhile (Park & George, 2013). Perceived growth is thereby precipitated by significant challenges to one's identity or to core assumptions that give one's life meaning, and develops as one goes through meaning-making process (Davis, Wohl, & Verberg, 2007).

However, not all processes of searching for meaning nor all meanings made of the trauma are adaptive or result in perceived growth. Take rumination for example – if goal-directed, it can foster agency, whereas when focused on negative emotions, it is maladaptive and may lead to sustained distress (Michael & Snyder, 2005). On the other hand, for survivors of intimate partner violence, endorsing self-blame indicated acceptance of violence as normative, and represents an example of maladaptive meaning made of the trauma (Lim, Valdez, & Lilly, 2015).

Further, the literature highlights the need to examine all aspects of the meaning-making process (Park, 2010), because the processes of making sense of the trauma and the perceived growth may play independent roles in psychological adjustment (Schok, Kleber, Elands, & Weerts, 2008). This thorough examination may be particularly relevant in refugee populations due to the complexity of their experiences, journeys, and the role culture and community play in all aspects of recovery.

Refugee Trauma and Meaning

Refugees suffer unimaginable losses that violate beliefs and goals and rob them of much of what formerly gave life meaning and purpose. However, current theoretical frameworks of meaning-making are influenced by Western cultural traditions, examine single-event traumas, and conceptualize meaning-making as an individual process (Henrickson, Brown, Fouché, Poindexter, & Scott, 2013). Their applicability to non-Western individuals, who often belong to collectivist cultures, and who survive cumulative, community-impacting traumas, is uncertain. To understand how refugees make meaning following trauma, we conducted a literature review of empirical studies with refugee populations that reflect on different aspects of meaning-making processes, and attempted to organize them according to the meaning-making model and its different components.

Refugees' global meanings

All individuals possess global meaning systems that provide them with consistency, predictability, and a lens through which to see and interpret life. Since the manifestation of mental health symptoms and the meanings made of trauma are informed by culture (Schubert & Punamaki, 2011), the study of meaning-making in refugee populations requires rigorous examination of each population's culturally-informed pre-trauma beliefs and goals and sense of purpose. To further complicate the task, refugees recover from trauma and make meaning of their experiences throughout their journeys of displacement, whether they are living in protracted situations in refugee camps or have reached a country of resettlement, and

that process occurs in settings and cultural contexts different from those that previously informed their global meaning systems.

The refugee trauma literature has given some attention to aspects of refugees' belief systems, namely the role of religion and spirituality that anchor global meaning systems, or assumptions about the world, self and others (ter Heide, Sleijpen, & van der Aa, 2017). However, this work has focused on how those beliefs inform coping strategies or meanings made of trauma, rather than on pre-trauma meaning systems. By that point of the journey, goals and beliefs have inevitably been impacted, through varying degrees of acculturation, by place and setting, which are crucial in restoring refugees' sense of meaning and ability to live hopeful lives (Sampson & Gifford, 2010).

Situational meaning of refugee trauma

The persecution and subsequent forced migration to which refugees are subjected is plagued with potentially discrepant events, whether individually experienced, witnessed or feared. Those may require constant appraisal to determine consistency with refugees' global meaning systems.

As with other populations, resilience, coping styles or social support play fundamental protective roles from the adverse effects of trauma in refugees (Chan et al., 2016; Weine et al., 2014). However, there are aspects specific to the refugee experience that need to be carefully considered, namely how post-migration contextual stressors impact resilience, how refugees' cultures determine their coping strategies, or how protective agents and resources within refugee communities may frequently be overwhelmed and unprepared. Of note, protective factors that speak to the normalcy and expectation of violence in the refugee experience, such as 'psychological preparedness for trauma' in survivors of politically-motivated torture in Turkey (Başoğlu et al., 1997), have also been identified in the literature.

Search for meaning

But what prompts meaning-making process(es) in refugees? And which point(s) in their journeys? Although very little is known about what

initiates automatic and/or deliberate meaning-making in refugees, one aspect that has been addressed in the literature is the benefit of narrative processes to reorganize memories and integrate discrepant events (Morkved et al., 2014).

Additionally, studies with refugee populations indicate that searching for and finding meaning are ongoing processes of resolving discrepancies, and that strategies that were at one point adaptive, might become maladaptive under different circumstances, prompting a new search for meaning. Goodman (2004) found that the avoidant behaviors that had allowed the Lost Boys of Sudan to survive years of continuous danger and violence in Sudan, Ethiopia and then Kenya, were likely to become maladaptive long term in resettlement, while Southeast Asian unaccompanied refugee minors, who had successfully adapted to life in refugee camps, showed increased distress in resettlement due to lack of familiarity with cultural norms (Bromley, 1988).

Despite it being essentially an individual process, the literature also points towards the need to look at the role of community in meaning-making and recovery after refugee trauma. As such, social support seeking was found to be ineffective in reducing distress in resettled refugees from more than 30 countries, due to their often small, equally traumatized social networks (Huijts, Kleijn, Emmerik, Noordhof, & Smith, 2014), while resettled Karen refugees required their coping processes to be framed collectively by repairing damaged community structures, cultural beliefs and values, and strengthening indigenous strategies for problem-solving (McClearly, 2016).

Meanings made of the refugee experience

What, then, are the outcomes of the search for meaning? As we have seen, culture and community shape the subjective and collective meaning of trauma during refugees' trajectories, to the point where meaning-making may not even be possible in isolation (Henrickson et al., 2013). To the extent that refugees are able to regain control over their histories and journeys, and as agents with authority over their own narratives, refugees are also able to make different adaptive meanings. As an example, Burmese refugees made meaning of their suffering and ongoing persecution prior to fleeing through political resistance, whereas their

flight process was subsequently imbued with a sense of purpose (Shakespeare-Finch, Schweitzer, King, & Brough, 2014). Further, in some of the few studies that specifically looked at the meanings made of refugee trauma, refugees from Burundi resettled in Australia, endorsed silence as a meaning made (Puvimanasinghe et al., 2014), whereas in Armenian survivors of collective trauma, the presence of meaning was endorsed through forgiveness (Toussaint et al., 2017).

DISCUSSION

The ability to make meaning and thrive despite adversity is, as we have seen, an intricate process. In refugees, meaning-making is further complicated by added layers of complexity associated with the refugee experience. And yet, refugees are able to achieve growth and psychological adjustment, making it all the more urgent to thoroughly explore all aspects of their meaning-making process. However, very few studies have specifically investigated the construct of meaning. The processes and outcomes identified above were, by and large, from research aimed at identifying factors contributing to psychological adjustment in refugees, such as aspects of coping or resilience, but provide rich insight into the complexity of the process and pave the way to exploring different aspects of meaning-making in refugees.

There is a long road ahead in understanding the full complexity of meaning-making processes in refugee populations throughout their trajectories of flight and perceived posttraumatic growth. The literature gives us clues towards considering meaning-making a journey rather than an endpoint, which may be particularly relevant in the case of refugee populations. If refugees are able to make different meanings throughout their flight journeys as the literature seems to suggest, a good starting point for researchers will be to investigate what triggers search for meaning. Above all, insight into how these survivors, individually and collectively, make sense of their trauma requires of us, as researchers, the ability to recognize in refugees their own agency and the wealth of personal and

community resources that allow them to thrive and grow despite the trauma and violence.

REFERENCES

- Başoğlu, M., Mineka, S., Paker, M., Aker, T., Livanou, M., & Gok, S. (1997). Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine*, 27(6), 1421-1433. doi: 10.1017/S0033291797005679
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(29), doi: 10.1186/s12914-015-0064-9
- Bromley, M. (1988). Identity as a central adjustment issue for the Southeast Asian unaccompanied refugee minor. *Child and Youth Care Quarterly*, 17(2), 104-114. doi: 10.1007/BF01261353
- Chan, J., Young, M., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian Psychology*, 57(4), 291-299. doi: 10.1037/cap0000065
- Davis, C., Wohl, M., & Verberg, N. (2007). Profiles of Posttraumatic Growth Following an Unjust Loss. *Death Studies*, 31(8), 693-712. doi: 10.1080/07481180701490578
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-14. doi: 10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Goodman, J. H. (2004). Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1177-1196. doi: 10.1177/1049732304265923
- Henrickson, M., Brown, D., Fouché, C., Poindexter, C., & Scott, K. (2013). 'Just talking about it opens your heart': Meaning-making among black African migrants and refugees living with HIV. *Culture, Health & Sexuality*, 15(8), 910-923., doi: 10.1080/13691058.2013.790076
- Huijts, I., Kleijn, W., Emmerik, A., Noordhof, A., & Smith, A. (2012). Dealing with man-made trauma: The relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 71-78. doi: 10.1002/jts.21665

- Hussain, D., & Bushan, B. (2011). Posttraumatic stress and growth among Tibetan refugees: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Journal of Clinical Psychology, 67*(7), 720-735. doi: 10.1002/jclp.20801
- Lim, B, Valdez, C., & Lilly, M. (2015). Making meaning out of interpersonal victimization: The narratives of IPV survivors. *Violence against women, 21*(9), 1065-1086. doi: 10.1177/1077801215590670
- McCleary, J. (2016). Applying a collective resilience framework to refugees' perceptions of recovery from harmful alcohol use. *Traumatology*, Advance online publication. doi:10.1037/trm0000086
- Michael, S.T. & Snyder, C.R. (2005). Getting unstuck: The roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death Studies, 29*(5), 435-458. doi:10.1080/07481180590932544
- Morkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L., Holen, D., Milde, A., Bomyea, J., & Thorp, S. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clinical Psychology Review, 34*, 453-467. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.005
- Park, C. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin, 136*(2), 257-301. doi:10.1037/a0018301
- Park, C., & George, L. (2013). Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches. *The Journal of Positive Psychology, 8*(6), 483-504. doi:10.1080/17439760.2013.830762
- Puvimanasinghe, T.; Denson, L.; Augostinos, M.; & Somasundaram, D. (2014). Narrative and silence: How former refugees talk about loss and past trauma. *Journal of Refugee Studies, 28*(1), 69-92. doi:10.1093/jrs/feu019
- Ramos, C., Leal, I., & Tedeschi, R. G. (2016). Protocol for the psychotherapeutic group intervention for facilitating posttraumatic growth in nonmetastatic breast cancer patients. *BMC Women's Health, 16*, 22. doi: 10.1186/s12905-016-0302-x
- Sampson, R. & Gifford, S. (2010). Place-making, settlement, and well-being: The therapeutic landscapes of recently arrived youth with refugee backgrounds. *Health and Place, 16*(1), 116-131. doi:10.1016/j.healthplace.2009.09.004
- Schok, M.L., Kleber, R.J., Elands, M., & Weerts, J. (2008). Meaning as a mission: A review of empirical studies on appraisals of war and peacekeeping experiences. *Clinical Psychology Review, 28*, 357-365. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.005

- Shakespeare-Finch, J., Schweitzer, R., King, J. & Brough, M. (2014). Distress, coping, and posttraumatic growth in refugees from Burma. *Journal of Immigrant and Refugee Studies*, 12(3), 311-330. doi: 10.1080/15562948.2013.844876
- Schubert, C. & Punamaki, R-L. (2011). Mental health among torture survivors: Cultural background, refugee status and gender. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(3), 175-182. doi:10.3109/08039488.2010.514943
- ter Heide, F., Sleijpen, M., & van der Aa, N. (in press). Post-traumatic world assumptions in treatment-seeking refugees. *Transcultural Psychiatry*. Accepted for publication June 2016.
- Toussaint, L., Kalayjian, A., & Diakonova-Curtis, D. (2017). Forgiveness makes sense: Forgiving others enhances the salutary associations of meaning-making with traumatic stress symptoms. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 23(1), 85-88. doi:10.1037/pac0000187
- Updegraff, J., Silver, R., & Holman, E. (2008). Searching for and finding meaning in collective trauma: Results from a national longitudinal study on the 9/11 terrorist attacks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 709-22. doi:10.1037/0022-3514.95.3.709
- United Nations High Commissioner for Refugees (2017). Global trends: Forced displacement in 2016. Retrieved from: <http://www.unhcr.org/5943e8a34.pdf>
- Weine, S., Ware, N., Hakizimana, L., Tugenberg, T., Currie, M., Dahnweih, G., ... Wulu, J. (2014). Fostering Resilience: Protective Agents, Resources, and Mechanisms for Adolescent Refugees' Psychosocial Well-Being. *Adolescent Psychiatry*, 4(4), 164-176. doi:10.2174/221067660403140912162410
- Wright, M. O'D., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22(7), 597-608. doi: 10.1007/s10896-007-9111-1

NOVOS SIGNIFICADOS PARA VELHAS PALAVRAS

Luana Cássia Costa Manso¹ (✉ luanamanso_@hotmail.com) & Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira¹

¹ PPGPSI – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil

A nossa sociedade é pautada num projeto sexista e hegemônico, onde todos os indivíduos, sejam homens ou mulheres, estão submetidos a sofrimentos, decorrentes das relações de poder hierarquizadas e verticais. No molde social binário, jovens moças e rapazes, na busca em atender às expectativas sociais que dizem respeito à feminilidades e masculinidades engendradas, podem se encaminhar para situações de risco e vulnerabilidades.

Com a implementação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340 de 2006), a violência de gênero se tornou efetivamente pauta na Política Pública Nacional brasileira e mesmo assim, seu índice permanece alarmante. Em 2015 o Brasil alcançou a 5ª colocação no *ranking* mundial referente ao feminicídio, e no mundo, três a cada cinco mulheres sofrem, ou sofrerão, violência ao longo de suas vidas. (La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales [FLACSO]; Organização Pan-Americana da Saúde [OPA-OMS]; Entidade das Nações Unidas [ONU Mulheres], 2015; Pedrosa & Zanello, 2016).

DISCUSSÃO

A violência é um fenômeno interacional que envolve aspectos individuais e interpessoais; conscientes e inconscientes em um contexto social inter-relacionado, tornando variadas e multifacetadas suas formas de manifestação (Bruhn & Lara, 2016; Dias & Neves, 2014). Dias e Neves

(2014) apontam a amplitude dos estudos sobre a violência conjugal em várias áreas conhecimento: Ciências Sociais, Psicologia, Psicanálise, História, Enfermagem, entre outras, delineando assim a complexidade e amplitude do tema que envolve os campos da saúde, judiciário e social.

As autoras, Bruhn e Lara (2016); e Dias e Neves (2014) explicam que a violência doméstica e conjugal, por ser construída pelo meio social e cultural, e entendida a partir do contexto histórico, durante um longo período, não foi reconhecida como um crime passível de punição. Timm, Pereira e Gontijo (2011) atribuem a visibilidade atual da violência doméstica às contribuições dadas pelas teorias feministas que, ao analisá-las politicamente, trouxeram à tona o molde opressivo reproduzido na construção das relações de gênero. Com o ganho de visibilidade social, abre-se espaço para críticas e contestação, além do incentivo às denúncias e a pressão ao Estado pela criação de políticas públicas.

A partir da década de 1970, o movimento feminista articulado com a psicologia começou a ganhar espaço, impulsionado pela segunda onda do feminismo, assumindo compromissos políticos com a mudança social por considerar os ecos das questões de gênero e os papéis sociais e sexuais de homem e mulher na construção das relações familiares e na sua interação com o meio social, reconhecendo e legitimando lugar de poder e vulnerabilidade dentro do sistema patriarcal (Sant'anna & Penso, 2015). A partir dos anos de 1990 a psicologia começa a deixar para trás referências e teorias essencialistas, que consideravam como naturais e biológicas as diferenças entre homens e mulheres, incorporando um modelo aprimorado que reconhece o gênero dentro de um sistema complexo de relações de poder, devendo também reconhecer as influências causadas pelas antigas perspectivas hegemônicas de sociedade (Costa, Nardi, & Koller, 2017; Saavedra, 2013). Acrescentando também, uma dimensão social ao modelo essencialista em que se pautavam as diferenças sexuais e de gênero, trazendo a historicidade e institucionalização desses fatores, ao assumir que o conhecimento é socialmente construído e situado. Na contemporaneidade, esta perspectiva lança olhar para a diversidade nas construções de relações e identidades entre homens e mulheres e pretende apontar para uma concepção de gênero não essencialista, pluralista e não patológica, reconhecendo o campo de sexualidade e gênero como dinâmico e interativo (Costa et al., 2017; Von Muhlen & Sattler, 2016).

Diversos autores indicam que o gênero faz referência às relações que constroem, e sustentam, dialeticamente expectativas sociais femininas e masculinas (Costa et al., 2017; Silva, 2013). Então, para se enfrentar a violência doméstica e familiar contra a mulher faz-se necessário considerá-la efetivamente como uma violência de gênero, em sua dimensão relacional, articulada com suas marcações políticas, históricas e culturais. Conforme Dias e Neves (2014) a partir da década de 1990 novos olhares sobre o fenômeno da violência conjugal também começaram a ganhar espaço. Estudiosos e pesquisadores passaram a entender a mulher e o homem não apenas como agredida e agressor, e começam a analisar os lugares ocupados por ambos, no vínculo amoroso-violento, situando-os num espaço social que constitui o cenário das desigualdades de gênero (Silva, 2013). Ainda Silva (2013) coloca as diferenças entre meninos e meninas, que influenciam e reforçam a ideologia das desigualdades, como evidenciadas desde o nascimento em sociedade, sem precisarem ser justificadas se atenderem às normas de gênero e sexo biológico, instituindo o padrão socialmente reconhecido do que significa ser menino ou menina, propagando e interiorizando as performances esperadas de cada gênero tradicionalmente, de maneira hierarquizada e naturalizada.

Se tradicionalmente o espaço privado era destinado às mulheres, pela representação dos papéis considerados femininos de esposa, mãe e dona de casa, a socialização feminina nos dias atuais ainda é marcada pelo lugar de silêncio, a esfera pública e social é onde as mulheres, constantemente, devem estar atentas ao seu comportamento, à sua roupa e a sua forma de falar ou se expressar (Zanello, Fiuza, & Costa, 2015). A violência praticada na esfera privada é um dos efeitos da hierarquia organizadora dos gêneros em sociedade, como coloca Timm e colaboradores (2011), e deve ser interpretada como uma questão política a ser colocada em evidência no mundo público, para que possa ser discutida e partilhada. Medrado, Lemos e Brasilino (2011) referem que, trazer tipos de violência a público, é uma forma eficaz de enfrentar a naturalização das mesmas.

A possibilidade da denúncia da violência sofrida no espaço privado, atua como um mecanismo de legitimação do sofrimento enfrentado, porém a efetivação da denúncia ainda ocupa uma “*posição de tensão privado e o público, entre o antigo e o moderno, entre a barbárie e a política, entre a heteronomia e a autonomia*” (Timm e colaboradores., 2011, p. 252). O silêncio de muitas mulheres diante de situações de

violência deve-se ao fato de que as mesmas se encontram sob o domínio de formas de violência simbólicas, que se mantêm pela cultura patriarcal, alimentadas pela ordem social e permitidas pelo estado (Silva et al., 2015). Portanto, as relações conjugais e familiares são até os dias atuais, marcadas pela presença de violências pautadas pelo silêncio e segredo; instituídas como normas culturais, gerando tolerância e permissividade no que diz respeito à negligência dos corpos femininos.

Apesar do caráter bidirecional de um vínculo violento, a violência doméstica constitui a maior causa de ferimentos femininos em todo o mundo e é a principal causa de morte de mulheres entre 14 e 44 anos (Dias & Neves, 2014; Diniz, 2017).

No Brasil, a expectativa de violência sobre o feminino segue em escala crescente. Diniz (2017) aponta que cerca de 35% das enfermidades e queixas médicas das mulheres são decorrentes da presença de violência nas relações conjugais. Segundo Bruhn e Lara (2016), apesar da discussão sobre violência contra a mulher e violência doméstica ser reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1990 como um grave problema de saúde, o Estado brasileiro só criou uma legislação específica contra esse tipo de violência depois do ano 2000.

“Apenas em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (Lei nº 10.683; Brasil, 2003); em 2006, foi decretada a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.304; Brasil, 2006); e, em 2009, a Política de Atenção à Saúde do Homem (Portaria nº 1.944; Brasil, 2009)” (Murta, Santos, Martins, & Oliveira 2013, p. 128).

De acordo com Murta e colaboradores (2013), as razões para os altos índices de violência no Brasil, a baixa produção de políticas públicas efetivas e a negligência aos indivíduos em situações violentas, estão relacionadas à tolerância da sociedade para com a violência entre parceiros íntimos e para com as desigualdades de gênero.

A Lei Nº 11.340/06 define, em seu texto, os tipos de violência que podem estar presentes em qualquer relação íntima de afeto e institui ações que visam a proteção das mulheres inseridas em situações de violência, juntamente com a implementação de políticas públicas e programas de atendimentos, de cunho educativo e não somente punitivo, a homens e/ou lésbicas autores de violência conjugal contra a mulher. O Artigo 7º da referida lei define que os tipos de violência são: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. (Bruhn & Lara, 2016; Diniz, 2017). Von Muhlen e

Sattler (2016) mencionam que a violência contra as mulheres vai além da agressão física ou verbal dirigida, mas se apresenta também, quando estas são impedidas de viverem suas vidas livremente pois precisam atender aos papéis esperados de uma mulher, em sociedade. Neste sentido, a violência alcança o âmbito subjetivo, através das construções históricas que dizem respeito a cada gênero. As expectativas sociais, e a dificuldade em atendê-las, podem também, conduzir homens e mulheres a manifestarem sofrimentos psíquicos de formas distintas, baseados nos estereótipos de gênero.

O estudo realizado por Zanello e colaboradores (2015) com informações de prontuários de homens e mulheres atendidos no Centro de Atenção Psicossocial de uma capital Brasileira, revela que o dispositivo da maternidade e o dispositivo amoroso e conjugal foram apontados pelas pacientes, como principais causas de sofrimento, juntamente com a violência física e sexual; quanto aos homens, a virilidade surgiu como principal tema de sofrimento multi-facetado, nos seus aspectos sexuais, laborais e físicos, juntamente com a vulnerabilidade socioeconômica. (Zanello et al., 2015).

Falando de suicídio e diferença entre os gêneros, Braga e Dell’Aglio (2013) apontam que em diferentes culturas, destacam-se indivíduos do sexo masculino, adultos e solteiros, como principais autores de suicídio consumado. Em contrapartida, as tentativas de suicídio, de maneira geral, são cometidas em maior número pelas mulheres. Entende-se que parte das mulheres que vive conjugalidades marcadas por agressões físicas ou morais podem experimentar sintomas de estresse pós-traumático, medo e ansiedade generalizados; sentimento de evitação e de constrição afetiva em decorrência da violência enfrentada. Segundo Diniz (2017), o estresse e o desgaste causados pelas manifestações de violência, são colocados como fatores que corroboram para que, em cada cinco anos, mulheres percam um ano de vida em função da violência.

Pedrosa e Zanello (2016), apontam para uma ideia frequentemente assumida socialmente, a de que o autor de violência seria alguém mau ou cruel, atribuindo uma função simplista de causalidade às ações desse sujeito. “Existe ainda uma tendência à culpabilização da mulher devido a uma visão prevalente na cultura que vê a mulher como precipitadora, facilitadora e coadjuvante na situação de violência” (Diniz, 2017, p. 33).

Na procura por acolhimento físico e emocional, mulheres acabam inseridas em uma maior quantidade de processos interventivos, e no que diz respeito ao campo da saúde, uma das alternativas é o uso de psicofármacos, causando um encontro entre o uso das medicações aos altos índices de sofrimento psíquico feminino. Pedrosa e Zanello (2016) criticam o movimento de medicalizar excessivamente as mulheres em sofrimento, sem considerar a história vivida por trás dos sintomas, reduzindo-as à suas condições psiquiátricas.

Na busca por uma melhor qualidade de vida para a população em geral, diversos autores (Medrado et al., 2011; Murta et al., 2013; Saavedra, 2013) indicam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas nas áreas da educação, da saúde, de gênero e dos direitos humanos no contexto nacional Brasileiro.

Medrado e colaboradores (2011) referem que é necessário superar barreiras culturais e institucionais, indo além dos binômios de proteção-punição, para compreensão das dinâmicas relacionais de gênero voltadas para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes, considerando os lugares ocupados socialmente não só pelo feminino, mas também pelo masculino.

Buscando o rompimento dos ciclos de violência familiar, Pedrosa e Zanello (2016) apontam que estratégias interventivas não são, necessariamente, adequadas para atender a demanda da violência atual do cenário brasileiro. É necessário um olhar ampliado sobre a construção e perpetuação do ciclo violento.

Murta e colaboradores (2013) indicam a necessidade da promoção de medidas interventivas na infância e adolescência, podendo configurar redução de danos, diminuindo progressivamente a necessidade de medidas punitivas. Saavedra (2013) salienta a importância de intervenções em pequenos grupos de jovens, possibilitando confrontos de ideias e visando a reflexão sobre a responsabilidade coletiva nas assimetrias de gênero e possibilidades de mudança, considerando contextos socioculturais distintos e as particularidades de suas construções discursivas. Murta e colaboradores (2013) levantam a hipótese que programas de conteúdo mais abrangente, que possam ensinar habilidades relacionais, questionando crenças sexistas, sejam mais eficazes do que os estritamente informativos. *“No sentido de capacitar jovens e adolescentes, não apenas a reconhecerem relações abusivas, mas a manejarem conflitos*

interpessoais sem agressão e a fortaleceram a qualidade de seus vínculos afetivos” (Murta et al., 2013, p. 129).

Sendo assim, é papel dos profissionais da saúde mental a atuação em práticas interventivas que possam auxiliar na gestão de emoções e conflitos relacionais, nomeando as violências praticadas e enfrentadas em sociedade, através da legitimação e do reconhecimento de sofrimentos individuais e coletivos, abrindo caminhos de reflexão e possibilidade de empoderamento, como forma de modificar situações de vulnerabilidade (Medrado et al., 2011; Pedrosa & Zanello, 2016). *“A ideologia da igualdade é uma barreira para a busca de equidade”* (Pedrosa & Zanello 2016, p. 3).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É tempo de repensar nossas relações humanas, para que, progressivamente, todos os indivíduos possam reconstruir o seu potencial participativo, de expressão e liberdade, sem dominação ou distinção. Dentro deste processo, é necessário situar o compromisso dos profissionais da saúde mental, orientado no sentido de discutir, debater e ressignificar as relações, para além das dualidades biológicas, expandindo formas de reconhecimento e expressão individual no plano de direitos humanos. É necessária também, a articulação com espaços de educação, formação e comunicação, para conseqüentemente, buscar-se um padrão de cidadania inclusivo e legítimo, para que haja possibilidade de promover igualdade nas diferenças, lutando por uma sociedade de indivíduos mentalmente e emocionalmente saudáveis.

Ainda que haja incertezas sobre métodos realmente eficazes de transformação social, acreditamos que agora é tempo de modificar concepções cristalizadas e abrir espaço para novas ideias e significações. A tomada de consciência nos leva a reconstruir formas de enfrentar desafios e ressignificar os sentidos construídos socialmente. É tempo de repensar o que significa ser humano.

REFERÊNCIAS

- Braga, L. L., & Dell’Aglío, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: Fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>
- Bruhn, M. M., & Lara, L. de. (2016). Rota crítica: A trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. *Revista Polis e Psique*, 6(2), 70-86. <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.63711>
- Costa, A. B., Nardi, H. C., & Koller, S. H. (2017). Manutenção de desigualdades na avaliação do gênero na psicologia brasileira. *Temas em Psicologia*, 25(1), 97-115. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-06>
- Dias, A. S. F., & Neves, A. S. (2014). A constituição do vínculo conjugal violento: Estudo de caso. *Vínculo*, 11(1), 8-15. Recuperado em 27 Nov. de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902014000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Diniz, G. R. S. (2017). Trajetórias conjugais e a construção das violências. *Psicologia Clínica*, 29(1), 31-41. Recuperado em 26 de Nov de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652017000100004&lng=pt&tlng=pt.
- FLACSO; OPA-OMS; ONU MULHERES; SPM. (2015). Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Recuperado em 24 Nov. 2017, de http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2015/11/MapaViolencia_2015_homicidiodemulheres.pdf.
- Medrado, B., Lemos, A. R., & Brasilino, J. (2011). Violência de gênero: Paradoxos na atenção a homens. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 471-478. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000300014>
- Murta, S. G., Santos, B. R. P., Martins, C. P. S., & Oliveira, B. (2013). Prevenção primária à violência no namoro: Uma revisão de literatura. *Contextos Clínicos*, 6(2), 117-131. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.62.05>
- Pedrosa, M., & Zanello, V. (2016). (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(spe). <https://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne214>
- Saavedra, L. (2013). Psicologia vocacional e feminismo crítico: do passado ao futuro. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 14(1), 7-17. Recuperado em 27 Nov. de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902013000100003&lng=pt&tlng=pt.

- Sant'anna, T. C., & Penso, M. A. (2015). *A violência contra a mulher na perspectiva da terapia feminista da família*. *Nova Perspectiva Sistêmica*, n. 53, p. 95-110. Recuperado em 25 Nov. 2017 de: <http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/149/100>.
- Silva, A. K. L S.. (2013). Diversidade sexual e de gênero: A construção do sujeito social. *Revista do NUFEN*, 5(1), 12-25. Recuperado em 26 Nov. de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912013000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, S. A., Lucena, K. D. T., Deininger, L. S. C., Coelho, H. F. C., Vianna, R. P. de T., & Anjos, U. U. (2015). Analysis of domestic violence on women's health. *Journal of Human Growth and Development*, 25(2), 182-186. <https://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103009>
- Timm, F. B., Pereira, O. P., & Gontijo, D. C. (2011). Psicologia, violência contra mulheres e feminismo: Em defesa de uma clínica política. *Revista Psicologia Política*, 11(22), 247-259. Recuperado em 27 Nov. de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Von Muhlen, B. K., & Sattler, M. (2016). Empoderando mulheres nas relações conjugais: Rumo à satisfação conjugal. *Pensando famílias*, 20(2), 192-201. Recuperado 26 Nov de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000200014&lng=pt&tlng=pt.
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: Facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1483>

INTERNET, MIGRAÇÕES E SAÚDE: PERCEÇÕES DE MULHERES BRASILEIRAS MIGRANTES E NÃO MIGRANTES

Lyria Reis¹ (✉ lyriareis@gmail.com)

¹ Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal

As migrações são uma realidade no mundo global onde *sites*, blogues e redes sociais são importantes fontes de informação. O conhecimento e a percepção que cada pessoa tem do mundo em que vive estão relacionados aos aspetos biológicos, socioeconómicos, históricos e culturais do próprio indivíduo e do meio em que vive e a informação obtida é interpretada a partir do conhecimento e vivências individuais (Gleitman et al., 2009). Nesta investigação analisamos alguns aspetos da influência da informação disponível na internet como motivação para uma migração internacional e a percepção de mulheres brasileiras não migrantes e imigrantes internacionais em diversos países sobre a migração e a saúde.

Migração, Percepção e Saúde

O Brasil é um país multicultural que, além dos povos originais indígenas, recebeu milhões de imigrantes de diversas origens étnico-culturais e nacionalidades ao longo da sua história (Ribeiro, 1995). A emigração de brasileiros é um fenómeno recente, a partir dos anos 1950 e 60 do século passado, que se intensificou com a crise económico financeira vivida pelo Brasil nos anos 1980 (Reis, 2013). Houve uma grande emigração de brasileiros nos anos 90 e na primeira década do século XXI. Os países que receberam um grande número de imigrantes brasileiros foram o Paraguai, os Estados Unidos, o Japão e alguns países europeus como Portugal, Espanha, Itália, Reino Unido, entre outros. A partir da crise económica de 2008 que afetou diversos países ocidentais, muitos brasileiros/as regressaram ao Brasil, época em que o país estava

numa boa situação económica. A partir de 2015, com a crise económica e política instalada no país, temos observado uma nova emigração de brasileiros e brasileiras. Atualmente o Ministério das Relações Exteriores do Brasil estima em pouco mais de 3 milhões de brasileiros/as residentes fora do Brasil (MRE-Brasil, 2015).

As nossas percepções são influenciadas pelo nosso conhecimento, sistema de valores, crenças e atitudes, organização social e política do mundo em que vivemos além da nossa cultura, que faz com que cada indivíduo tenha uma percepção diferente do mundo (Ramos, 2004; Reis, 2013). Neste sentido, uma informação pode ter significados diferentes e interpretações diferenciadas para duas pessoas que tenham culturas diferentes mesmo que tenham a mesma nacionalidade.

Do mesmo modo, a percepção sobre o estado de saúde, nas suas várias dimensões, é um processo de avaliação individual e está relacionada aos diversos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e culturais do meio em que a pessoa nasceu, cresceu e que vive (Piovesan, 1970; Ramos, 2004; Reis, 2013). Neste sentido, a auto-percepção sobre o estado de saúde é uma construção biopsicossocial e cultural de cada indivíduo acerca de sua saúde, que pode ser influenciada por diversas variáveis como o género, a idade, as (in)capacidades físicas, o nível de escolaridade, as condições económicas, etc. Esta percepção associa-se com o real estado de saúde das pessoas e está fortemente relacionada com medidas objetivas de morbidade e de usos de serviços de saúde (Cabral, 2002).

Em contexto migratório, a percepção sobre o estado de saúde e os fatores que poderão afetá-la poderão ser influenciados tanto pelas experiências pré-migratórias, no país de origem, como as pós-migratórias, experiências que influenciarão o processo de adaptação que poderá afetar a saúde mental e física dos migrantes. Pessoas que nunca migraram poderão construir uma expectativa muito diferente da realidade que encontrarão no país de acolhimento pois, diversos outros fatores que surgirão no novo país de residência poderão influenciar a saúde do migrante.

Internet e Blogues

Os computadores surgiram no Brasil ainda nos anos 1950 mas o primeiro computador foi construído no país no começo dos anos 1970. A

internet chegou em 1988 sendo usada inicialmente com experiências no meio acadêmico com a Rede Nacional de Pesquisadores (RNP), que atendia cerca de 500 instituições de ensino e pesquisa e uma comunidade estimada em 50.000 utilizadores até meados de 1994. Em 1995 havia somente um provedor nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro e, a partir deste ano, a internet passou a estar disponível ao público em geral (Carvalho, 2006). Na pesquisa TIC Domicílios 2015, realizada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br) e Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br), 58% da população brasileira usam a internet e os telemóveis são o dispositivo mais utilizado com 89% dos utilizadores (NIC.BR, 2016).

Os blogs ou Weblogs surgiram a partir dos anos 2000 com a internet 2.0 e se constituíam basicamente como um diário publicado na internet (Rodrigues, s/d). Atualmente existem milhões de blogs com diversos objetivos, de vários autores espalhados pelos diversos países do mundo. Se antes era exigido um nível de conhecimento específico para se escrever um blogue, atualmente o acesso a ter/manter/escrever um blogue é bastante mais simples com a disponibilização de plataformas gratuitas na internet com esse objetivo. Escrever um blogue é uma forma que muitas pessoas encontram para partilhar informação, para expressar opiniões, crenças, valores, etc. São também, neste sentido, um veículo importante de divulgação de informação e conhecimento sobre variados assuntos.

Muitos autores têm relacionado o aumento do número de migrantes internacionais à facilidade dos transportes no mundo atual e ao aumento da comunicação e da possibilidade de acesso à informação sobre outros países através da internet. No mundo globalizado em que a internet é uma importante fonte de informação a vários níveis, também poderá se constituir como uma fonte de informação para a migração.

O objetivo desta investigação foi conhecer a possível influência da informação disponível na internet e nos blogs como espaço de informação/comunicação virtual como motivação para as migrações internacionais através da percepção de mulheres brasileiras migrantes e não migrantes, leitoras de um blogue escrito por mulheres brasileiras migrantes internacionais em vários países que contam as suas experiências migratórias no país de acolhimento. A investigação também objetivou conhecer a percepção das participantes sobre a influência que a migração pode ter na saúde dos indivíduos.

MÉTODO

Procedimento

O projeto foi pensado e concebido a partir da leitura de blogues e blogueiros/as que relatam a sua experiência migratória e a importância da informação disponibilizada na internet que pode subsidiar uma migração internacional no mundo atual globalizado. A investigação é transversal, qualitativa, quantitativa e realizada em ambiente virtual.

O projeto de investigação foi apresentado à autora/idealizadora do blogue “Brasileiras pelo Mundo” (BPM) (www.brasileiraspelomundo.com), um blogue colaborativo e voluntário, *online* desde junho de 2012 onde mulheres brasileiras imigrantes em diversos países escrevem sobre os países onde residem e suas experiências de migração. Foi pedida autorização para a realização da pesquisa. Com a concordância da idealizadora do blogue foram criados dois questionários com perguntas fechadas e abertas, no Google Docs, disponibilizados *online* e divulgados através da partilha em redes sociais no segundo semestre de 2015. Os inquéritos foram respondidos por leitores e leitoras do blogue, um para residentes no Brasil e outro para residentes fora do Brasil. Os questionários foram constituídos por um enquadramento sociodemográfico e perguntas sobre migração e saúde. Para cumprir os critérios éticos da pesquisa, as participantes deveriam concordar com o termo de esclarecimento e consentimento que garantia o anonimato e confidencialidade dos dados, disponível na primeira página do inquérito e, após concordar e aceitar, podia continuar a participação. Os dados recolhidos foram analisados através de estatística descritiva e análise de conteúdo temática.

Participantes

Participaram desta investigação 39 brasileiras residentes no Brasil e 43 residentes no exterior, leitoras do BPM. Na altura da realização do estudo empírico e recolha de dados o BPM tinha 155 autoras, mulheres brasileiras residentes em 67 países e mais de 1,5 milhão de visualizações. Em outubro de 2017, o separador “Autoras” contava mais de 300 mulheres e mais de

3000 *posts* publicados. O BPM tem mais de 40.000 seguidores/as na página do blogue no *Facebook* e mais de 7000 no *Instagram*.

Quadro 1

Características Sociodemográficas da Amostra

		Residentes no Brasil		Residentes no Exterior	
		nº	%	nº	%
Participantes		39	100	43	100
Faixa etária	18-24 anos	6	15,4	3	7,0
	25-34 anos	10	25,6	19	44,2
	35-44 anos	13	33,3	14	32,6
	45-54 anos	7	17,9	6	14,0
	55 ou mais	3	7,7	1	2,3
Estado Civil	Solteira	19	48,7	12	27,9
	Casada / União de facto	12	30,8	30	69,8
	Divorciada	8	20,5	1	2,3
Escolaridade	Ensino Básico incompleto	2	5,1	0	0
	Ensino Secundário completo / equivalente	13	33,3	5	11,7
	Ensino Superior completo	8	20,5	17	39,5
	Pós-graduação / especialização	12	30,8	13	30,2
	Mestrado / Doutoramento	4	10,3	8	18,6

Das mulheres residentes no Brasil 25 (64,1%) já tinham mudado de cidade ou estado dentro do Brasil e 23 (53,5%) das residentes no exterior também já tinham sido migrantes no Brasil. Das residentes no Brasil, a maioria vivia no estado de São Paulo (17 - 43,6%) e Minas Gerais (5 - 12,8%). As residentes no exterior viviam em Portugal (13 mulheres), França (4), Inglaterra (4), Bélgica (3), China (3), Espanha (3), Dinamarca (2), Itália (2), Nova Zelândia (2), Angola (1), Argentina (1), Áustria (1), Emirados Árabes Unidos (1), Estados Unidos (1), Estônia (1) e Irlanda (1).

RESULTADOS

No inquérito disponibilizado para as participantes perguntamos se elas achavam que a informação disponível na internet pode contribuir para que uma pessoa mude de país. Na avaliação dos dados recolhidos nesta investigação verificamos que 37 mulheres residentes no Brasil (94,9%)

acreditam que a informação disponível na internet pode contribuir para uma migração internacional conforme os relatos de algumas participantes: *“Sim, a internet mostra a realidade dos fatos, qualquer pessoa interessada em ver a verdade pode comprovar através de internet somando com a facilidade de comunicação com quem está em outro país”*; *“Sim, eu mesma já pesquisei várias vezes sobre o assunto em blogs e as experiências de outras pessoas já me fizeram considerar a possibilidade inúmeras vezes”*; *“Certamente, muitas pessoas tem esse desejo mas não conhecem os meios. A internet é uma excelente fonte de informação”*. A maioria das mulheres (89,7%) evidencia o lado positivo da informação disponível contudo, algumas também visualizam que pode haver pontos negativos *“Creio que contribuem decisivamente para os que buscam sair para estudar ou melhorar as condições financeiras. No entanto, o desconhecimento sobre as condições de trabalho para estrangeiros cria ilusões que podem levar a frustrações”*. Apenas duas mulheres responderam negativamente à questão, mesmo assim, consideram que a informação disponível pode ajudar, conforme a fala da participante: *“Não, as pessoas que deixam o país fazem por desejos particulares. As informações disponíveis na Internet só vêm a acrescentar na construção do projeto de viver fora”*. Apesar de 37 mulheres acreditarem que a informação disponível na internet seja importante fator de motivação para uma migração, 10 mulheres (25,6%) referem que não emigrariam com base na informação obtida através desta fonte. As mulheres residentes no Brasil referem conhecer 16 pessoas que mudaram do Brasil para outro país apenas com a informação obtida na internet enquanto as residentes no estrangeiro dizem conhecer 7 pessoas que emigraram com base nesta informação.

Quanto à saúde, perguntamos para as mulheres residentes no Brasil se elas achavam que a sua saúde poderia ser afetada pela migração e 25 (64,1%) responderam negativamente enquanto 14 (35,9%) acreditam que a saúde poderia ser afetada. Entre as mulheres que pensam que a migração poderá afetar a saúde 5 (12,8%) consideram que a saúde pode melhorar: *“Acho que a saúde mudaria pra melhor, pois não sofreria o stresse resultante da falta de segurança no Brasil”*; *“Para melhor. Diminuiria muito o stresse e as preocupações”*; *“No Brasil existe muito stresse e situações que temos que nos conformar e aceitar como a violência, caos no transporte público, luta para sobreviver com empregos que não*

remuneram o digno para se viver com moradia, lazer, transporte e alimentação, caos na saúde e atualmente o desastre no cenário político e a quebra da economia. Em outro país não é “luxo” poder pagar por uma alimentação saudável, nem o constante stresse com o descaso do transporte e a violência. Todo dia sair de casa com medo de ser assaltado ou de algo pior. Em um país com o mínimo de condições para se viver, também oferece melhor qualidade de vida, refletindo na saúde”. As mulheres que pensam que a saúde poderia melhorar avaliam a situação a partir das suas condições no país de origem relatando principalmente o stresse vivenciado no seu dia-a-dia refletindo na sua saúde. Neste sentido, acreditam que mudar de país poderá reduzir o stresse que vivenciam e assim a saúde melhoraria.

Outras 9 mulheres (23,1%) acham que a saúde pode piorar com a migração e os fatores estariam relacionados às condições do país de destino, como vemos nestes relatos: *“Dependendo do país, ela seria afetada pela diferença climática”*; *“Tenho plano de saúde no Brasil e confio nos médicos aqui, fora do Brasil (dependendo do lugar) a saúde é precária, médicos mal preparados e desinteressados”* e também pela saudade inerente à condição daquele que vive longe da família e amigos: *“Talvez por saudade, por falta de identificação, melancolia”*; *“Acredito como profissional de saúde que o bem-estar emocional também se encaixe em saúde. E enfrentando as dificuldades de se morar como estrangeiro pra sempre, essa saúde mental fique abalada. Você sempre será um estranho em uma terra estranha, sem histórias de infância”.*

Perguntamos às mulheres residentes no estrangeiro se elas achavam que a sua saúde tinha sido afetada pela migração: 19 (44,2%) disseram que não e 24 (55,9%) responderam afirmativamente à pergunta. Contudo, quando questionamos como sentiam a sua saúde após a migração, comparativamente ao tempo em que viviam no Brasil, 29 mulheres (67,4%) disseram que a saúde está igual, 8 (18,6%) informaram que a saúde está pior e 6 delas (14,0%) referiram um melhor estado de saúde.

Para compreender as diferenças entre a avaliação que fizeram sobre o efeito da migração na saúde é necessário recorrer às falas das imigrantes. Algumas mulheres referiram uma melhoria na saúde: *“Minha alimentação melhorou e o fato de não precisar de carro o tempo todo me fez emagrecer”* (imigrante na Bélgica); *“Me sinto mais saudável, com mais*

disposição. Acredito que por causa do ar limpo” (imigrante na Nova Zelândia).

As falas das mulheres que consideraram o estado de saúde pior depois da migração estão relacionadas a vários fatores como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à falta de atividade física, ao stresse vivenciado pela condição de imigrante: *“No Brasil eu costumava caminhar e me exercitar diariamente. Aqui passei a ter uma vida mais sedentária, pois se usa o carro para tudo, além de termos menos tempo para exercitar já que empregada doméstica e babá são um luxo difícil de ter”* (imigrante nos Estados Unidos); *“Maior stresse devido ao ritmo puxado e dificuldades financeiras, síndrome do pânico, depressão por falta de amigos e saudades do Brasil”* (imigrante na Estônia); *“Porque não posso ir no especialista logo quando tenho um problema”* (imigrante na Inglaterra); *“A discriminação e a solidão me fizeram entrar em depressão, com episódios suicidas e ataques de pânico”* (imigrante na Irlanda). Algumas mulheres consideram que as dificuldades foram maiores nos primeiros tempos da migração conforme o relato de uma imigrante na Bélgica: *“No início, as diferenças de clima, humidade, comida e tudo, provocaram queda de cabelo, pele bem seca, rachaduras na boca, pele pálida, etc. Considerando também o stresse imenso passado na burocracia para obter uma documentação, que me deixou deprimida”*.

DISCUSSÃO

A *internet* (sites e blogues) tem sido um importante meio de informação e comunicação no mundo globalizado mas esta informação muitas vezes é fragmentada e nem sempre inclui toda a realidade vivida pelo imigrante. Após ser lida pelo não-migrante, a informação é interpretada com base na sua própria realidade e poderá criar expectativas idealizadas sobre aquele “mundo distante”. Caso uma pessoa decida pela migração, as expectativas poderão não condizer com a nova realidade encontrada no país de acolhimento.

Concluimos que a informação disponível na *internet* pode influenciar a decisão de emigrar conforme referiu a maioria das participantes desta

investigação. As participantes desta investigação têm diferentes percepções sobre a saúde que têm e que poderão ter após a migração. Algumas acreditam que a saúde poderá melhorar enquanto outras pensam que a saúde poderá piorar, dependendo das vivências e das expectativas criadas sobre o efeito de uma migração internacional nas suas vidas.

Conhecer as motivações para emigrar e os contextos socioculturais pré e pós-migração dos/as migrantes são fundamentais para um adequado processo de adaptação, integração e boa saúde no país de acolhimento.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério das Relações Exteriores (2015). *Estimativas populacionais das comunidades no Mundo, 2015*. Disponível em <http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/a-comunidade/estimativas-populacionais-das-comunidades/Estimativas%20RCN%202015%20-%20Atualizado.pdf>
- Carvalho, M. S. R. M. (2006). *A Trajetória da internet no Brasil: Do surgimento das redes de computadores à instituição dos mecanismos de governança*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Sistemas e Computação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J. & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 8ªed
- NIC.BR (Ed.). (2016). *TIC Domicílios 2015. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros*. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil. Disponível em: http://www.nic.br/media/docs/publicacoes/2/TIC_Dom_2015_LIVRO_ELETRONICO.pdf
- Piovesan, A. (1970). Percepção cultural dos fatos sociais: Suas implicações no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 4(1), 85-97. São Paulo Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v4n1/13.pdf>
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Reis, L. M. (2013). *Migração, saúde e qualidade de vida. Brasileiros residentes na região de Lisboa*. Tese de doutoramento em Psicologia. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, D. (1995). *O povo brasileiro: A formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.

Rodrigues, C. (s/d). Blogs: Uma Ágora na net. *Agora.Net* # 4. *Revista sobre novos media e cidadania*. LABCOM-UBI. Disponível em <http://labcom-ifp.ubi.pt/files/agoranet/04/rodrigues-catarina-blogs-agora-na-net.pdf>

FLORESCIMENTO, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Maria Cristina Faria¹ (✉ mcfaria@ipbeja.pt)

¹Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja, Portugal

A perspetiva desenvolvimental do processo de envelhecimento compreende os mais velhos da nossa sociedade como “pessoas a desenvolver e a capacitar” possibilitando a compreensão dos humanos deste período de vida e a identificação do conjunto de ajustamentos individuais necessários face às mudanças ocorridas no *self* (alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência). Podemos destacar três vertentes neste processo (Fonseca, 2005): (1) o potencial de desenvolvimento; (2) a capacidade adaptativa; e (3) os limites dessa capacidade adaptativa. Nesta perspetiva as pessoas mais velhas são competentes e apresentam uma capacidade de adaptação ao envelhecimento, que lhes permite saberem lidar com as situações e os problemas decorrentes da transição e com as implicações da mudança decorrentes do envelhecimento, conhecendo e aceitando os seus limites. Na abordagem teórica ao desenvolvimento humano podemos encontrar as seguintes características (Fonseca, 2010, p. 127): (1) relação entre as variáveis *nature/nurture* e continuidade/descontinuidade, no decurso do desenvolvimento humano; (2) integração de todos os níveis de organização definidos pela ecologia do desenvolvimento humano (do biológico e fisiológico ao cultural e histórico); (3) regulação desenvolvimental através de uma influência mútua da genética ao funcionamento mental, ao comportamento, à cultura e sociedade e à história; (4) plasticidade no desenvolvimento humano (o sistema desenvolvimental é caracterizado por um potencial para a mudança ao longo do tempo); (4) plasticidade relativa (regulação do desenvolvimento imposta, por questões biológicas ou contextuais, pode simultaneamente

facilitar ou constranger oportunidades para a mudança, pelo que a magnitude da plasticidade pode variar ao longo do ciclo de vida). De acordo com o autor, ao combinarmos estas variáveis encontramos a base para as mudanças de ordem intraindividual e para a diversidade intraindividual, observando-se ao longo do ciclo de vida a evidência da plasticidade do sistema desenvolvimental.

A capacidade dos humanos se auto-atualizarem positivamente enquanto pessoas em desenvolvimento possibilita-lhes uma gestão harmoniosa das suas vidas. Tomar consciência do seu próprio processo de envelhecimento e compreendê-lo de uma forma positiva permite-lhes estarem abertos a novos desafios, e conseqüentemente, encontram-se mais dispostos a vivenciarem experiências diferentes e a delinarem um novo projeto de vida. Por isso, os mais velhos da nossa sociedade não só vivem mais tempo do que os seus antepassados como apresentam competências resilientes que lhes permitem fazer face aos problemas da vida, constituindo-se como modelos para as novas gerações (Faria, 2014). Muitos deles são ativos na sociedade, seja ao nível da participação na família, na comunidade, na empresa, na política e no ambiente. Outros apresentam dificuldades na adaptação das suas vidas ao seu próprio processo de envelhecimento (reforma, doenças crónicas, transições, isolamento, solidão). Podemos dizer que cada um tem o seu envelhecimento e que é a forma pessoal de compreender esta fase da vida, o seu conhecimento, a capacitação, a qualidade dos seus relacionamentos, as escolhas e as decisões tomadas em devido tempo que determinam a sua diversidade com mais ou menos bem-estar. A origem da variedade das trajetórias desenvolvimentais ao longo da velhice pode ser explicada através das modificações de natureza biológica e psicológica a que qualquer indivíduo está sujeito à medida que a idade avança (Fonseca, 2010). De acordo com Bronfenbrenner (2005, cit. Fonseca, 2010) a multiplicidade de trajetórias desenvolvimentais pode ser explicada através do “elemento relacional”, isto é, através das relações que os indivíduos estabelecem com pessoas e instituições que encontram nos respectivos contextos sociais (família, redes informais de relações, vizinhança, comunidade, sociedade, cultura e segmento da história). No quotidiano de uma personalidade em devir as relações que se estabelecem entre a “pessoa-em-desenvolvimento” e os múltiplos sistemas definidos pela

ecologia do desenvolvimento humano parecem ser determinantes para o funcionamento humano.

Envelhecimento Saudável

O envelhecimento surge associado a determinadas fragilidades físicas, mentais e sociais que é preciso prevenir ou saber identificar para poder aprender a lidar com elas e alcançar bem-estar e qualidade de vida. Efetivamente, as evidências mostram que as doenças e as incapacidades, em particular, as doenças crônicas degenerativas surgem por vezes nesta faixa etária e afetam a capacidade funcional. Como é compreensível, quanto maior for a fragilidade maior é o risco de incapacidade, institucionalização, hospitalização e morte (Strandberg, Pitkälä, & Tilvis, 2011), por isso, é importante estar atento aos sinais. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) chama a atenção para a realidade contemporânea da população em processo de envelhecimento e de como esta pode encontrar desafios globais, nacionais, e locais. Em particular refere sete desafios, que são destacados e organizados pela seguinte ordem: 1º) *carga dupla da doença* (mudança no padrão das doenças transmissíveis para as não transmissíveis, sendo que se espera em 2020 um aumento de 78% da carga global de doença em doenças não transmissíveis, doenças crônicas (cardiopatia, cancro e depressão) causa de morte e invalidez, doenças mentais e lesões; 2º) *maior risco de deficiência*; 3º) *provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento*; 4º) *feminização do envelhecimento*; 5º) *ética e iniquidades*; 6º) *economia de uma população em processo de envelhecimento*; e 7º) *criação de um novo paradigma* que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento. Por conseguinte, para que tudo corra bem é preciso planejar de uma forma inovadora a ancianidade e realizar políticas abrangentes para o envelhecimento.

A adoção consciente de estilos de vida saudáveis ao longo da vida contribui para uma vida mais saudável na velhice e proporciona um benefício potencial para a preservação da saúde e da autonomia dos mais velhos, viabilizando um envelhecimento saudável e gratificante. Os estudos têm mostrado como a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais, físicas e sociais estão diretamente

relacionados com o desempenho de ocupações significativas e gratificantes (Carvalho & Dias, 2011). De acordo com European Union e Committee of the Regions (Andor, Bresso, & Sedmak, 2011), é preciso saber como tornar os cidadãos sêniores mais participativos na sociedade, enquanto atores do seu próprio desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2002) foi inovadora ao apresentar o conceito de envelhecimento ativo e o divulgar como o “*processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento*”. Nesta perspectiva de que o envelhecimento pode ser uma experiência positiva, sinónimo de uma vida mais longa e acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) permite uma visão diferente do envelhecimento e marcou a mudança de paradigma. O envelhecimento assim apresentado implica uma participação e envolvimento das pessoas mais velhas nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho. Esta nova forma de entender e perspetivar o envelhecimento enfatiza a importância das pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e, sobretudo, da sua qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011). Efetivamente, os estudos mostram que a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais encontram-se diretamente relacionados com a atividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade (Carvalho & Dias, 2011). Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015) no futuro envelheceremos de maneira diferente de hoje e as pessoas maiores poderão viver as suas vidas com maior liberdade. Para isso acontecer é preciso que comecemos hoje a investir na prestação de serviços de cuidados integral e centrados nos adultos de mais idade. É preciso ultrapassar os modelos curativos e económicos e avançar para abordagens inovadoras das vivências saudáveis e positivas no envelhecimento. De acordo com o Relatório (WHO, 2015) podemos observar alguma mudança que vai ocorrendo e que tem as suas implicações a vários níveis: (1) a urbanização e a globalização foram acompanhadas pelo aumento da migração e desregulamentação dos mercados de trabalho, o que pode ser uma oportunidade para os mais velhos; (2) as normas de género e o papel das

mulheres tem-se alterado; deixaram de ser cuidadoras desempenhando funções de maior segurança em idades avançadas; (3) os modelos antigos de cuidados à família não são sustentáveis, e obrigam a novas abordagens; (4) a mudança tecnológica ao nível da comunicação e informação proporciona oportunidades de acesso à família e de orientação do autocuidado; e (5) o surgimento de novos recursos de apoio que são mais funcionais e acessíveis possibilitando oportunidades para o monitoramento e cuidados de saúde personalizados.

Na nossa era, é cada vez mais comum observar que muitos indivíduos com 70 anos aparentam ter 60 e assim por diante. Falamos até que são detentores de um “bom envelhecimento” ou de uma “sabedoria no envelhecer”. Talvez no futuro possa ser uma realidade para mais pessoas maiores comprovando-se na altura que as políticas e as estratégias sociais e de saúde pública desenvolvidas hoje em abono da promoção de um envelhecimento saudável e feliz foram eficazes. Uma vida mais longa é um recurso valioso não só para o(a) próprio(a) e para a sua família, mas também para a sociedade. Os “anos extra” depois da reforma (mais ou menos depois dos 65 anos) não podem constituir-se como uma operação de adição de longevidade. A idade avançada constitui uma oportunidade para saborear a vida e investir em atividades promotoras de bem-estar, que possibilitem a manutenção da rede social e o envolvimento em atividades significativas, como seja a de estudar, ter uma nova carreira ou concretizar antigas e novas paixões que ficaram esquecidas ou adiadas pelos compromissos da idade adulta.

Florescimento

A Teoria da Felicidade Autêntica proposta por Seligman (2002) compreende que as nossas escolhas estão em consonância com as estimativas de quanta felicidade (satisfação com a vida) se seguirá. Assim, são realizadas opções sobre o percurso de felicidade futura de modo a maximizá-la. O autor propõe que a felicidade pode ser dividida em três aspetos distintos escolhidos pelos seus valores intrínsecos: (1) emoção positiva (aquilo que sentimos) que contribui para uma “vida agradável”; (2) envolvimento (centra-se no fluxo) que contribui para uma “vida envolvida”; e (3) significado (pertença e serviço a algo maior do que o eu) que contribui para uma “vida com significado”. Numa primeira

abordagem da Psicologia Positiva, Seligman (2002) considerou que o seu tópico era a felicidade, e que esta podia ser avaliada através da satisfação com a vida, pelo que o objetivo desta Psicologia seria aumentar a satisfação com a vida. Posteriormente, Seligman (2012) no seu livro *Flourish*, traduzido para português “A vida que floresce” surge com uma nova compreensão da felicidade e do bem-estar e apresenta-nos como objetivo da Psicologia Positiva aumentar a quantidade de florescimento na vida dos humanos e do planeta. Considera que existem insuficiências na primeira conceção e propõe que o tópico da Psicologia Positiva seja o bem-estar, que o padrão de excelência para o avaliar seja o florescimento (emoção positiva, envolvimento, significado, relações positivas e realização pessoal) e que o objetivo da Psicologia Positiva seja aumentar o florescimento, promovendo a emoção positiva, o envolvimento, o significado, as relações positivas e a realização pessoal. Na sua teoria sobre o bem-estar, o *PERMA Model* (P=Positive Emotion; E=Engagment; R=Relationships; M=Meaning; A=Accomplishments) apresenta-nos cinco elementos (emoção positiva, envolvimento, significado, relações positivas e realização pessoal) e cada um deles possui três propriedades: (1) contribuir para o bem-estar; (2) ser desejado por muitas pessoas pelo seu valor intrínseco; e (3) ser definido e medido de forma independente dos outros elementos (exclusividade). Para florescer o individuo tem de possuir todas as caraterísticas nucleares (emoções positivas; envolvimento, interesse; significado, propósito) e três das seis caraterísticas adicionais (auto-estima, otimismo, resiliência, vitalidade, autodeterminação relações positivas). De acordo com o autor (Seligman, 2012) a teoria da felicidade autêntica é unidimensional, isto é, refere-se às questões relativas a sentimo-nos bem e afirma que o modo como optamos pelo nosso percurso de vida é tentando maximizar o que sentimos. Por outro lado, a teoria do bem-estar refere-se aos cinco pilares, e os alicerces dos cinco elementos são as virtudes e os pontos fortes. No seu entender “o bem-estar é uma combinação entre sentirmo-nos bem e termos, de facto, significado, boas relações e realização pessoal. A forma como escolhemos o nosso percurso de vida é maximizando todos estes cinco elementos.” (Seligman, 2012, p. 39). As evidências mostram que nem todos os indivíduos têm as competências certas para alcançar bem-estar ou então apresentam dificuldades em adquiri-las ou desenvolvê-las, neste seguimento surge a necessidade de preparar as pessoas para florescer na vida.

DISCUSSÃO

A compreensão das diferentes trajetórias das vidas humanas ao longo do ciclo de vida ficou mais clara a partir do conceito e do potencial de plasticidade do desenvolvimento humano (Lerner, 2006, cit. por Fonseca, 2010). Ao colocar-se a ênfase no papel das relações entre os indivíduos e os contextos ambientais foi possível uma abordagem positiva da ancianidade e da promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. Assim, as pessoas mais velhas independentemente da sua idade cronológica podem continuar a apresentar traços positivos de desenvolvimento psicológico. A sua visibilidade é possível nos indivíduos cujo processo de envelhecimento corresponde a um “envelhecimento bem-sucedido” (Baltes & Carstensen, 1996). Daqui, surgem implicações teóricas e metodológicas que evidenciam como a ciência desenvolvimental pode contribuir para melhorar a vida dos idosos (Fonseca, 2010), em particular, através da implementação de políticas e programas favoráveis ao desenvolvimento positivo das pessoas mais velhas que viabilizem as relações adaptativas entre os indivíduos e os seus contextos e o seu florescimento. Partindo do pressuposto de que durante a vida humana os indivíduos têm uma necessidade intrínseca de controlar as suas vidas e de que se presumem alterações regulares ao nível dos objetivos e do sentido da própria vida, exigindo tais alterações a realização de mudanças sistemáticas na distribuição de recursos, Baltes e colaboradores apresentaram o modelo SOC – Seleção, Otimização, Compensação (Baltes & Freund, 2003, cit. por Fonseca, 2010). De acordo com os autores, se dividirmos a vida em duas partes, na primeira o investimento primário de recursos é dirigido a processos que configuram ganhos desenvolvimentais e na segunda os recursos são investidos no sentido da manutenção desses ganhos e da compensação das perdas, de forma a limitar as suas consequências. Contudo, é relevante que neste processo as pessoas mais velhas estejam conscientes das perdas e dos ganhos do envelhecimento, de forma a diminuir o impacto das perdas e a aumentar o investimento das suas capacidades, possibilitando delinear estratégias de prevenção de riscos, de proteção, cuidado e segurança do *self* e de promoção da saúde e do bem-estar. Dar mais vida a cada ano a partir dos 65 anos implica criar estruturas de apoio e empoderamento aos mais velhos da sociedade e preparar os

mais novos e os técnicos para saberem lidar de forma assertiva com o envelhecimento da sua comunidade. Estamos na linha de Seligman (2011), o objectivo de gerar riqueza só tem sentido se gerar florescimento humano e felicidade para todos. No processo desenvolvimental do envelhecimento é preciso abraçar o desafio da psicologia positiva, o de medir e desenvolver o florescimento humano, promovendo a emoção positiva, o envolvimento, o significado, as relações positivas e a realização pessoal dos mais velhos da sociedade através de ações planificadas de florecimento sénior.

REFERÊNCIAS

- Andor, L., Bresso, M., & Sedmak, M. (2011). How to promote active ageing in Europe EU support to local and regional actors. *Brochure-AGE Platform Europe in partnership with the Committee of the Regions and the European Commission. Bruxelles, Belgique: European Union, Committee of the Regions.*
- Baltes, P., & Carstensen, L. 1996. The process of successful ageing. *Ageing & Society*, 16:397-422. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Faria, M. C. (2014). Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo. In J. Pais Ribeiro, Isabel Silva, Rute Meneses & Isabel Leal (Eds.), *Atas do 10º Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 229-236). Porto, Universidade Fernando Pessoa, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde ISBN: 978-989-98855-0
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131
- Ribeiro, O., & Paúl, P. (Eds.). (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-739-2
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press

- Seligman, M. (2012). *A vida que floresce – Um novo conceito visionário da felicidade e do bem-estar*. Alfragide: Estrela Polar. ISBN: 978-989-2068-1-7
- Strandberg, T. E., Pitkälä, K. H., & Tilvis, R. S. (2011). Frailty in older people. *European Geriatric Medicine*, 2, 344-355.
- World Health Organization (WHO). (Eds.). (2002). *Active Ageing: A policy framework. Noncommunicable disease prevention and health promotion, aging and life course*. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
- World Health Organization (WHO). (Eds.). (2015). *World Report on Ageing and Health*. ISBN: 9789241565042, Recuperado em 16 de novembro 2017 em <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>

QUALIDADE DE VIDA E POBREZA NAS PESSOAS IDOSA

Maria Cristina Faria¹ (✉ mcfaria@ipbeja.pt) & Sara Carmo¹

¹ Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja, Portugal

A qualidade de vida (QV) é um construto que nos remete para as dimensões do “sentir-se bem”, para os diferentes “modos de viver” e “saber viver” e para a harmonia dos níveis: físico, mental, social, cultural, ambiental e espiritual. De uma maneira geral é compreendida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida” referenciando-se ao contexto da cultura e aos temas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, Xavier, Vieira, & Pinzon, 2000). De certa maneira o envelhecimento e o marco histórico da reforma (Fonseca, 2014) podem contribuir para a pobreza das pessoas mais velhas e conseqüentemente, para uma diminuição ou má qualidade de vida, pelo que se exige um maior conhecimento desta realidade, em particular, da portuguesa (Almeida, Capucha, Costa, Machado, & Reis, 1994; Alves, 2009; Castilho, 2010). O bem-estar e a qualidade de vida dos idosos em situação de pobreza é afetada duplamente, pois se o envelhecimento acarreta vulnerabilidade e desigualdade, a pobreza afeta o acesso do idoso a bens e serviços tendo um impacto ao nível da sua existência.

A questão da subjetividade da pobreza e a constatação de que não há um padrão de vivência homogêneo leva-nos a compreender a dificuldade que tem havido na operacionalização da sua definição. Podemos inferir que a sua representação é gerada pela atitude dos sujeitos, pelas suas experiências pessoais, vivências em sociedade, interpretações do que o sujeito vive e experimenta sobre a pobreza. Habitualmente os indicadores de pobreza têm em conta os rendimentos e por vezes esta é a base para a vivência de uma situação de pobreza (Bruto da Costa, Baptista, Perista, & Carrilho, 2008). A privação ou o não acesso de bens e serviços, afeta o ser humano na sua dimensão existencial, levando este a ser um problema

social onde as desigualdades permanecem sobretudo na população idosa, pois, estas inserem-se em condições de existência que não são homogêneas nem homogeneizáveis, dado que nem todas têm acesso aos mesmos patamares de direitos (Fernandes, 2015). Segundo o que afirma Labbens (1969, citado por Bruto da Costa et al., 2008), a diferença entre pobreza e desigualdade não se reduz aos rendimentos e à questão económica, mas sim no que concerne a todos os domínios da vida social, afetando a pessoa em aspetos como, as suas relações com os outros e a sua personalidade. De acordo com Fernandes (2015) na série de privações é preciso considerar a dimensão existencial do “ser pessoa” e as suas influências na perda de autoestima, na afetação das relações sociais do sujeito e na diminuição da participação das pessoas na vida das comunidades. Os impactos da pobreza afetam os idosos quer de uma forma objetiva, subjetiva e existencial, colocando-os enquanto grupo heterogêneo no cerne das vulnerabilidades, problemas e desigualdades sociais. Envelhecer pobre acarreta um pacote de circunstâncias evidenciadas pela falta de acesso a recursos e serviços básicos que são a garantia do bem-estar das pessoas idosas. Como refere Fernandes (2015) “o mundo é uma diversidade configurada por cenários de vivências desiguais das pessoas idosas” (Fernandes, 2015, p. 161).

A reforma implica uma mudança profunda na vida da população, enfraquecendo a rede social de apoio e o sentimento de pertença à comunidade, dado que se encontra associada à perda de estatuto social e consequentemente com o papel económico e profissionalmente ativo; perda de relacionamento social, perda de contacto com pessoas do quotidiano profissional e uma diminuição do contacto com os filhos e pela perda do cônjuge; sentimento de desvalorização pessoal; ausência de papéis ativos, o que leva a um discordância entre o sentimento da capacidade e competências; a institucionalização sem condições materiais e de integração social dignas (Machado & Roldão, 2010, citado por Fernandes, 2015). Segue que, a idade da reforma implica também o acesso a pensões que têm assim um efeito compensatório a fim de atenuar as perdas associadas ao envelhecimento e conferir uma sensação de segurança, permitindo o acesso à saúde, lazer, e a outros bens e serviços. No entanto, nem sempre estas situações se verificam observando-se que em “situação extrema de desigualdade” podemos encontrar as pessoas idosas pobres, que numa dimensão objetiva podem ver a sua situação

traduzida em baixas pensões e rendimentos escassos. Esta faixa da população é uma categoria social antiga e abundante em Portugal, efetivamente, são pessoas com um historial de descontos irregulares e tardios para o sistema de Segurança Social, que obtiveram baixas renumerações durante o percurso profissional e possuem condições de vida que refletem a insuficiência dos sistemas de proteção estatal (Fernandes, 2015; Machado & Roldão, 2010; citado por Fernandes, 2015). Estas questões que remetem para uma pobreza tradicional e duradoura nos mais velhos, mas também, existe uma franja da população idosa pobre que se encontra nesta situação porque tem a seu encargo a subsistência de filhos e netos, que devido a situações variadas como o desemprego não conseguem fazer face, sendo os idosos que “trabalham para sobreviver ou que ajudam os familiares mais jovens” (Fernandes, 2015, p. 160).

O envelhecimento expõe a pessoa a desigualdades sociais implicando a vivência da pobreza, pelo que vão inevitavelmente ocorrer privações de acesso a domínios fundamentais como o económico, onde se insere o acesso aos serviços de saúde, o acesso a cuidados médicos e à medicação (Bruto da Costa et al., 2008). Sendo esta uma questão de privação de acesso, representa uma situação de exclusão social a uma dimensão fulcral à pessoa idosa que necessita de cuidados de saúde (Bruto da Costa et al., 2008). Contudo não se pretende fazer uma análise pejorativa aos esforços que se têm realizado pela melhoria das condições de vida da pessoa idosa, tal se comprova com os esforços desenvolvidos em medidas e ações neste sentido. Segundo Carvalho (2013) a pobreza no envelhecimento tem vindo a diminuir, sendo que as políticas ativas têm dado um contributo eficiente nesta direção. Tendo as mesmas como objetivo melhorar as condições das respostas sociais para a pessoa idosa, como também aumentar os recursos financeiros dos mais pobres. Mas ressalta a autora, que estas políticas sofreram abalos com a atual austeridade proveniente da crise económica e financeira, o que no seu entender conduz a um recuo do Estado na proteção das populações mais fragilizadas, neutralizando muitas das medidas anteriormente tomadas (Carvalho, 2013).

A abordagem psicossocial do envelhecimento mostra-nos a existência de um problema social que é preciso resolver, remete-nos para a inadequação/ineficácia das respostas psicossociais comunitárias e equipamentos sociais contextualizadas, o que traz à superfície a urgência de dar respostas que tenham em conta as necessidades diferenciadas da

pessoa idosa no sentido positivo da dignidade da vida humana. Dado que os profissionais envolvidos neste processo têm um papel determinante na resolução dos problemas importa conhecer a sua visão sobre os idosos nestas circunstâncias. Por conseguinte, urge perceber a realidade das pessoas mais velhas que vivenciam uma situação de “pobreza “e identificar os contornos sociais e as respostas existentes. Este estudo teve como principal objetivo relacionar a qualidade de vida da pessoa idosa com a vivência de uma situação de pobreza e a exclusão social. Pretende-se conhecer a relação entre as temáticas a partir da perspectiva dos idosos e dos profissionais envolvidos, bem como entender a intervenção realizada ao nível da promoção da qualidade de vida dos idosos pobres de uma comunidade.

MÉTODO

O estudo realizado enquadra-se na definição de um estudo exploratório do tipo qualitativo e quantitativo, assente no procedimento de estudo de caso.

Participantes

Dado que se pretendia obter informação e conhecer uma determinada situação, que implica fatos específicos e não uma representatividade do universo da população (Marsiglia, s/d), a amostra foi recolhida por conveniência com recurso a métodos não probabilísticos. O total dos participantes correspondeu a nove pessoas, cinco pessoas idosas e quatro profissionais. Os idosos são utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Cáritas Diocesana de Beja e os profissionais são funcionários do Centro Distrital de Segurança Social, da Rede Europeia Anti Pobreza – Núcleo Distrital de Beja, da Cáritas Diocesana de Beja e do Centro Cultural e Recreativo do Bairro da Esperança; ou seja, órgãos de maior responsabilidade e intervenção social na cidade de Beja, que trabalham com a problemática da pobreza e/ou têm um papel de proximidade na comunidade com a população idosa. Foram selecionadas os idosos

autónomos, que se deslocassem à instituição com frequência e estivessem aptos para responder e, ainda, que vivenciavam uma situação de pobreza existencial ou material. Para a referência de ordem material e económica recorreu-se ao “limiar de pobreza”, onde segundo dados atualizados em outubro de 2016 pela Rede Europeia Anti Pobreza, corresponde à pessoa que auferir rendimento mensal igual ou inferior a 422€ mensais, cerca de 5059€ anuais.

Material

Para proceder à recolha de dados sobre pobreza e qualidade de vida em idosos foi aplicado aos idosos o Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-OLD) (Vilar et al., 2009, cit por. Vilar, Sousa & Simões, 2015) e uma Entrevista Semiestruturada, para a qual foi construído um Guião. Para conhecer a perspectiva dos profissionais sobre a qualidade de vida de idosos em situação de pobreza foi aplicada uma Entrevista Semiestruturada, para a qual foi construído um Guião. A versão Portuguesa do WHOQOL-OLD é constituída por um total de 28 itens e 7 facetas, constituída cada uma por 4 itens. As respostas são do tipo Likert, de 1 a 5 pontos. Cada faceta corresponde a um tema: o Funcionamento Sensorial; a Autonomia; as Atividades passadas, presentes e futuras; a Participação social; Morte e morrer “; a Intimidade; e a Família/Vida familiar. No que concerne à interpretação, quer a nível da pontuação das facetas quer a nível total, uma pontuação mais elevada corresponde a uma melhor qualidade de vida. A consistência interna é considerada aceitável/ boa, com valores alpha de Cronbach de 0,89 para a pontuação total e a variar entre 0,72 e 0,88, para as facetas.

Procedimento

Neste estudo, foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participaram tendo sido obtida a autorização formal das instituições. A amostragem foi não probabilística do tipo bola-de-neve. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que as informações fornecidas seriam

mantidas em sigilo e que só seriam utilizadas para fins de investigação. Os instrumentos foram aplicados de forma individualizada pelo investigador. Para todos os dados obtidos através do questionário, recorremos ao tratamento informático utilizando o programa SPSS 15 para a análise descritiva com a análise de médias e de frequências (*M*, *DP*) e a análise de conteúdo para as entrevistas.

RESULTADOS

No que concerne aos resultados verifica-se que a percepção dos participantes acerca da qualidade de vida, varia entre uma perspetiva geral e uma perspetiva pessoal. De forma geral entendem que o conceito assenta na questão do bem-estar, mas quando indagadas acerca do necessário para potenciar a qualidade de vida, surge uma visão congruente com as suas próprias necessidades e ao que sentem falta para o seu bem-estar. Assiste-se assim a uma analogia com a sua própria situação, sendo que os resultados demonstram o definido pela OMS (1993, cit. Silva, 2009). É assim referido enquanto impedimento à qualidade de vida, o suporte familiar e de amigos, a saúde e a falta de dinheiro, ou seja, uma visão mais geral do conceito. Quando indagados sobre se consideram ter qualidade de vida, as respostas estão associadas maioritariamente ao manter/perda das capacidades físicas e de saúde, ou seja, interpretaram o possuir qualidade de vida ao envelhecimento ativo e saudável em conformidade com os autores (OMS, 2015; Paúl, 2005). Acerca da pobreza, analisa-se no geral uma visão extrema da pobreza, alicerçada na questão material, na ausência de rendimentos, na falta de trabalho, bem como auferir ordenados e pensões baixas (Bruto da Costa, 1998). Ressaltando como causa da pobreza os fatores macro (Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2003). No que concerne à interferência da pobreza sobre a qualidade de vida a totalidade das pessoas referem que há uma relação direta e de influência, visto que o possuir de baixos rendimentos não permite aceder a algo, impedindo o acesso de bens e serviços que suprimem as necessidades básicas e individuais. Bruto da Costa (2008) considera que a pobreza pode ser definida de várias formas e perspetivas, sendo que os

entrevistados demonstraram esta abrangência, apontando primeiro para a questão da pobreza material, onde a insuficiência econômica não permite a satisfação das necessidades, mas não descurando o impacto ao nível existencial, que afeta os aspetos da vida e da personalidade bem como com a sociedade em geral. Na aplicação da escala WHOQOL-OLD aos idosos obteve-se para o total da escala um valor máximo de 101 pontos e um mínimo de 82 pontos ($M=100$; $DP=15,17$) evidenciando percepção de qualidade de vida. Verifica-se consonância, em relação aos dados observados na aplicação do inventário WHOQOL-OLD, com os dados obtidos através da entrevista. Os participantes idosos que referiram possuir qualidade de vida, revelam ambos os valores mais elevados da escala, sendo que os entrevistados que referiram não possuir qualidade de vida apresentam valores inferiores. Em relação ao valor total das facetas, pode concluir-se que a Intimidade (a capacidade de ter relações pessoais e íntimas) apresenta um valor maior, contribuindo esta a faceta para uma maior qualidade de vida ($M=15,8$; $DP=2,4$). Para além desta, destacam-se as facetas Autonomia ($M=15,2$; $DP=2,64$) e Família/Vida familiar ($M=15,2$; $DP=3,19$), o que evidencia pela positiva a importância das relações/suporte familiares e da autonomia/independência para o bem-estar e implicitamente a sua qualidade de vida. Relativamente aos profissionais, estes centram a perspetiva acerca da qualidade de vida na pessoa, afirmando importância da satisfação das necessidades básicas e no manter das suas capacidades, de autonomia, de funcionalidade, de saúde e de projetar o futuro. Seguindo assim uma lógica de envelhecimento ativo, que pressupõem a autonomia e independência (Paúl, 2005) e um envelhecimento saudável que conjectura o maximizar da capacidade funcional, minimizando os problemas do envelhecimento e o acesso à saúde (OMS, 2015). Os profissionais observam, também, a existência de vários tipos de pobreza, mas apesar do facto, referem que há uma relação evidente com a carência de meios económicos, que se torna razão de privação a bens, serviços e recursos. As causas estão associadas à insuficiência/ausência ou gestão desequilibrada de meios financeiros, devido aos baixos salários e pensões. Ou seja, colocam o enfoque nos fatores macro e micro. (OIT, 2003). Afirmando a ligação entre a pobreza e a qualidade de vida, referindo que esta se traduz, enquanto situação material, numa situação de privação e incapacitação. Mas enaltecem a existência de outros fatores e situações, que associados à situação de

pobreza são também redutores ou não de qualidade de vida. Verifica-se que na maioria não existem medidas específicas para promover a qualidade de vida da população idosa em situação de pobreza, mas sim um conjunto de ações, respostas sociais e programas que ou atuam sobre as situações de pobreza ou atuam perante a questão do envelhecimento. É de consideração geral dos profissionais que as respostas existentes de atuação com esta faixa da população são insuficientes e inapropriadas, sendo que consideram necessárias mudanças estruturais e mudanças ao nível da intervenção.

DISCUSSÃO

O conceito de pobreza tem sido alvo de diversas definições, mas os autores estão em sintonia quanto ao fato de que esta representa na sua generalidade carência, privação e exclusão. A pobreza como uma situação de privação proveniente da falta de recursos afeta vários níveis essenciais à satisfação do indivíduo, traduzindo-se numa dimensão da exclusão social. Neste estudo optou-se pela definição de pobreza compreendida como uma situação de privação por falta de recursos, contudo, não se pretendeu reduzir o conceito a uma questão meramente financeira. Procurámos compreender a qualidade de vida de pessoas idosas que vivenciam uma situação de pobreza e identificar os contornos sociais e as respostas existentes perante esta situação. Através da análise dos dados obtidos, foi possível compreender a influência da pobreza sobre a qualidade de vida. Sobre a definição de pobreza na perspetiva dos participantes, tanto os idosos como os profissionais, consideram-na como sinónimo de privação e como estando relacionada a uma menor qualidade de vida, associando a esta lógica de causalidade, as necessidades e patamares que não são possíveis aceder devido a uma situação de pobreza. Com a realização do estudo deu-se a necessidade de criar um projeto de intervenção, denominado Serviço de Ação Local para a Pessoa Idosa, projeto SALPI, que visa colmatar a interferência da pobreza sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, a necessidade de aumentar o conhecimento das pessoas acerca dos seus direitos, interferindo assim na

promoção e acesso da qualidade de vida, para além de colmatar as necessidades percecionadas pelos próprios participantes, que se relacionam maioritariamente com questões envolventes ao processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J., Capucha, L., Costa, A., Machado, F., & Reis, I. (1994). *Exclusão social: Factores e tipos de pobreza em Portugal*, Oeiras: Celta editora.
- Alves, N. (2009). *Novos factos sobre a pobreza em Portugal*. Boletim da Primavera, Banco de Portugal (pp. 125-154). Disponível em http://www.bportugal.pt/pt-PT/BdP%20Publicaes%20de%20Investigao/AB200902_p.pdf acedido em 1 novembro 2014.
- Bruto da Costa, A. (1998). *Exclusões Sociais*, Lisboa: Coleção Fundação Mário Soares Edição Gradiva Publicações, Lda.
- Bruto da Costa, A., Baptista, I., Perista, P., & Carrilho, P. (2008). *Um olhar sobre a pobreza, vulnerabilidade e exclusão social no Portugal contemporâneo*, Lisboa: Gradiva.
- Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: PACTOR. ISBN: 978-989-693-028-8
- Castilho, A. (2010). *Envelhecimento activo/envelhecimento saudável: Opinião dos idosos do concelho de viana do castelo*. Dissertação de Licenciatura, Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Portugal. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1498/1/Mono_AnaCastilho.pdf acedido em 27 setembro 2016.
- Fernandes, A. (2015). *Pobreza e pessoas idosas: A dimensão subjetiva e existencial do fenómeno*. RIASE revista ibero-americana de saúde e envelhecimento, 1(2), 156-164. Disponível http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/59/83 acedido em 20 outubro 2016.
- Fonseca, A. (2014). *Promoção da qualidade de vida no idoso: A atenção, a memória e a audição*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Coimbra e Escola de Educação de Coimbra – Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17019> acedido em 23 fevereiro 2017.

- Fleck, M., L., Xavier, M., C., Vieira, G., S., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2),178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Marsiglia, R. (s/d). *Orientações básicas para a pesquisa*. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Brasil: PUCSP/FCMSCSP.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). (2003). *A luta contra a pobreza e a exclusão social em Portugal. Experiências do programa nacional de luta contra a pobreza*. Genebra. Disponível: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_luta.pdf acedido em 14 novembro 2014.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). *Resumo. Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial da Saúde.
- Parceiros da Rede Social do Concelho de Beja. (2013). *Diagnóstico Social do Concelho de Beja 2013*. Disponível em http://www.cm-beja.pt/docs/PDFs/GDS/DS_2013.pdf acedido em 23 de novembro de 2014.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Sociologia, Revista da Faculdade de Letras do Porto, XXV, p. 275-287. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/4265/426540419011.pdf> acedido em 4 novembro 2016.
- Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Fernando Pessoa. Portugal. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf> acedido em 27 setembro 2016.
- Vilar, M., Sousa, L., & Simões, M. (2015). *WHOQOL-OLD. Inventário de avaliação da qualidade de vida em adultos idosos da organização mundial de saúde*. Manual Técnico. Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria. Coimbra.

RELAÇÃO ENTRE ACONTECIMENTOS DE VIDA E INTIMIDADE E SATISFAÇÃO RELACIONAL EM HOMENS A PARTIR DOS 40 ANOS

Madalena Luz de Almeida¹ (✉ mad.luzalmeida@gmail.com) & Isabel Leal²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Promoting Human Potential Research Group, Lisboa, Portugal; ² ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

Ao longo do ciclo de vida, os indivíduos são confrontados com diversos acontecimentos de vida, positivos e negativos, sendo importante compreender o efeito dos mesmos, nos diferentes contextos da vida adulta. Os acontecimentos de vida são vistos, como sendo alterações que decorrem, de forma inesperada, na vida do indivíduo (Marshall, 2003), implicando assim, uma readaptação emocional, social e comportamental. Estes acontecimentos podem ser denominados de acontecimentos vitais, de acontecimentos biográficos significativos e/ou de acontecimentos traumáticos. Um outro conceito importante deste estudo é a intimidade que, segundo Popovic (2005, p. 31) surge da palavra *intimus*, ou seja, “o que está interno, o mais profundo”, aludindo ao ato de partilha do que há de mais forte e intenso, dentro de cada um de nós, dando-nos a possibilidade de nos diferenciarmos do outro, mas que juntamente nos une, enquanto indivíduos, remetendo desta forma, para uma característica intrínseca (Narciso, 2002). Para Narciso e Ribeiro (2009), o leque de definições existentes do que é a intimidade deve ser organizado, tendo em conta, o facto de poder ser uma perspetiva individual ou relacional, bem como tendo diversas características de um processo. Quando mencionamos a intimidade, é relevante referir a satisfação relacional. De acordo com Andrade, Garcia e Cano (2009), quando há um envolvimento romântico entre duas pessoas e as mesmas procuram manter essa união, deve-se considerar o facto de existirem diversas motivações que, de alguma maneira, acabam por pesar nessa escolha. Para estes autores, a

satisfação relacional é uma dessas motivações, que ocorre se a avaliação da qualidade da própria relação corresponder aos vários desejos e expectativas que o sujeito tem, acerca do parceiro, sendo a intimidade (física e emocional) e a sexualidade conjugal, os pilares fundamentais dessa avaliação.

A presente investigação está inserida no Projeto Experiências de Vida e Saúde na Idade Adulta (EVISA), cuja finalidade é caracterizar e correlacionar as diversas experiências associadas à meia-idade e à saúde e sexualidade, em homens com mais de 40 anos. Neste estudo em específico, o principal objetivo foi verificar a relação entre os acontecimentos de vida e intimidade e satisfação relacional, em homens a partir dos 40 anos, sendo estes últimos três conceitos, o foco desta investigação. Desta forma, foram colocadas duas hipóteses de investigação distintas, sendo elas: a) “Existem diferenças significativas na intimidade e satisfação relacional, comparando os sujeitos que apontaram acontecimentos de vida muito positivos com os sujeitos que apontaram acontecimentos de vida muito negativos?”; b) “Os sujeitos mais novos estão mais satisfeitos com a intimidade na sua relação, em comparação com os sujeitos mais velhos?”. Assim, é de referir que foi fundamental compreender os conceitos do estudo, quer individualmente, quer relacionados entre si.

MÉTODO

Participantes

A amostra do estudo é constituída por 70 indivíduos do sexo masculino, a partir dos 40 anos de idade, sendo estes dois, os únicos requisitos obrigatórios, o género e a idade. Os mesmos indivíduos preencheram o respetivo protocolo de investigação em papel. O método de amostragem utilizado foi do tipo não probabilístico, por conveniência (Pocinho & Capelo, 2009), através do sistema de bola-de-neve (Baldin & Munhoz, 2011). Relativamente à caracterização sociodemográfica dos

dados recolhidos, a idade média dos 70 indivíduos que participaram corresponde a 52 anos, com um desvio padrão (*DP*) de 8,07.

Procedimento

O estudo assenta numa abordagem descritiva, correlacional e quantitativa, sendo também um estudo transversal (Hochman, Nahas, Filho & Ferreira, 2005). Foi solicitado a todos os indivíduos que aceitaram participar no presente estudo, que preenchessem o respectivo protocolo de investigação, tendo este, uma duração de, aproximadamente, 15-20 minutos. A amostragem foi de não conveniência, do tipo bola-de-neve, uma vez que os questionários foram entregues, diretamente, a pessoas próximassendo que lhes foi pedido que distribuíssem a outras pessoas (familiares, amigos, colegas, entre outros), mas sempre com os protocolos selados, para que as pessoas se sentissem à vontade de responder, sem qualquer constrangimento e para que pudessem, posteriormente, devolvê-los preenchidos sem adulterações, uma vez que alguns não foram preenchidos na presença do autor. A distribuição centrou-se no distrito de Lisboa, pela sua fácil acessibilidade. Foi garantido a todos os participantes o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Material

Nesta investigação foi utilizado um questionário de caracterização sócio-demográfica que permitiu recolher alguns dados pessoais dos indivíduos que participaram no estudo. Foram também analisados todos os Acontecimentos de Vida descritos no protocolo, tendo sido pedido aos participantes que assinalassem o(s) acontecimento(s) com um forte impacto na sua vida nos últimos 12 meses (até 5 acontecimentos) e que classificassem esse(s) mesmo(s) acontecimento(s) numa escala de 1 a 5 (1-muito negativo; 2-negativo; 3-neutro; 4-positivo; 5-muito positivo).

Foi ainda usado o Questionário de Intimidade e Satisfação Relacional (Escala Revista de Ajustamento Diádico – RDAS) (Pereira, 2003), tendo como finalidade avaliar a satisfação e o ajustamento relacional (Busby, Christensen, Crane, & Larson, 1995). A RDAS consta de um instrumento de revisão da escala original, revelando-se em forma de auto-relato e

preenchimento. As diversas respostas são agrupadas com o intuito de gerar um valor final que expressa o nível de ajustamento relacional, quanto à existência ou não, de dificuldades de ajustamento (Busby et al., 1995). Este instrumento é composto por 14 itens no total, tornando-se mais apropriada à avaliação breve, pretendida para a prática clínica. A RDAS integra 3 subescalas; (a) o consenso diádico (6 itens) composta pela tomada de decisão, afecto e valores; (b) a satisfação diádica (4 itens) constituída pela estabilidade e pelo conflito e por fim, (c) a coesão diádica (4 itens) formada por diversas atividades e discussão. A avaliação das três subescalas é feita numa escala de Likert de 6 pontos (1- sempre; 6- nunca). Porém, existiu compatibilidade, entre os vários ajustes relativos à construção das escalas, ou seja, a construção das subescalas de menor ordem tiveram por base itens homogêneos e os conceitos de ordem superior foram constituídos por conceitos relacionados (Busby et al., 1995). Podemos referir ainda, que o resultado total da RDAS varia, entre 0 a 69, tanto na versão original, como na versão portuguesa. É de mencionar que um resultado maior ou igual a 48 é o indicador de ausência de distresse no casal. O coeficiente alfa de Cronbach's do respectivo instrumento corresponde a 0.90, o que demonstra uma elevada consistência interna e a correlação bipartida (*split-half* Spearman- Brown) corresponde a 0.95.

Neste estudo, a primeira componente “Concordância entre o Casal” ($\alpha=0,87$), a segunda “Atividades em Conjunto” ($\alpha=0,83$) e, por fim, a terceira “Desentendimento” ($\alpha=0,82$) apresentaram uma elevada consistência interna, uma vez que os valores dos alfas de *Cronbach* foram superiores a 0,8.

RESULTADOS

Estatística Descritiva dos Acontecimentos de Vida

Foi efetuado um resumo de todos os acontecimentos de vida evocados pelos sujeitos deste estudo, tal como a valência desse(s) acontecimentos, caso tenham sido classificados nos extremos, “muito positivos” ou “muito

negativos”. Qualquer classificação atribuída, entre os dois extremos, classificamos o acontecimento, como sendo “neutro”.

Comparação dos níveis da Escala de Intimidade e Satisfação Relacional entre Sujeitos que apontaram Acontecimentos de Vida “muito positivos” (AVMP) e Sujeitos que apontaram Acontecimentos de Vida “muito negativos” (AVMN)

Em média, o Tempo de Relacionamento foi superior nos indivíduos que evocaram AVMN ($M=22,44$; $DP=10,12$), em relação aos indivíduos que evocaram AVMP ($M=17,82$; $DP=12,96$), bem como a Idade dos Companheiros dos indivíduos que apontaram AVMN é superior ($M=48,72$; $DP=7,80$), relativamente ao outro grupo ($M=45,09$; $DP=11,03$). No que diz respeito ao Grau de Satisfação com a Intimidade, as diferenças encontradas, entre as duas médias foram significativas [$t(10)=2,759$; $p=0,020$], sendo que foi superior no grupo que aponta AVMP ($M=4,55$; $DP=0,52$), em relação ao grupo que evoca AVMN ($M=4,11$; $DP=0,76$). Quanto à Concordância entre o Casal, as diferenças encontradas, entre as médias também foram significativas [$t(10)=2,319$; $p=0,043$], uma vez que esta foi superior nos sujeitos que apontaram AVMP ($M=5,18$; $DP=0,56$), em relação aos indivíduos que apontaram AVMN ($M=4,80$; $DP=0,67$). Na dimensão Atividades em conjunto não foram encontradas diferenças significativas [$t(10)=1,362$; $p=0,203$], tal como se verificou na dimensão Desentendimento [$t(10)=0,087$; $p=0,933$].

Comparação dos Níveis da Escala de Intimidade e Satisfação Relacional entre Sujeitos Mais Novos e Sujeitos Mais Velhos

Encontraram-se diferenças significativas no Tempo de Relacionamento, entre sujeitos mais novos e sujeitos mais velhos [$t(51)=3,551$; $p=0,001$]. Os sujeitos mais velhos tiveram, em média, mais tempo de relacionamento ($M=24,48$; $DP=11,09$), em comparação com os sujeitos mais novos ($M=15,15$; $DP=7,65$). Existiram também diferenças significativas, entre os dois grupos, quanto à Idade do Companheiro [$t(50)=6,124$; $p<0,001$], isto é, esta última em média, é superior nos sujeitos mais velhos ($M=52,778$; $DP=7,298$), do que nos sujeitos mais

novos ($M=42,08$; $DP=4,98$). É importante frisar que existiram diferenças significativas, entre os grupos, em relação ao Grau de Satisfação com a Intimidade [$t(51)=2,145$; $p=0,037$]. Neste caso, os sujeitos mais novos estavam, em média, mais satisfeitos ($M=4,50$; $DP=0,65$) do que os participantes mais velhos ($M=4,04$; $DP=0,90$). Contudo, não foram encontradas diferenças significativas nas restantes dimensões desta Escala, na Concordância entre o Casal [$t(51)=-0,592$; $p=0,556$], nas Atividades em Conjunto [$t(51)=0,474$; $p=0,638$] e no Desentendimento [$t(51)=-0,574$; $p=0,569$].

DISCUSSÃO

Relativamente à primeira hipótese deste estudo, podemos referir que foram encontradas diferenças significativas, tanto no Grau de Satisfação com a Intimidade, como nas três dimensões da escala (Concordância entre o Casal, Atividades em Conjunto e Desentendimentos). Observou-se que os sujeitos que apontaram AVMP apresentaram um maior Grau de Satisfação com a Intimidade, bem como houve uma maior Concordância entre o Casal, participaram num maior número de Atividades em Conjunto com o parceiro e tiveram menos Desentendimentos na sua relação, em comparação com os sujeitos que apontaram AVMN. É de mencionar que estes mesmos resultados são consensuais com a literatura, uma vez que segundo Karney e Bradbury (1995), os sujeitos que experienciam, fora da relação, acontecimentos de vida mais positivos, têm a capacidade de transferir o impacto significativo que estes têm nas suas vidas, para a relação, beneficiando assim, a satisfação relacional entre os parceiros. Contudo, conferiu-se nesta investigação, que os sujeitos que evocaram AVMN tinham mais Tempo de Relacionamento, bem como a Idade do Companheiro era superior. Esta constatação pode remeter para alguns estudos, relativamente à resiliência no casal, isto é, o facto de se estar numa relação duradoura com o outro, acaba por ser crucial, para ultrapassar os vários eventos stressantes e/ou negativos que ocorrem, ao longo da vida (Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000; Waite, 1995). Para os últimos autores, a resiliência no casal consiste num processo, no qual cada

parceiro demonstra ter a capacidade de se adaptar às diversas adversidades, não cedendo à pressão e tentando manter o seu bem-estar físico, social e psicológico, perante as mesmas. Podemos dizer ainda, que Totenhagen e colaboradores (2012) analisaram a relação que existe, entre os acontecimentos de vida positivos e negativos e as qualidades relacionais positivas e negativas, tendo sido conferido que ambos os tipos de acontecimentos (positivos e negativos), podem trabalhar em conjunto, de maneira a explicar o próprio compromisso relacional.

No que toca à segunda hipótese desta investigação, foram analisadas as diferenças na intimidade e satisfação relacional, comparando os sujeitos mais novos (entre os 40 e os 50 anos), com os sujeitos mais velhos (entre os 51 e os 79 anos). Com base nisto, podemos afirmar que se verificou que os sujeitos mais novos apresentaram um maior Grau de Satisfação com a Intimidade, em comparação com os sujeitos mais velhos, podendo isto estar relacionado com o facto dos primeiros se encontrarem mais satisfeitos, tanto no campo da sexualidade, como no campo da comunicação, na sua relação conjugal (Narciso & Costa, 1996). Porém, observou-se também neste estudo, que os sujeitos mais velhos, tinham mais Tempo de Relacionamento, bem como a Idade do Companheiro era superior. De acordo com estes resultados, podemos mencionar que o que se verificou é congruente com estudos empíricos anteriores, visto que para Prager (1995), os casais mais jovens e também, com menos tempo de relacionamento, exibem níveis distintos de intimidade, relativamente aos cônjuges mais velhos. De acordo com Alarcão (2002), os casais com menos tempo de relacionamento, encontram-se na fase de idealização, isto é, os parceiros colocam de parte as dificuldades existentes na relação, iludindo-se a si próprios e esquecendo-se, por vezes, dos diversos aspetos que menos apreciam no outro, pensando que esse outro, se irá modificar com o passar do tempo de relação, de maneira a satisfazer os seus sonhos e os seus desejos.

No que concerne às três dimensões da Escala, acima referidas, constatou-se não haver diferenças significativas, entre os sujeitos mais novos e os sujeitos mais velhos.

Confirmou-se ser importante compreender os vários efeitos que os acontecimentos de vida podem ter nos diferentes contextos, uma vez que estes são considerados, como sendo experiências transversais à vida do indivíduo, que envolvem mudanças no seu percurso de vida, afetando o

equilíbrio global do mesmo (Ramos, 2004). Desta forma, exige-se uma readaptação psicológica, social e comportamental, por parte do indivíduo (Marshall, 2003). Concluiu-se também, que os diversos estudos e pesquisas realizados acerca desta temática têm como propósito, numa perspectiva clínica, confirmar a existência de uma associação temporal, desde o momento em que o indivíduo experienciou o respectivo acontecimento de vida, exigindo este, respostas sociais e adaptativas, por parte do indivíduo, até ao início da disfuncionalidade (Rabkin & Struening, 1976).

REFERÊNCIAS

- Alarcão, I. (2002). Escola reflexiva e desenvolvimento institucional. Que novas funções supervisivas? In Oliveira-Formosinho, J. *A supervisão na formação de professores I. Da sala à escolar*. Porto: Porto Editora.
- Andrade, A. L., Garcia, A., & Cano, D. S. (2009). Preditores da satisfação global em relacionamentos românticos. *Psicologia: Teoria E Prática*, 11(3), 143-156.
- Baldin, N., & Munhoz, E. M. B. (2011). Snowball (Bola de Neve): Uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. *X Congresso Nacional de Educação (EDUCERE) – I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade E Educação (SIRSSE)*, 1, 329-341.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x>
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 419-436. <http://dx.doi.org/10.1177/0022022100031004001>
- Hochman, B., Nahas, Xerfan, F., Oliveira F., Santos Ferreira, R., & Masako, L. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cir Bras* 20(suppl. 2), 2-9.

- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, *118*(1), 3-34. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>
- Marshall, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, *23*, 959-997. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.002>
- Narciso, I. S. B. (2002). Janela com vista para a intimidade. *Psychologica*, *31*, 49-62.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores Satisfeitos, mas Não Perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, *12*, 115-130.
- Pereira, M.G. (2003). Revised Dyadic Adjustment Scale – Versão de investigação. Artigo não publicado.
- Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e auto-eficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, *35*(2) Brasil: Universidade de São Paulo.
- Popovic, M. (2005). Intimacy and its relevance in human functioning. *Sexual and Relationship Therapy*, *20*, 31-49. <http://dx.doi.org/10.1080/14681990412331323992>
- Prager, K. J. (1995). *The psychology of intimacy*. New York: The Guilford Press.
- Rabkin, J. G., & Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, *194*, 1013-1020.
- Ramos, R. C. (2004). Acontecimentos de vida na infância e a percepção de stress na idade adulta. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde. Universidade do Minho: Braga.
- Totenhagen, C. J., Curran, M. A., Serido, J., & Butler, E. A. (2013). Good days, bad days: Do sacrifices improve relationship quality? *Journal of Social and Personal Relationships*, *30*, 881-900. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407512472475>
- Waite, L. J. (1995). Does marriage matter? *Demography*, *32*, 483-507.

GRUPOS ABERTOS NA CLÍNICA PSICOLÓGICA UNIVERSITÁRIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Maíra Bonafé Sei¹ (✉ mairabonafe@gmail.com) & Daniel Polimeni Maireno¹

¹Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil

A profissão de psicólogo no Brasil foi regulamentada por meio da Lei n. 4.119 (1962, 27 de agosto) e por meio dela foram criadas as clínicas psicológicas universitárias, como espaço para o desenvolvimento das atividades práticas vinculadas aos cursos de graduação em Psicologia. Compreende-se que estes serviços organizam-se a partir de três diferentes objetivos: ensino, contribuindo para a formação do psicólogo dada as práticas supervisionadas que podem ser empreendidas nestes espaços; extensão, com as intervenções ofertadas à população; pesquisa, por meio do desenvolvimento de investigações diversas (Cerioni & Herzberg, 2016). Neste sentido, dois são os públicos atendidos pelas clínicas psicológicas universitárias: os estudantes de Psicologia e os setores da sociedade em que se insere, sendo importante a articulação entre as necessidades da formação proposta e as necessidades sociais da região em que estes serviços estão inseridos (Amaral et al., 2012).

Apesar da diversidade de atividades disponíveis à população, denota-se que a psicoterapia individual ainda se mostra como o principal tipo de intervenção clínica solicitada pela população. Tal fato reverbera em uma extensa fila de inscritos à espera para o início da psicoterapia. Este processo de aguardar pelo atendimento gera, frequentemente o abandono do serviço, que pode ocorrer antes da primeira entrevista de triagem ou após o início da psicoterapia (Cerioni & Herzberg, 2016).

Diante deste cenário e como uma forma de promover a vinculação com a instituição, Guerrelhas e Silveiras (2000) propuseram a realização de grupos de espera com crianças, de caráter fechado, com foco no brincar e sem uma finalidade psicoterapêutica. Perceberam que esta proposta favoreceu a vinculação das famílias com a clínica psicológica da

universidade onde a atividade aconteceu (Guerrelhas & Silveiras, 2000), algo que aponta para a pertinência de estratégias similares. Apesar destes grupos lúdicos não possuírem, de acordo com as autoras, a finalidade de mudança comportamental nas crianças (Guerrelhas, Bueno, & Silveiras, 2000), compreende-se, a partir de uma perspectiva winnicottiana (Winnicott, 1975), que o próprio brincar pode ser favorável ao desenvolvimento individual, estimulando a criatividade, espontaneidade e conseqüentemente a saúde.

Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde no Brasil conta com uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cuja proposta foi redefinida por meio da Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 (Ministério da Saúde, 2014). Tal documento aponta para a solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça social, inclusão social como valores necessários à efetivação da PNPS. São propostos alguns temas transversais entendidos como referências neste cenário e entre eles destaca-se a promoção de saúde e cuidado, que aponta uma ideia de saúde ampliada, com práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde. Propõe-se, ademais, criar oportunidades de convivência, fortalecimento de vínculos e construção de práticas solidárias.

Tendo em vista esta proposta, compreende-se que a Psicologia pode desenvolver intervenções que visem contribuir para a realização de determinadas atividades no campo da prevenção da doença e da promoção à saúde. Santos, Quintanilha e Balbello-Araujo (2010) discorrem sobre a atuação do psicólogo na promoção da saúde, investigando práticas desenvolvidas em Vitória, Estado do Espírito Santo, Brasil. Apontam que, apesar de práticas afins à promoção da saúde estarem sendo desenvolvidas no campo da atenção básica em saúde, como grupos com tabagistas e grupos de mulheres, ainda se nota a persistência de ações de caráter individual privado (Santos, Quintanilha, & Balbello-Araujo, 2010), algo que ressalta a importância do cuidado na formação dos futuros psicólogos.

Como exemplos de ações de promoção da saúde, apresenta-se o trabalho de Sei (2016) com um grupo aberto, heterogêneo, de caráter comunitário, desenvolvido em um centro de convivência a partir de uma demanda de obesidade infantil identificada por unidade de saúde da

região. A proposta inicial foi de realizar grupos com crianças, com intervenção intitulada como Oficinas de Saúde e Expressão, tendo havido posterior abrangência da família como um todo, quando a atividade passou a ser intitulada como Artes em Família. As atividades propostas faziam uso de recursos artístico-expressivos com dinâmicas que implicaram no uso de histórias, construção de brinquedos, jogo do rabisco, delineamento do próprio corpo, dentre outras (Sei, 2016), com o intuito de promover saúde dos participantes.

Proposta similar foi realizada por Cintra e Macul (2006) com arteterapia na sala de espera de um centro de atenção a refugiados, com atuação com crianças, adolescentes, adultos e idosos. As autoras compreenderam que a arteterapia se configurou como uma intervenção pertinente por não colocar a comunicação verbal em primeiro plano, lembrando se tratar de pessoas advindas de outros países e que possivelmente ainda não se comunicavam bem em português.

Klein e Guedes (2008) discorrem sobre grupos abertos com gestantes, realizados com o intuito de compartilhar informações e reflexões sobre as mudanças experienciadas durante a gestação. Os encontros grupais dividiam-se se três momentos que incluíam a apresentação das participantes, palestra interativa com discussão de temas concernentes à esta etapa do ciclo vital e finalização incluindo a avaliação do encontro. Observaram que esta proposta de promoção da saúde complementou a assistência pré-natal oferecida, com espaço para expressão de angústia, ambivalências, preocupações, proporcionando alívio às participantes.

Diante deste panorama, entende-se ser pertinente a realização de ações desta natureza em clínicas psicológicas universitárias. Seria possível assim ampliar o acesso da população ao serviço, contribuindo para a construção de um olhar da Psicologia pautado não apenas no tratamento e reabilitação da saúde. Além disso, pode-se contribuir para a formação do futuro psicólogo ao ampliar o olhar acerca das técnicas de intervenção em Psicologia, capacitando os discentes para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, por meio de estratégias grupais. Tendo em vista a experiência com os grupos de espera propostos por Guerrelhas e Silveiras (2000) e a oficina de saúde e expressão desenvolvida por Sei (2016), foram ofertados Grupos de Dinâmicas, para crianças, adolescentes e adultos, na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Assim, este trabalho almeja fazer uma análise crítica da

experiência advinda dos Grupos de Dinâmicas, cujos encontros acontecem desde 2015 até o presente momento, na referida clínica universitária, compreendendo-o como uma interessante estratégia para promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2014) e acolhimento da população que busca o serviço.

DISCUSSÃO

Os Grupos de Dinâmicas consistem em grupos abertos a quaisquer interessados da comunidade interna à universidade (estudantes, funcionários e familiares de funcionários) e externa à universidade (encaminhados por serviços de saúde ou que buscam espontaneamente o serviço), sendo classificados como grupos comunitários, sendo que para Zimerman (2000), os “*grupos comunitários são utilizados na prestação tanto de cuidados primários de saúde (prevenção), como secundários (tratamento) e terciários (reabilitação)*” (p. 59).

Os Grupos de Dinâmicas dividem-se por faixas etárias, assim, há os Grupos de Crianças, direcionados à participação de crianças até 11 anos de idade, Grupos de adolescentes, para participantes com idade entre 12 e 17 anos, Grupos de Adultos, para interessados a partir de 18 anos de idade. Quanto às atividades, são realizados encontros semanais com duração de uma 1h30min, em dois horários diferentes, manhã e tarde, para ampliar o acesso de possíveis interessados.

Por ser um grupo aberto, não pressupõe um número fechado de encontros ou possui um número estabelecido de participantes e critérios de inclusão destes, que implica em grade heterogeneidade dos participantes. Como exemplo, tem-se o grupo infantil que conta com um público composto por crianças encaminhadas por unidades básicas de saúde, filhos de funcionários da universidade e crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento. Em consonância, participam do grupo de adultos desde pais ou avós de crianças que integram o grupo infantil, até irmãos de funcionários da universidade, pessoas com transtornos mentais encaminhadas pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estudantes da universidade.

No que se refere à organização das ações, a cada encontro é proposta uma atividade ou um tema para discussão dos presentes no dia, pressupondo um início e término da proposta no mesmo encontro, haja vista que os participantes podem vir a apenas um encontro sem retornar posteriormente, ou podem permanecer ausentes, voltando a frequentar os encontros conforme desejo e disponibilidade. Não há, assim, uma inscrição prévia dos participantes que podem chegar no horário da atividade e participar do encontro grupal. Com isso, os coordenadores devem ter uma disponibilidade para lidar com as incertezas haja vista tanto a oscilação em relação ao número de integrantes a cada semana, quanto a heterogeneidade das características dos participantes (Skitnevsky, Trevisan, Paiva, Sei, & Maireno, 2017; Zanluqui, Ortolan, Fornasier, & Sei, 2017).

Cada grupo possui de dois a três coordenadores, dependendo da especificidade do público e do número aproximado de usuários. Todos os grupos ocorrem de forma concomitante, entendendo-se que, ao se realizar as atividades no mesmo dia e horário, oportuniza-se que familiares compareçam juntos e cada um participe do grupo adequado ao seu perfil. Cardoso e Munhoz (2013) discorrem sobre um grupo de espera realizado com pais de crianças inscritas no atendimento psicológico de uma clínica universitária. Fizeram uso de ferramentas da arteterapia e puderam observar que a intervenção realizada favoreceu a diminuição da ansiedade em relação ao atendimento dos filhos e a compreensão acerca da problemática enfrentada. A importância de um lugar de acolhimento para pais de crianças atendidas é defendido também por Silva, Ortolan e Sei (2017b), que apontam para o desejo dos pais compreenderem o que se passa com os filhos, além de disporem de um espaço para colocarem suas próprias angústias.

Outra intervenção que integra o projeto de extensão referente ao Grupo de Dinâmicas é o grupo de sala de espera, cujo foco recai nas atividades artístico-expressivas desenvolvidas a cada encontro na própria sala de espera da Clínica Psicológica da UEL. Em relação ao grupo de sala de espera da Clínica Psicológica da UEL, procura-se com esta ação ofertar um espaço de interação social, construção de laços afetivos, desenvolvimento de habilidades manuais e respeito às diferenças. Apesar de não possuir um foco no conteúdo das comunicações verbais dos participantes como em um grupo psicoterapêutico, nota-se o interesse de indivíduos que participam assiduamente dos encontros. Muito do material produzido

pelos participantes e coordenadores é exposto na própria sala de espera, ressignificando este espaço, que acaba por ganhar vida (Cintra & Macul, 2006) e gerar um sentimento de pertença aos participantes.

Os coordenadores dos Grupos de Dinâmicas são sempre discentes de Psicologia, capacitados por meio de supervisões grupais semanais com a presença de todos os coordenadores de grupos, de maneira que um possa conhecer o trabalho que o outro colega está desenvolvendo. A supervisão segue o referencial psicanalítico e, para inserção no projeto, os estudantes passam por um processo seletivo por meio do qual se avalia o interesse e disponibilidade em participar das atividades desenvolvidas.

Entende-se que os Grupos de Dinâmicas são um tipo de intervenção que se aproxima daquilo que é proposto na Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2014), haja vista o trabalho com a saúde ampliada, buscando a inclusão social e o respeito à diversidade, com atuação humanizada, pautada na ética e na solidariedade. Objetiva-se ofertar um espaço de convivência com o diferente, com reconhecimento de potencialidades, formação de redes e parcerias, por meio de práticas pautadas na integralidade do cuidado. Alianças são estabelecidas com serviços diversos do território, seja da saúde, assistência social ou educação, tais como unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial, centros de referência em assistência social, escolas, dentre outros.

Zimerman (2000), ao propor uma classificação das modalidades grupais, indica que os grupos psicoterapêuticos são aqueles que possuem o objetivo de possibilitar a aquisição de *insight* por parte de seus participantes. Considera-se, assim, que os Grupos de Dinâmicas não se pautam em uma premissa psicoterapêutica prévia (Zimerman, 2000), haja vista seu caráter aberto e a ideia de que o participante pode comparecer em apenas um encontro. Por outro lado, tendo em vista os fatores terapêuticos propostos por Yalom e Leszcz (2006), nota-se que fatores como a aprendizagem interpessoal, oferecimento de informações, comportamento imitativo, desenvolvimento de técnicas de socialização, entre outros, que operam neste espaço.

Percebeu-se, ao longo dos dois anos desde a criação dos Grupos de Dinâmicas, que esta atividade favoreceu a promoção da saúde e se apresentou como um espaço de escuta e acolhimento da população. Até o momento foi realizada apenas uma pesquisa sistematizada sobre os

Grupos de Dinâmicas, que se deteve na avaliação especificamente do Grupo de Dinâmicas infantil a partir da perspectiva dos participantes e de seus responsáveis. A partir desta investigação, percebeu-se que crianças e seus responsáveis consideraram o Grupo de Crianças como um espaço de acolhimento, convivência e estabelecimento de vínculos (Silva, Ortolan, & Sei, 2017a). No que se refere à formação em Psicologia, compreende-se que os estudantes puderam ser capacitados para a condução de grupos abertos, que demanda flexibilidade e capacidade de adaptação do profissional (Skitnevsky et al., 2017; Zanluqui et al., 2017). Entende-se que após esta etapa de implementação dos Grupos de Dinâmica na Clínica Psicológica da UEL, com conhecimento desta intervenção por parte da população, faz-se pertinente o empreendimento de novas investigações, sistematizadas, para caracterização do público usuário do serviço, avaliação das ações e questões concernentes à coordenação destes grupos, ampliando a compreensão sobre esta prática e instrumentalizando propostas similares futuras.

REFERÊNCIAS

- Amaral, A. E. V., Luca, L., Rodrigues, T. C., Leite, C. A., Lopes, F. L., & Silva, M. A. (2012). Serviços de psicologia em clínicas-escola: Revisão de literatura. *Boletim de Psicologia*, 62(136), 37-52. Recuperado em 30 de novembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100005&lng=pt&tlng=pt
- Cardoso, A. M., & Munhoz, M. L. P. (2013). Grupo de espera na clínica-escola: Intervenção em arteterapia. *Revista da SPAGESP*, 14(1), 43-54. Recuperado em 30 de novembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000100006&lng=pt&tlng=pt
- Cerioni, R. A. N., & Herzberg, E. (2016). Expectativas de Pacientes acerca do Atendimento Psicológico em um Serviço-Escola: Da Escuta à Adesão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 597-609. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001402014>
- Cintra, M. E. R., & Macul, P. G. S. (2006). Uma experiência de Arteterapia aplicada em sala de espera de um Centro de Acolhimento para Refugiados. *Psicologia para América Latina*, (5) Recuperado em 30 de novembro de

2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100016&lng=pt&tlng=pt

Guerrelhas, F., Bueno, M., & Silvaes, E. F. M. (2000). Grupo de ludoterapia comportamental X Grupo de espera recreativo infantil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2(2), 157-169. Recuperado em 30 de novembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-5545200000200006&lng=pt&tlng=pt

Guerrelhas, F. F., & Silvaes, E. F. M. (2000). Grupos de espera recreativos: Proposta para diminuir o índice de evasão em clínica-escola de psicologia. *Temas em Psicologia*, 8(3), 313-321. Recuperado em 28 de novembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2000000300009&lng=pt&tlng=pt

Klein, M. M. S., & Guedes, C. R. (2008). Intervenção psicológica a gestantes: Contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e profissão*, 28(4), 862-871. Recuperado em 29 de dezembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400016&lng=pt&tlng=pt

Lei n. 4.119 (1962, 27 de agosto). *Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo*. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de em 28 de novembro de 2017, 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm

Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. *Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 29 de novembro de 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

Santos, K. L., Quintanilha, B. C., & Dalbello-Araujo, M. (2010). A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: Teoria e prática*, 12(1), 181-196. Recuperado em 29 de dezembro de 2017, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100015&lng=pt&tlng=pt

Sei, M. B. (2016). Práticas grupais com crianças: Uma proposta para a atenção básica em saúde. In D. P. S. A. Ribeiro, & J. L. F. Abrão (Orgs.), *Práticas grupais na infância: perspectiva psicanalítica* (pp. 79-91). São Paulo: Zagodoni.

Silva, A. C. M., Ortolan, M. L. M., & Sei, M. B. (2017a). Considerações sobre o grupo de dinâmicas infantil da Universidade Estadual de Londrina: O grupo infantil na visão dos usuários. In *Discussões sobre a clínica extramuros: Quais são os settings possíveis? Resumos e textos completos da II Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia* (pp. 124-127). Londrina: UEL.

- Silva, A. C. M., Ortolan, M. L. M., & Sei, M. B. (2017b). O lugar dos familiares no grupo de dinâmicas infantil da Universidade Estadual de Londrina. In *Discussões sobre a clínica extramuros: Quais são os settings possíveis? Resumos e textos completos da II Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia* (pp. 159-164). Londrina: UEL.
- Skitnevszy, B., Trevisan, F. M., Paiva, G. C., Sei, M. B., & Maireno, D. P. A oferta de um espaço para convivência em um serviço-escola de psicologia: as especificidades desta experiência. In *Discussões sobre a clínica extramuros: quais são os settings possíveis? Resumos e textos completos da II Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia* (pp. 67-72). Londrina: UEL, 2017.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Zanlucchi, L. V., Ortolan, M. L. M., Fornasier, S. B. R., & Sei, M. B. (2017). Grupo de dinâmicas com crianças na Clínica Psicológica da UEL. *Caminho Aberto: Revista de Extensão do IFSC*, 4(6), 65-68. Recuperado em 28 de novembro de 2017, de <https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/caminhoaberto/article/view/2069/pdf>
- Zimmerman, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SENSIBILIZARTE E HUMANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Maíra Bonafé Sei¹ (✉ mairabonafe@gmail.com) & Debora Corsino¹

¹ Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil

A humanização é uma Política Nacional instaurada no Brasil há pouco mais de 10 anos, por meio do HumanizaSUS. Com o intuito de garantir um espaço de promoção de saúde, pautado em práticas éticas, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca romper com a verticalização dos saberes, do cuidado e dos modos de gestão (Ministério da Saúde, 2004). Para que este modelo de trabalho seja alcançado a PNH sugere que os serviços sejam norteados pelos seguintes princípios: estímulo ao trabalho em equipe multiprofissional; uso da educação permanente e comunicação de forma efetiva; atuação em rede com serviços de referência; relevância aos aspectos sociais e subjetivos dos sujeitos envolvidos nos processos de cuidado e gestão; garantia da autonomia, participação social e protagonismo dos sujeitos (Ministério da Saúde, 2004).

Para que as práticas humanizadas se disseminem e se perpetuem nos setores de saúde, o documento propõe que: “(...) a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras” (Ministério da Saúde, 2004, p. 11). Entretanto, observa-se que estes conteúdos são pouco abordados e quando são, não há discussões de forma efetiva (Almeida & Chaves, 2013; Silva, Muhl, & Molianni, 2015). Alguns estudos ainda evidenciam que a humanização é um conteúdo pouco presente nos currículos de formação em saúde das instituições públicas (Corsino & Sei, 2016).

Dessa forma é preciso buscar alternativas que possibilitem espaços de discussão e aprendizado sobre políticas de humanização e cuidado. De acordo com Almeida, Franco, Sei, e Zanetti (2016), o processo de modificação curricular em instituições de ensino demanda burocracias

exaustivas, então a extensão universitária torna-se uma possibilidade de suprir estes conteúdos.

Diante deste contexto, diversos projetos buscam discutir a humanização em saúde a partir de metodologias diferenciadas, como intervenções artísticas junto a pacientes hospitalizados, seus acompanhantes e profissionais. Silva, Gallian, e Schor (2016) apresentam a arte literária; Rosevics e colaboradores (2014) apresentam o cinema, a contação de histórias e a arte do *clown*; Claro, Netto, e Valente (2017) colocam as intervenções musicais como transformadoras; e ainda existem diversos projetos pelo Brasil que buscam a humanização na formação e no cuidado em saúde por meio da arte (Oliveira, 2016; Rodrigues & Isaac, 2016; Sato & Ayres, 2015; Vendrame, Paula, Silva, & Santos, 2017).

É com a perspectiva de aproximar os estudantes dos cursos da saúde da Universidade Estadual de Londrina a esta temática, que o projeto Sensibilizarte surgiu em 2007. Após 7 anos de existência com caráter voluntário há uma oficialização como projeto de extensão cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão da universidade em 2014, intitulado de “Sensibilizarte: a arte como instrumento para humanização na formação e no cuidado em saúde”. Dessa forma, o presente trabalho busca apresentar as atividades desenvolvidas no projeto e como este tem influenciado a formação de diversos estudantes e no cuidado exercido nas enfermarias visitadas.

DISCUSSÃO

Trata-se de um relato de experiência, com o intuito de realizar uma análise crítica do projeto em questão. Para tanto, buscou-se discorrer sobre a organização do projeto Sensibilizarte, como são desenvolvidas as capacitações e intervenções, e os resultados gerais obtidos ao longo dos anos.

Neste sentido, as atividades do Sensibilizarte são realizadas pelos estudantes por meio de recursos expressivos, a partir quatro frentes de atuação, conforme as linguagens artísticas de interesse dos estudantes vinculados

ao projeto, quais sejam artesanato, contação de histórias, música e palhaço. Por meio destas atividades, almeja-se alcançar os seguintes objetivos:

- Contribuir para a formação de futuros profissionais da saúde mais humanizados utilizando-se de recursos artísticos como instrumento para sensibilização;
- Proporcionar uma estratégia de acolhimento no campo da saúde pautada em recursos artísticos-expressivos de maneira a dar maior qualidade de vida aos pacientes internados e seus acompanhantes;
- Proporcionar uma integração multiprofissional entre os estudantes e profissionais de diversas especialidades na área da saúde (Sensibilizarte, 2017).

Atualmente o Sensibilizarte é integrado por estudantes da Psicologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Serviço Social, o que totaliza em média 130 colaboradores, título que a universidade dá aos participantes de projetos de extensão. Apesar de se configurar como uma proposta multidisciplinar, a atual coordenação é realizada pela Psicologia, visto que o projeto é vinculado ao Departamento de Psicologia e Psicanálise da referida instituição.

Apesar de possuir uma docente responsável, o Sensibilizarte conta com uma equipe de coordenação discente, composta por estudantes participantes do projeto, que organizam as atividades gerais e específicas do projeto. Esta equipe conta com os seguintes cargos: 2 coordenadores gerais; 1 coordenador de comunicação; 2 coordenadores de cada frente de atuação. Esta abordagem oferta aos colaboradores a possibilidade de desenvolvimento profissional enquanto coordenador para quem se propõe a compor a equipe, como proporciona um espaço de diálogo horizontal para todos colaboradores do projeto.

Os estudantes que compõem a equipe de coordenação são responsáveis por organizar as capacitações, que são atividades formativas para atuação no projeto, tanto gerais como específicas. O que fica caracterizado como capacitações gerais são: eventos de Humanização em Saúde; agenda de visitas intra e extra-hospitalares; participação em campanhas de saúde; palestra com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário; discussões teóricas acerca da PNH e de literaturas pertinentes ao projeto; exibição de filmes; entre outras. Além

destas atividades, os coordenadores discentes realizam reuniões mensais para discutirem o andamento do projeto e acordarem de forma democrática as decisões sobre eventos e atividades. Os estudantes que se responsabilizam pelas coordenações de frente são responsáveis por organizar as atividades de interação do grupo; mediar as decisões sobre capacitações e intervenções; pensar atividades específicas para a linguagem artística de referência, e manter a coordenação geral informada sobre o andamento da frente. Já os coordenadores gerais são encarregados de convocar as reuniões de coordenação e levantar todas as pautas destas; estar à frente da organização de eventos; organizar palestras e discussões teóricas pertinentes; além de manter o contato entre equipe de coordenação discente e coordenação docente.

Todo ano é organizado o Simpósio de Humanização em Saúde, que trabalha com palestras e mesas redondas de acordo com o eixo levantado pelos coordenadores da gestão, além de apresentar o trabalho desenvolvido por cada frente a partir de intervenções previamente planejadas. Além de possuir a função de disseminação do ideal do Sensibilizarte, o Simpósio tem por função iniciar o Processo Seletivo para cadastro de novos colaboradores. O Processo Seletivo é composto por 3 fases: Prova teórica com os conteúdos abordados no simpósio; Discussão teórica com texto científico levantado pelos coordenadores; e Prova prática em que cada frente faz uso de critérios específicos. As fases não desclassificam, assim todos candidatos participam de todas fases, o que se considera levar a um resultado mais justo.

Após o Processo Seletivo, os novos estudantes participam de um período de capacitação, em que estão inclusas as atividades individuais da linguagem artística escolhida, como por exemplo: artesanato realiza diversas atividades manuais; música ensaia o repertório pré-selecionado; a contação de história utiliza técnicas teatrais e de comunicação; e o palhaço trabalha com a linguagem do *clown*. Além disso, em todas as frentes são realizadas capacitações de relacionamento de grupo, comunicação interpessoal, desenvolvimento do olhar, potencialização do cuidado de si e do outro, e especificidades do trabalho de sensibilizartista no hospital. A importância da capacitação é também apontada por Rosevics et al. (2014) que defendem a existência de variadas frentes de atuação, buscando encaixar as diversas personalidades dos estudantes vinculados a este tipo de proposta.

Então, após o período de formação de sensibilizartista, os discentes passam a realizar intervenções junto às pessoas internadas, seus acompanhantes e os profissionais dos setores no Hospital Universitário. As enfermarias visitadas frequentemente são: pediatria; feminina; masculina e maternidade, e eventualmente são visitados os prontos socorros pediátrico e adulto. Além das intervenções regulares, realizam-se algumas atividades voltadas para datas comemorativas, como dia das mães, dia dos pais, dia das crianças e natal.

A avaliação dos resultados que o projeto alcança é realizada de forma continuada, por meio de relatos dos colaboradores coletados em feedbacks pós-entradas e em relatórios mensais. Além disso, a partir de trabalhos apresentados em eventos culturais e científicos, os colaboradores disseminam estes resultados e relatam as experiências e aprendizados alcançados a partir das vivências no projeto.

No que se refere às experiências com as frentes de atuação, Whays e Sei (2016) apontam que o ser palhaço proporcionado pela arte do *clown*, convoca o colaborador a reconhecer o erro, se permitir errar, e sentir o sofrimento gerado por este erro, o que potencializa a formação no sentido de convocar um lado do profissional que em geral é repudiado nos setores de saúde. Oliveira (2016) argumenta não ser necessário que este tipo de ação seja desempenhada por um artista ou palhaço profissional, mas sim por indivíduos sensíveis, solidários, empáticos e dispostos a se entregar ao contato com os enfermos e seus familiares. Compreende-se que este tipo de visão se sintoniza com o olhar adotado pelo Sensibilizarte, especialmente por ser um projeto integrado por discentes especificamente da área da saúde e não das artes.

Vieira, Corsino e Sei (2016) colocam que, na frente de música, os colaboradores se deparam com situações novas a cada entrada e com pedidos de músicas diferenciadas, o que demanda dos colaboradores uma reinvenção cotidiana de suas práticas. Claro et al. (2017) investigaram os efeitos da música diante da hospitalização, tendo em vista as intervenções artísticas realizadas no Hospital Universitário Antônio Pedro, por meio de um projeto de extensão da Universidade Federal Fluminense. Esta pesquisa partiu da visão dos próprios pacientes e também dos profissionais, percebendo-se que houve melhoras no humor, diminuição da dor, do desconforto e da ansiedade, com relaxamento e qualidade no sono (Claro et al., 2017).

Miranda, Murata e Sei argumentam que no artesanato existe a possibilidade de um espaço de fala, em que o colaborador, ao ouvir os relatos dos usuários, conseguem retirar-se da postura biocêntrica, e colocar-se em um local que entenda cada indivíduo com suas bagagens. Este tipo de proposta difere da livre expressão (Oliveira, 2016), dado que há uma limitação no tipo de atividade que pode ser efetuada no hospital em decorrência dos riscos de contaminação. Com isso, a equipe responsável por esta frente prepara previamente os materiais que serão utilizados, sem haver a necessidade de recortar papéis ou manipular objetos, com atividades de fácil realização pelos indivíduos (pessoas internadas e seus acompanhantes) que aceitam participar da proposta.

Oliveira, Murata e Sei (2015), a partir de uma pesquisa com psicólogos que foram colaboradores do projeto, compreenderam que na contação de histórias existe a possibilidade de inserir o usuário no enredo da história, fazendo-o participar como personagem ativo, o que impacta positivamente na hospitalização visto que, estes sempre são submetidos a procedimentos que não podem ser negados. Vendrame et al. (2017), por outro lado, ressalta o papel de promoção da leitura que a contação de histórias no contexto hospitalar por ter, tendo em vista a experiência de um projeto de extensão realizado no Hemocentro Regional de Maringá – PR. Ressalta-se que as ações descritas pelos autores são realizadas por discentes e profissionais vinculados à Pedagogia e à Educação Física, sendo natural o foco dado ao caráter educativo que a contação de história pode ter, diferentemente do Sensibilizarte, cujas intervenções são empreendidas unicamente por discentes de cursos da Saúde.

Já o projeto “ProCura – a arte da vida”, da Universidade Federal do Paraná, teve um início similar ao Sensibilizarte, restrito aos estudantes de Medicina. Contudo, depois se abriu aos discentes dos demais cursos do Setor de Ciências da Saúde, por se reconhecer a importância de habilidades para o trabalho em equipe multidisciplinar (Rosevics et al., 2014).

A humanização em saúde pode não apenas se centrar em atividades com a população como também pode ter o papel de transformar o próprio espaço físico dos hospitais e demais serviços de saúde. Neste sentido, Sato e Ayres (2015) discorrem sobre o papel da arte na modificação da sala de espera de uma unidade básica de saúde como um instrumento para a humanização em saúde. Focalizaram, assim, a questão da ambiência, ou

seja, o cuidado destinado ao espaço físico, tendo em vista o quanto que este local pode, em si, proporcionar o acolhimento.

O Sensibilizarte já conta com 10 anos de existência tendo-se percebido que a formação oferecida contribuiu para uma atuação profissional mais humanizada a partir do desenvolvimento de um olhar e uma escuta diferenciada ao paciente atendido no âmbito da saúde. Acredita-se que tal resultado reforça a manutenção deste tipo de proposta de formação profissional que, para além da teoria, propõe uma atuação prática e consequente benefício à população que faz uso de equipamentos públicos de saúde brasileiros.

REFERÊNCIAS

- Almeida, D. V., & Chaves, E. C. (2013). O ensino da humanização nas disciplinas dos cursos de graduação em enfermagem. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(1), 44-53. Recuperado em 29 nov 2017, http://www.scielo.org.com/scielo.php?pid=S0120-53072013000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
- Almeida, M. C. D. S., Franco, R. S., Sei, M. B., & Zanetti, S. A. S. (2016). A formação do psicólogo clínico: considerações a partir de um projeto de extensão com famílias. *Revista Sul Americana de Psicologia*, 4(2), 273-297. Recuperado em 29 nov 2017, de <http://www.revista.unisal.br/am/index.php/psico/article/view/77/119>
- Claro, L. B. L., Netto, D. V., & Valente, L. R. (2017). Percepções de pacientes e profissionais de saúde sobre as visitas musicais do programa de extensão “Boa Noite, Bom Dia HUAP”. *Revista Conexão UEPG*, 13(1), 66-83. Recuperado em 29 nov 2017, de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/9278/5495>
- Corsino, D. L. M., & Sei, M. B. (2016). Humanização na saúde nos currículos dos cursos de Psicologia nas universidades públicas paranaenses. *Anais do Encontro Anual de Iniciação Científica da UEL*, n. 2. Recuperado em 29 nov 2017, de http://www.uel.br/eventos/eaic/anais/?content=2016/anais_resumo.php&cod_artigo=163
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização*. Recuperado em 29 nov 2017, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

- Oliveira, W. D. (2016). O Núcleo de Humanização, Arte e Saúde: Uma experiência coletiva de produção social de saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(18), 214-230. Recuperado em 29 dez 2017, de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4224/4632>
- Oliveira, G. C., Murata, M. M., & Sei, M. B. (2015). A influência do projeto Sensibilizarte na formação do Psicólogo. *Psicologia: Ensino & Formação*, 6(2), 68-86. Recuperado em 29 dez 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v6n2/v6n2a06.pdf>
- Miranda, F. S., Murata, M. M., & Sei, M. B. (2016). O artesanato como ferramenta de humanização e cuidado em saúde. In *Anais do 7º Sim Saúde – Simpósio em Saúde 2016*. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, 2016, 5, p. 43. Recuperado em 29 nov 2017, de <http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArcHI/article/view/1756>
- Rodrigues, B., & Isaac, R. (2016). A influência da música nos métodos de cura da atualidade. *INTEGRATIO*, 2(2), 61-64. Recuperado em 29 nov 2017, de <http://fnbonline.com.br/revista/integratio/index.php/INT/article/viewFile/51/48>
- Rosevics, L., Aguiar, D. A., Borges, C. R., Filho, R. H., Yamashita, T. S., Manchack, A. C., & Azevedo, V. F. (2014). ProCura – a arte da Vida: Um Projeto pela Humanização na Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 38(4), 486-492. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000400010>
- Sato, M., & Ayres, J. R. C. M. (2015). Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. *Interface (Botucatu)*, 19(55), 1027-38. Recuperado em 29 nov 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-3283201500401027&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sensibilizarte. (2017). *Sensibilizarte: A arte como instrumento para humanização na formação e no cuidado em saúde*. Recuperado em 29 dez 2017, de: <http://www.uel.br/projetos/sensibilizarte/>. Acesso em 29 nov 2017.
- Silva, L. A., Muhl, C., & Moliani, M. M. (2015). Ensino médico e humanização: Análise a partir dos currículos de cursos de medicina. *Psicologia Argumento* 33(8), 298-309. <https://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO06>
- Silva, M. R., Gallian, D. M. C., & Schor, P. (2016). Literatura e Humanização: uma Experiência Didática de Educação Humanística em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(1), 93-101. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01542015>
- Vendrame, E. C. S., Paula; E. M. A. T., Silva, L. T., & Santos, M. A. (2017). Era Uma Vez... A Contação de Histórias como Ação Humanizadora no Hemocentro. *Cadernos de Pesquisa: Pensamento Educacional*, 12(30), 176-190. Recuperado em 29 dez 2017, de <http://seer.utp.br/index.php/a/article/view/511/457>

- Vieira, R. B. A. P., Corsino, D. L. M., & Sei, M. B. (2016) Sensibilizar através da música. In: *Anais do 7º Sim Saúde – Simpósio em Saúde 2016*. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, 2016, 5, p. 52. Recuperado em 29 nov 2017, de <http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArcHI/article/view/1765>
- Wayhs, G. D., & Sei, M. B. (2016). A Formação do profissional da saúde e o ‘ser palhaço’ como recurso humanizador. In *Anais do 7º Sim Saúde – Simpósio em Saúde 2016*. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, 5, p. 9. Recuperado em 29 nov 2017, de: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArcHI/article/view/1723>

IDADES DOS AFETOS: CRENÇAS SOBRE A RELAÇÃO INTERGERACIONAL

Márcia Seguro¹ (✉ marciafilipaseguro@hotmail.com) & Isabel Leal²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Promoting Human Potential Research Group, Lisboa, Portugal; ² ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

O envelhecimento populacional constitui um dos principais desafios do século XXI e, concomitantemente, uma das principais preocupações dos serviços sociais e de saúde (Ferreira, 2011), que prevê questões a vários níveis. A nível social resulta na coexistência de diferentes gerações cujas relações são condicionadas pelo contexto, história e cultura (Sousa, 2006); a nível familiar promove a mudança estrutural com o aumento das relações verticais em detrimento das relações horizontais (Block, 2000; Geurts, Tilburg, & Poortman, 2012; Hagestad, 1988; Hodgson, 1992; Mills, 2001) e, por fim, a nível individual aumenta a duração e importância de determinados papéis e possibilita a prática de outros (Albrecht, 1954; Barranti, 1985; Bernal & Anuncibay, 2008; Boon, Shaw & MacKinnon, 2008; Harper, 2006; Harwood & Lin, 2000; Kemp, 2007; Kivnick, 1982; Lakó, 2014; Moorman & Stokes, 2014; Rigby, Gair, & Thorpe, 2015; Silverstein & Long, 1998; Silverstein & Marengo, 2001; Triadó, Villar, Solé, Osuna, & Pinazo, 2005).

A par desta realidade, acrescem outras mudanças sociais, culturais e familiares que conferem uma rede de suporte socio-emocional frágil e impactante no desenvolvimento cognitivo, moral e socio afetivo das crianças (Bengtson, 2001; Gomes-Pedro, 2006; Harper, 2006; Silverstein & Marengo, 2001).

Enquanto avós, a população envelhecida dá sentido às dificuldades das crianças (Lakó, 2014) e promove a sua estabilização em período de crise (Albrecht, 1954; Timberlake, 1981; Wood & Liossis, 2007), quer desempenhando um não convencional (enquanto primeiro prestador de cuidados)

ou convencional (enquanto auxiliar dos progenitores, e portanto funcionando em termos instrumentais emocionais e sociais e simbólicos. Em suma, apesar de relevantes, as relações intergeracionais entre avós e netos apresentam pouca substância científica em termos educacionais e clínicos. A atenção científica tem recaído sobre a dinâmica do ciclo da vida e, neste sentido, os idosos são comparados às crianças pela necessidade de cuidados e afetos. O estudo objetiva a construção e validação de uma escala de crenças sobre as relações intergeracionais entre avós e netos, procurando atender à questão geral de investigação: Quais as crenças das crianças sobre as relações intergeracionais?

MÉTODOS

Participantes

A amostra é constituída por 281 crianças, 125 do género masculino e 156 do género feminino, com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos de idade ($M=9,49$; $SD=1,682$) e capacidade de ler e compreender a língua portuguesa. Deste total, 73 crianças não têm irmãos e as restantes 208 têm entre 1 a 4 irmãos com tempos de vida entre os 0 e 36 anos de idade.

Material

Foram construídos três instrumentos, com suporte na literatura. O primeiro consta num questionário sociodemográfico de caracterização da amostra, o segundo consta num questionário de caracterização das relações intergeracionais e o terceiro constitui em uma escala de crenças sobre as relações intergeracionais entre avós e netos, desenvolvido com base em três entrevistas semiestruturadas em profundidade realizadas a crianças. Inicialmente formada por 31 itens distribuídos de forma aleatória, após validação, foi reduzida a 22 itens avaliados segundo uma escala de *likert* de 5 pontos (1 “discordo totalmente” a 5 “concordo totalmente”), variando a pontuação total entre 22 e 110 pontos.

Procedimento

O estudo contempla três fases, sendo que a primeira visa a construção dos questionários, destacando-se a construção da escala. Para efeitos de construção e validação semântica da escala, foi elaborado um guião a partir do qual foram realizadas três entrevistas semiestruturadas em profundidade e respectiva análise de conteúdo. Por conseguinte, foram formulados os itens constituintes da escala e foi realizado um pré-teste com três crianças de modo a verificar a compreensão dos itens e a proceder ao ajustamento dos mesmos.

A segunda fase visa a validação psicométrica do instrumento construído, da qual decorreu a recolha da amostra por meio da entrega de protocolos num agrupamento de escolas e três instituições particulares de solidariedade social do distrito de Lisboa. Consequente à recolha, foram assegurados os pressupostos relativos à amostra e requeridos critérios para conduzir a análise, dizendo respeito ao seu tamanho (equivalente a um total de 217 a 310 inquéritos) e representação de dados omissos (inferior a 5%). Por fim procedeu-se à análise dos pressupostos de sensibilidade, validade de constructo e fiabilidade.

A terceira fase visa a descrição geral das crenças através da escala validada e tendo por base a análise descritiva precedente. Foram também elaborados alguns testes estatísticos para análise de correlações. Todas as pesquisas foram elaboradas com o *software SPSS (v.24)*.

RESULTADOS

Validação Psicométrica da Escala

Em termos de sensibilidade, a análise descritiva evidenciou uma distribuição aproximadamente normal, sem desvios grosseiros. Em termos de validade de constructo, a Análise Fatorial Exploratória indicou uma boa fatorabilidade da matriz de correlações ($KMO=0,091$). Procedeu-se à matriz das componentes principais, na qual foram retidos 4 fatores (PI – Papel Instrumental; PE – Papel Emocional; PSS – Papel Social e Simbólico; PNC – Papel Não Convencional) com bons índices psicométricos que possibilitaram a identificação das crenças em cada fator.

Procedeu-se à rotação de fatores pelo método Varimax e à estimação dos valores dos fatores pelo método Barlett. As comunalidades, assim como a matriz de componente rotativa, permitiram avaliar a representação de cada item no modelo, resultando na exclusão de 9 itens (item 3, 5, 7, 9, 27, 28, 29, 30 e 31). Em termos de fiabilidade, de forma geral, a análise da consistência interna por meio do *alpha de Cronbach* verificou a fiabilidade apropriada dos fatores [PI ($\alpha=0,83$), PE ($\alpha=0,81$), PSS ($\alpha=0,86$) e PNC ($\alpha=0,66$)].

Quadro 1

Modelo de Análise Fatorial Exploratória

Item	Fatores				Comunalidades
	PI	PE	PSS	PNC	
8. Os avós são as pessoas mais próximas de mim.	0,753	0,169	0,026	0,034	0,598
10. Os avós ajudam-me nos trabalhos de casa.	0,563	0,103	-0,009	0,121	0,343
14. Os avós são as pessoas mais disponíveis para mim.	0,763	0,172	0,105	-0,021	0,623
16. Os avós ensinam-me o que devo e/ou não fazer.	0,433	0,332	0,415	-0,017	0,470
17. Os avós são as pessoas mais preocupadas comigo.	0,743	0,103	0,232	-0,073	0,622
22. Os avós são as pessoas mais compreensivas comigo.	0,726	0,136	0,288	-0,146	0,650
26. Os avós são as pessoas mais pacientes comigo.	0,624	0,046	0,368	-0,258	0,593
1. Tenho uma boa relação com os avós.	0,190	0,810	0,031	-0,175	0,723
2. Sinto amor, carinho e afeto pelos avós.	0,180	0,804	0,061	-0,145	0,704
4. Sinto-me feliz, alegre e contente quando estou com os avós.	0,246	0,701	0,276	-0,031	0,628
6. Acho que os avós sentem amor, carinho e afecto por mim.	0,138	0,697	0,289	-0,090	0,597
11. Fico contente quando vejo que os avós têm capacidades e saúde.	-0,083	0,486	0,347	0,003	0,363
21. Dou miminhos e carinho aos avós.	0,302	0,468	0,389	-0,143	0,482
15. Gostava de passar mais tempo com os avós.	0,183	0,131	0,684	-0,127	0,534
20. Acho que os avós gostavam de passar mais tempo comigo.	0,020	0,107	0,761	-0,050	0,593
23. Divirto-me com os avós.	0,302	0,424	0,593	-0,157	0,648
24. Os avós brincam comigo.	0,433	0,418	0,452	-0,055	0,569
25. Acho que os avós divertem-se comigo.	0,277	0,293	0,695	-0,114	0,659
12. Os avós dão-me dores de cabeça, irritam-me e/ou batem-me.	0,023	-0,177	0,031	0,765	0,363
13. Estar com os avós é chato.	-0,040	-0,170	-0,047	0,687	0,505
18. Acho que os avós sentem que eu dou-lhes dores de cabeça.	0,302	-0,026	-0,190	0,651	0,461
19. Acho que os avós sentem que é chato estar comigo.	-0,105	-0,003	-0,117	0,718	0,541
<i>Eigenvalue</i>	7,982	2,166	1,677	1,308	
Variância explicada	34,704	9,416	7,291	5,687	

Análise Descritiva

Como forma de verificar quais os papéis de maior relevância para as crianças, realizou-se uma análise de médias, da qual se pode inferir um PNC e PI pouco significativos, PSS significativo e PE muito significativo. Ou seja, crianças tendem a perceber uma relação convencional com uma forte componente emocional, rejeitando aspetos de valência emocional negativa.

Procedeu-se ao teste *t-student* para amostras independentes, no sentido de verificar se as crenças variam consoante o género da criança ($p < 0,005$). Os resultados revelam não haver diferenças estatisticamente significativas entre géneros em termos de crenças relativas aos PI ($p = 0,332$), PE ($p = 0,114$) e PSS ($p = 0,508$). Contudo verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino ($m = 1,42$) e masculino ($m = 1,60$) no que diz respeito às crenças inerentes ao PNC ($p = 0,023$), o que sugere uma maior identificação do género masculino com as afirmações consignadas ao papel não convencional.

DISCUSSÃO

Primeiramente, no que concerne à construção e validação da escala, importa salientar duas conclusões. A primeira diz respeito às características psicométricas do instrumento e vinculação com a literatura utilizada. A análise estatística permitiu identificar a existência de quatro factores latentes com indicadores psicométricos adequados e agrupados segundo a lógica de diferenciação da relação convencional (que contempla os papéis emocional, instrumental e social e simbólico) e não convencional (que contempla a soma ou evitamento de papéis, com repercussões negativas para ambos os intervenientes). Ou seja, foi construído e validado um instrumento, consolidando um passo na investigação sobre as relações intergeracionais.

A segunda diz respeito às possibilidades de utilização da escala enquanto instrumento de avaliação, diagnóstico ou intervenção. Primeiramente, avaliar crenças consiste numa estratégia para conhecer um amplo conjunto de percepções e identificar aspectos relacionados; secundamente,

intervir consiste num conjunto de estratégias que permitem influenciar crenças, atitudes, intenções e comportamento. Ou seja, a qualidade e sucesso da relação entre avós e netos é influenciada pelas crenças dos netos, que por sua vez têm origem na influência que os avós têm na sua vida. Assim, as crianças que experimentam proximidade, compreensão e reconhecimento por parte dos avós, percebem uma relação positiva, autêntica e amigável (Kennedy, 1992). Por outro lado, quando as crianças não experimentam estes sentimentos, percebem uma relação negativa, devendo ocorrer uma reconfiguração das crenças no sentido do estabelecimento de uma relação benéfica e afetuosa.

Segundamente, no que concerte à análise descritiva decorrente da escala validada, importam discutir duas conclusões. A primeira, relativa ao facto de não terem sido verificadas diferenças entre géneros em torno do PI, PE e PSS, o qual pode ser justificado pelo facto das crianças, de modo geral e sem exclusividade de géneros, apreciarem um conjunto de características dos avós, as quais dizem respeito á suas qualidades indulgentes (Kahana & Kahana, 1971) e promotoras de criatividade, realização, competência, estrutura e estabilidade (Timberlake, 1981). Assim e, uma vez que as crenças remetem para a informação que a criança dispõe em relação aos avós, estas serão inequivocamente influenciadas pelo seu gosto e preferência, alheios ao género.

A segunda, relativa ao facto de se verificarem diferenças entre géneros no que diz respeito ao PNC, o qual pode ser justificado pelo facto do papel não convencional tender a verificar-se em relações não convencionais, onde os avós assumem o papel de primeiros prestadores de cuidados, abdicando de um papel único e de cuidados especiais. Sabemos *à priori* que as crianças que vivem aos cuidados dos avós apresentam diferenças significativas entre géneros, nomeadamente em termos de fatores de saúde (género masculino mais suscetível a doença) e ajustamento escolar (género masculino mais propenso a comportamentos desajustados) (Salomon & Marx, 1995). Assim, tem-se que as situações disruptivas que tendem a estar na origem destas mudanças de papéis por parte dos avós, são vividas de maneira mais problemática pelo género masculino, o que leva a uma maior identificação com crenças de um papel com valência emocional negativa.

Por fim, no que respeita às limitações do presente estudo, destaca-se o facto da melhor solução poder apresentar itens pouco apropriados à

nomeação do fator e ficarem por explorar as características inerentes aos pais e aos avós, que por serem elementos da tríade prevêm-se modelos importantes e impactantes nas crenças das crianças. Assim, a presente investigação representa um passo no longo caminho da pesquisa sobre as relações intergeracionais, em idades precoces, dada a sua crescente representação social, onde por um lado, os netos têm um maior número de avós vivos (Kivett, 1991) e, por outro, os avós assumem este papel mais tarde, de forma mais ativa (Strecht, 2016) e partilhada. Importa investir e repensar esta relação, preponderante para o desenvolvimento mútuo de várias gerações. Tanto porque as crianças de hoje são os adultos de amanhã e, igualmente, os netos de hoje serão os avós de amanhã. Certos de que “Melhores avós, melhores netos. Certos de que sobre modelos de relação precoces ficarão sementes que germinarão sempre, pela vida fora, mesmo à distância do que já foi vivido, mesmo depois da presença física daqueles que certamente só privaram connosco nos anos iniciais das nossas vidas, pois a sua memória é eterna e o nosso diálogo interior com cada um deles... perpétuo” (Strecht, 2016, p. 10).

REFERÊNCIAS

- Albrecht, R. (1954). The Parental Responsibilities of Grandparents. *Marriage and Family Living*, 16(3), 201-204. <http://dx.doi.org/10.2307/348486>
- Barranti, C. C. (1985). The Grandparent/ Grandchild Relationship: Family Resource in an Era of Voluntary Bonds. *Family Relations*, 34, 343-352. <http://dx.doi.org/10.2307/583572>
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x>
- Bernal, J. G., & Anuncibay, R. F. (2008). Intergenerational grandparent/grandchild relations: The socioeducational role of grandparents. *Educational Gerontology*, 34, 67-88. <http://dx.doi.org/10.1080/03601270701763993>
- Block, C. E. (2000). Dyadic and gender differences in perceptions of the grandparent-grandchild relationship. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51 (2), 85-104. <http://dx.doi.org/10.2190/VKCU-GN6A-27MU-4867>

- Boon, S. D., Shaw, M. J., & MacKinnon, S. L. (2008). Grandparent Health and Young Adults' Judgments of Their Grandparent-Grandchild Relationships. *Journal of Intergenerational Relationships*, 6(2), 155-173. <http://dx.doi.org/10.1080/15350770801955115>
- Geurts, T., Tilburg, T. G., & Poortman A. (2012). The grandparent-grandchild relationship in childhood and adulthood: A matter of continuation? *Personal Relationships*, 19, 267-278. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2011.01354.x>
- Hagestad, G. O. (1988). Demographic Change and the Life Course: Some Emerging Trends in the Family Realm. *Family Relations*, 37(4), 405-410. <http://dx.doi.org/10.2307/584111>
- Harper, S. (2006). Papéis dos avós nas famílias multigeracionais dos nossos dias. *POVOS E CULTURAS – Os avós como educadores*, 10, 25-38.
- Harwood, J., & Lin, M. (2000). Affiliation, Pride, Exchange, and Distance in Grandparents' Accounts of Relationships with Their College-Aged Grandchildren. *Journal of Communication*, 50(3), 31-47. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02851.x>
- Harwood, J. (2004). Relational, role and social identity as expressed in grandparents' personal web sites. *Communication Studies*, 55(2), 300-318. <http://dx.doi.org/10.1080/10510970409388621>
- Hodgson, L. G. (1992). Adult Grandchildren and Their Grandparents: The Enduring Bond. *The International Journal of Aging and Human Development*, 34(3), 209-225. <http://dx.doi.org/10.2190/PU9M-96XD-CFYQ-A8UK>
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2016). *Estatísticas Demográficas 2015*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística I.P.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1971). Theoretical and Research Perspectives on Grandparenthood. *Aging and Human Development*, 2, 261-268. doi: 10.2190/AG.2.4.c
- Kemp, C. L. (2007). Grandparent-Grandchild Ties. *Journal of Family Issues*, 28(7), 855-881. <http://dx.doi.org/10.1177/0192513X07299599>
- Kennedy, G. E. (1992). Shared Activities of Grandparents and Grandchildren. *Psychological Reports*, 70, 211-217. <http://dx.doi.org/10.2466/PRO.70.1.211-227>
- Kivett, V. R. (1991). The Grandparent-Grandchild Connection. *Marriage & Family Review*, 16, 267-290. http://dx.doi.org/10.1300/J002v16n03_04

- Kivnick, H. Q. (1982). Grandparenthood: An Overview of Meaning and Mental Health. *The Gerontologist*, 22(1), 59-66. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/22.1.59>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.) Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Mills, T. L. (2001). Research on Grandparent and Grandchild Relationships in the New Millennium: An Overview of the Special Issue. *Journal of Family Issue*, 22 (4), 403-406. <http://dx.doi.org/10.1177/019251301022004001>
- Moorman, S. M. & Stokes, J. E. (2013). Solidarity in the Grandparent-Adult Grandchild Relationship and Trajectories of Depressive Symptoms. *The Gerontologist*, 56 (3), 408-420. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu056>
- Rigby, E., Gair, S., & Thorpe, R. (2015). Surviving Intervention: Grandparent's Struggle to Maintain Relationships with their Grandchildren Following Contact with Child Protection Services. *Children Australia*, 41, 98-105. <http://dx.doi.org/10.1017/cha.2015.51>
- Salomon, J. C., & Marx, J. (1995). "To Grandmother's House We Go": Health and School Adjustment of Children Raised Solely by Grandparents'. *The Gerontologist*, 35(3), 386-394. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/35.3.386>
- Silverstein, M., & Long, J. (1998). Trajectories of Grandparents' Perceived Solidarity with ADULT Grandchildren: A Growth Curve Analysis over 23 Years. *Journal of Marriage and the Family*, 60(4), 912-923. <http://dx.doi.org/10.2307/353634>
- Silverstein, M., & Marenco, A. (2001). How Americans Enact the Grandparent Role Across the Family Life Course. *Journal of Family Issues*, 22(4), 493-522. <http://dx.doi.org/10.1177/019251301022004006>
- Sousa, L. (2006). Avós e netos: uma relação afetiva, uma relação de afetos. *POVOS E CULTURAS – Os avós como educadores*, 10, 39-50.
- Strecht, P. (2016). *Queridos avós- O papel dos avós na vida dos netos (de A a Z)*. Lisboa: Verso da Kapa.
- Thiele, D. M., & Whelan, T. A. (2006). The Nature and Dimensions of the Grandparent Role. *Marriage & Family Review*, 40(1), 93-108. http://dx.doi.org/10.1300/J002v40n01_06
- Timberlake, E. M. (1981). The Value of Grandchildren to Grandmothers. *Journal of Gerontological Social Work*, 3(1), 63-76. http://dx.doi.org/10.1300/J083V03N01_07
- Tinsley, B. J., & Parke, R. D. (1987). Grandparents as Interactive and Social Support Agents for Families with Young Infants. *The International Journal of*

Aging and Human Development, 25(4), 259-277. <http://dx.doi.org/10.2190/91M7-1JMA-UQV6-0VH3>

Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna M., & Pinazo. S. (2005). The Meaning of Grandparenthood: Do Adolescent Grandchildren Perceive the Relationship and Role in the Same Way as Their Grandparents Do? *Journal of Intergeneratioal Relationships*, 3(2), 101-120. http://dx.doi.org/10.1300/J194v03n02_07

Wood, S., & Liopsis, P. (2007). Potentially Stressful Life Events and Emotional Closeness Between Grandparents and Adult Grandchildren. *Journal of Family Issues*, 28(3), 380-398. <http://dx.doi.org/10.1177/0192513X06293893>

SÍNDROME DE BURNOUT: INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA ATRAVÉS DA PSICOLOGIA POSITIVA

Maria Áurea Maciel Boechat¹ & Rute F. Meneses²

¹FCBS – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal; ²FCBS – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, CTEC – Centro Transdisciplinar de Estudos da Consciência, FP-B2S – Centro de Investigação em Ciências Sociais e do Comportamento, HE – Hospital-Escola, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Diferente das psicoterapias tradicionais, que têm seu foco nos tratamentos das doenças ou distúrbios, a psicologia positiva tem como princípio o estudo e trabalho preventivo, de maneira que o indivíduo/ organizações estejam preparados para o não adoecimento. Com base nos seus princípios – emoções positivas, traços de caráter positivos, relacionamentos positivos e instituições positivas – pretende-se trabalhar o *burnout* e desta forma desenvolver um projeto de investigação.

Burnout

Nas últimas décadas, diferentes estudos internacionais indicam que o estresse ocupacional, incluindo o *burnout*, vem crescendo fortemente (França & Limongi, 2007). Esse fato implica em altos custos sociais para os países, e estima-se que a União Europeia gaste uma considerável quantia de seus recursos nas pesquisas e tratamentos das consequências negativas do estresse ocupacional, como o absenteísmo, o afastamento do emprego e outras consequências. Alguns fatores são observados e podem contribuir para o desenvolvimento do *burnout*. Podemos citar por exemplo a expansão de serviços, o estresse no trabalho, a relação da chefia seus subordinados, número de horas trabalhadas, entre outros.

O desenvolvimento do *burnout* como uma noção psicológica ocorreu em dois momentos. Inicialmente, na fase pioneira, por um olhar clínico

que prevaleceu, caracterizado pela mera descrição dos sintomas da síndrome de *burnout*; na segunda fase, a fase empírica, pelos estudos de psicólogos sociais e organizacionais, que sistematizaram e estandardizaram os instrumentos de avaliação Schaufeli e Enzmann (1998).

Na maioria das definições, o conceito de *burnout* se baseia nos sintomas, mostrando-se uma longa lista de problemas que tendem a ignorar o aspecto dinâmico da síndrome. Para Schaufeli e Enzmann (1998), *burnout* não era uma síndrome nova, ela já ocorria no passado. Porém, devido à descoberta de diversos fatores associados, ela só foi “descoberta” nos anos 1970, sendo um tipo de estresse ocupacional prolongado e crônico, atingindo especialmente os profissionais que lidam diretamente com o ser humano (professores, médicos, enfermeiros etc). Esses profissionais, cujas atividades estão diretamente envolvidas com os problemas humanos, muitas vezes acabam por se envolver de forma tão intensa com as dificuldades psicológicas, físicas e sociais das pessoas que acabam por se tornar alvo de estresse profissional crônico.

Maslach e Leiter (1997) consideram que, na atualidade, o desgaste emocional e físico no ambiente de trabalho é sempre mais provável quando há um desencontro entre o tipo de trabalho ou tarefa a ser realizada e as características do indivíduo. Esse desgaste pode acontecer também quando a pessoa é ignorada ou minimizada, mas quando a distância entre as pessoas e as tarefas que lhe são exigidas se torna maior, ocorre um desequilíbrio na vida organizacional.

Através de uma abordagem sócio psicológica, que considera o *burnout* como uma resposta ao estresse crônico no trabalho (Maslach & Jackson, 1981, citadas por Gil Monte & Peiró, 1997), provocada por variáveis sócio ambientais e por características individuais que atuam como coadjuvantes no processo de desenvolvimento da síndrome (Maslach & Jackson, 1977, citadas por Benevides-Pereira, 2002), tal fenômeno manifestará por meio de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional reduzida (Benevides-Pereira, 2002).

Embora haja especulações sobre a validade do *burnout* como entidade nosológica isolada, devido à sua alta relação com outros quadros psicopatológicos, como depressão, tristeza, sentimento de impotência e outros. Estudos correlacionam *burnout* com sintomatologia depressiva Schaufelli & Enzmann (1998). Sendo observado também, nos casos de *burnout* um

controle emocional diminuído, levando dessa forma, ao aparecimento de medos indefinidos e ansiedade.

Por essa razão, esse projeto de investigação pretende utilizar técnicas de intervenção da Psicologia Positiva, como também o uso de um App, a fim de verificar a eficácia nos tratamentos de indivíduos com um quadro da síndrome de *burnout*, como por exemplo, apresentando depressão, ansiedade, faltas injustificadas ao trabalho e outros. E assim, se possa através de técnicas preventivas, evitar o surgimento e desenvolvimento da síndrome.

Estudos sobre o estresse no trabalho mostram que, quando o profissional tem percepção das tarefas a realizar, pode associar a essas atividades os sintomas da síndrome de *burnout* e de depressão e quando esse indivíduo se percebe desamparado, sem retorno dos colegas, dos chefes ou da empresa, entra em processo de depressão e apresenta sintomas de *burnout* Maslach & Leiter (1997). Além dessa associação, outra variável relevante é a qualidade de vida, que se torna prejudicada pela depressão e pelos sintomas do *burnout* Maslach e Leiter (1997).

A exaustão emocional refere-se ao esgotamento dos recursos emocionais causados por necessidades interpessoais, nas quais percebe-se que a despersonalização aponta para o desenvolvimento do negativo e da insensibilidade e do cinismo para com as demais pessoas com quem se convive no ambiente de trabalho Schaufeli e Buunk (2003). A despersonalização remete a uma percepção desumanizada dos recipientes, tanto quanto para uma visão impessoal do *self*, segundo Maslach e Jackson, citadas por Schaufeli e Buunk, 2003. Já a redução da realização pessoal também ocorre muito frequentemente, o que leva os indivíduos a avaliarem o trabalho dos colegas de forma negativa.

Na visão de Schaufeli e Buunk (2003), deve-se observar que, nessas três dimensões, exaustão não significa exatamente fadiga, cinismo não é uma atitude distante e falta de realização engloba tanto aspectos sociais quanto os aspectos não sociais da realização ocupacional. Sendo assim, Schaufeli e Buunk (2003), concluem que os diferentes conceitos de *burnout* incluem sempre cinco elementos: a) sintomas disfóricos, sobretudo a exaustão emocional que se torna predominante; b) foco nos sintomas mentais e comportamentais, mesmo que sintomas físicos atípicos sejam algumas vezes mencionados; c) estar geralmente relacionado ao trabalho; d) sintomas observados em indivíduos “normais”; e e) diminuição

da efetividade e fraca performance no trabalho, que ocorrem por causa de atitudes e comportamentos negativos.

Para Schaufeli e Enzmann (1998), *burnout* é um estado persistente e negativo relatado no ambiente de trabalho, da mente em indivíduos “normais” que primariamente se caracteriza pela exaustão, que é acompanhada pelo distresse, um senso de redução da efetividade, diminuição da motivação, e pelo desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais no trabalho.

A primeira visão é a de *burnout* como um estado em que há a despersonalização, a exaustão emocional e a redução da satisfação pessoal, o que pode ocorrer em pessoas trabalhando em qualquer atividade. Para Schaufeli e Buunk (2003), a exaustão emocional se refere à perda de capacidade emocional para suportar grandes exigências que são feitas no trabalho. O aspecto da despersonalização diz respeito ao desenvolvimento de atitudes fortemente negativas ou cínicas, no ambiente de trabalho. O termo despersonalização pode trazer alguma confusão, mas é importante mencionar que ele não está sendo usado no sentido psiquiátrico, em que a pessoa sofre uma grande alienação do seu eu (*self*), e sim, segundo o conceito de Maslach & Jackson (citado por Schaufeli & Buunk, (2003), como a uma percepção impessoal e desumanizada dos receptores, bem como uma visão impessoal do seu eu. E a falta de realização pessoal e profissional se mostra com o indivíduo avaliando os receptores no trabalho negativamente.

A segunda visão de Schaufeli e Buunk (2003) é o *burnout* visto como um processo dinâmico. Na década de 1980, segundo estes autores, o *burnout* se definia como um processo no qual as atitudes profissionais e o comportamento se modificavam para uma atitude negativa no trabalho. Nesta interpretação, o primeiro estágio envolve a desigualdade entre os recursos e as demandas, gerando um estresse. O segundo estágio é a imediata forte tensão emocional, fadiga e exaustão. O terceiro estágio consiste em um número de mudanças nas atitudes e no comportamento, com o indivíduo passando a trabalhar de forma mecânica, ou fazendo comentários críticos e cínicos sobre o trabalho e as pessoas. Esses conceitos evoluíram, passando-se a mostrar o *burnout* como um processo de crescente desilusão e progressiva falta de idealismo, de energia no trabalho. O *burnout* passou então a ser visto como um lento e progressivo processo que começa em um ponto particular desconhecido e, com o

tempo, vai crescendo, e, subitamente, a pessoa se sente exausta, fatigada e sem vontade de mudar, de trabalhar, de se dedicar.

Assim sendo, uma sintética definição de *burnout* deve sublinhar que é um estado persistente e negativo, encontrado em pessoas “normais” e que não sofrem de nenhuma psicopatologia, o qual se caracteriza pela dispersão, pela falta de motivação, e pelo desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais no trabalho. A condição psicológica se desenvolve gradualmente, mas permanece despercebida por um longo tempo, resultando em uma dificuldade em separar as intenções e a realidade no trabalho. Pode-se correlacionar *burnout* e estresse no trabalho; *burnout* e depressão; e *burnout* e fadiga crônica.

Schaufeli e Buunk (2003), explicam que *burnout* não é um fenômeno separado, e as pesquisas mostram justamente que *burnout* é como um “velho vinho colocado em novas garrafas”, devendo ser considerado como mais do que uma depressão, como um fenômeno multidimensional, ao mesmo tempo em que traz uma indesejada depressão, restrita ao ambiente de trabalho. Mais frequentemente, *burnout* é diferente do estresse no trabalho porque se refere a uma sintomatologia multidimensional e a atitudes específicas. Assim, *burnout* é multidimensional, referente ao trabalho e uma síndrome mental primária.

Psicologia Positiva

A Psicologia Positiva tem como fundador o psicólogo americano Martins Seligman, professor da Universidade da Pensilvânia, que, em 1998, escreveu o artigo intitulado “Ciência Social Positiva”, colocando a necessidade de uma psicologia social positiva no século XXI, que pudesse desenvolver forças e virtudes humanas, para que atuasse protegendo de doenças mentais, assim como também encontrasse motivos, coisas, que fizessem a vida valer a pena.

Durante a Convenção da American Psychological Association (1998), Seligman anunciou o movimento científico denominado Psicologia Positiva e logo a seguir promoveu um encontro para debater aspectos relacionados com sua teoria. Tratava-se de um grupo de diversos professores de psicologia, cientistas e jovens pesquisadores com a finalidade de discutir as principais questões da Psicologia Positiva: 1 – Felicidade é um meio ou um fim?; 2 – Motivações positivas derivam das

motivações negativas?; 3 – Qual é a relação entre o indivíduo e as forças interpessoais?; 4 – Qual é a função evolucionária das emoções Positivas? Kamei Helder (2016).

Segundo Kamei (2016), com a publicação do periódico *American Psychologist* na virada do milênio, tendo como tema Felicidade, Excelência e Funcionamento Humano Ótimo, Seligman e outros autores ressaltaram que a Psicologia Positiva não teria sua atenção voltada somente para o tratamento das doenças e sim para a construção das qualidades positivas. Nessa publicação Seligman e seus seguidores relatam em seu artigo introdutório como seria o campo de intervenção da Psicologia Positiva, conforme descrito de seguida.

Este incluiria as experiências subjetivas: bem estar, contentamento e satisfação (no passado); esperança e otimismo (para o futuro); flow e felicidade (no presente). A nível individual consideraria os traços individuais positivos: capacidade para amar e vocação para tal, coragem, habilidades interpessoais, sensibilidade, perseverança, perdão, sabedoria, visão de futuro e outros. Já no nível grupal, remeteria para características cívicas, levando os indivíduos a comportamentos e envolvimento com intenção de uma melhoria na cidadania, que seriam: educação, cidadania, altruísmo, tolerância e outros.

Seligman, em 2002, publicou o livro “Psicologia Positiva, Felicidade Autêntica”. Nele ressalta os três pilares que sustentou a iniciativa científica: 1 – Estudo da emoção positiva; 2 – Estudo do caráter positivo – forças e virtudes, que, quando praticadas regularmente, produzem emoções positivas; 3 – Instituições positivas – que dariam suporte às emoções positivas, como, por exemplo, família, democracia, educação, e outras.

Neste contexto, vários estudos e intervenções vêm sendo desenvolvidas nos últimos anos no âmbito da Psicologia Positiva, de tal forma que foram publicadas meta-análises sobre a eficácia deste tipo de intervenções (p.e., Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009), donde se obteve resultados positivos em relação a intervenção da Psicologia Positiva nos casos de depressão e ansiedade, assim como através de novos estudos de meta-análise, Bolier e cols., 2013, constataram que as Intervenções Psicológicas Positivas podem ser efetivas na melhoria do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico, para ajudar a reduzir sintomas de depressão.

Desenvolvimento do Projeto de Intervenção e Pesquisa

Com base nos conceitos e características do *burnout* e nos pressupostos (e investigação no âmbito) da Psicologia Positiva, brevemente sintetizados previamente, estruturou-se um estudo longitudinal, focando dois grupos de 25 pessoas, que serão avaliadas através de entrevista e inventário de Maslack (IM) e submetidas a técnicas de intervenção da psicologia positiva, adjuvadas por um App, que podem ser eficazes, oferecendo uma flexibilidade ao acesso, além de atuarem como ponte entre a psicoterapia ou até promovendo autonomia dos seus usuários, tendo em consideração as potencialidades destas, sem esquecer os seus riscos (cf., p.e., Leigh & Flatt, 2015). Para além de indicadores de satisfação e de adesão, a eficácia da intervenção será avaliada através de entrevista e IM. Espera-se obter indicadores de satisfação e adesão em relação à mesma, tendo por base investigações prévias, p.e., sobre a monitorização do processo e progresso da intervenção (p.e., Elliott & James, 1989; Frisch, 2013).

Tendo em consideração a experiência profissional/clínica e de investigação das autoras (e.g., Boechat & Ferreira, s.d.) e a literatura da especialidade consultada, espera-se obter indicadores que permitam ampliar os métodos convencionais de prevenção e tratamento do *burnout*.

REFERÊNCIAS

- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*, 119. doi: 10.1186/1471-2458-13-119
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007). Preditores da síndrome de burnout em professores. *Psicologia Escolar e Educacional, 11*, 101-110.
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review, 9*(4), 443-467. doi: 10.1016/0272-7358(89)90003-2
- França, A.C. L., & Rodrigues, A.L. (2007) – Stress e Trabalho.

- Frisch, M. B. (2013). Evidence-based well-being/positive psychology assessment and intervention with Quality of Life Therapy and Coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicators Research, 114*(2), 193-227. doi: 10.1007/s11205-012-0140-7
- Garcia, L. P., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). Investigando o burnout em professores universitários. *Revista Eletrônica InterAção Psy, 1*, 76-89.
- Garrosa, E., Kamel, H. (2016). Flow e Psicologia Positiva, 15-33.
- Leigh, S., & Flatt, S. (2015). App-based psychological interventions: Friend or foe? *Evidence-Based Mental Health, 18*(4), 97-99. doi: 10.1136/eb-2015-102203
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2*, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1999). Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas, SP: Papyrus.
- Rhoads, G. K., & Moore, R. K. (2000). Antecedents and consequences of burnout in accounting: Beyond the role stress model. *Behavioral Research in Accounting, 12*, 31-64.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 65*(5), 467-487. doi: 10.1002/jclp.20593

CRENÇAS SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE E AUTOEFICÁCIA

Maria Arruda¹ (✉ arruda.mariahelenahelena@hotmail.com) & Isabel Leal²

¹ ISPA – Instituto Universitário, Promoting Human Potential Research Group, Lisboa, Portugal; ² ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

A preocupação atual relativamente à defesa da saúde e ao uso de medicamentos sintéticos tem conduzido a uma crescente procura das medicinas alternativas e complementares (MAC) (Ribeiro, 2010). Num estudo realizado em Lisboa, Portugal, por Carvalho, Lopes e Gouveia (2012) verificou-se que 76% de 174 participantes já tinham utilizado pelo menos alguma vez algum tipo de MAC. O recurso a este tipo de medicinas requer uma investigação cuidada, a fim de diminuir os riscos da sua utilização e de promover uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes (Bishop, Yardley, & Lewith, 2007; Carvalho et al., 2012). Desta forma, auxilia-se os primeiros a compreender melhor a motivação e decisão dos seus pacientes para a escolha das MAC, bem como a corrigir crenças erróneas em relação às mesmas, como sendo naturais e, por isso, indubitavelmente seguras (Bishop et al., 2007).

Em Portugal, existe a Lei n.º 45/2003, que atribui enquadramento para a prática profissional de algumas MAC, mas esta ainda não foi regulamentada, permanecendo a ausência de fiscalização destas práticas e a conseqüente falta de proteção dos seus utilizadores (Carvalho et al., 2012).

As MAC consistem num conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da própria tradição do país onde estão a ser utilizadas e que não estão totalmente integradas no sistema de cuidados de saúde dominante (*National Center for Complementary and Integrative Health* [NCCIH], 2008; OMS, 2013). Estas práticas têm uma origem antiga e oriental, uma visão holística do ser humano e oferecerem cuidados de saúde baseados em princípios conceptuais específicos (*Center for*

Integrative Medicine [CIM], 2008; Ben-Ayre, Frenkel, Klein, & Sharf, 2008; Ribeiro, 2010). É essencial a apreciação de variados aspetos do ser humano (constituição, personalidade, estilos de vida, ligação mente-corpo, etc.) (CIM, 2008), a participação ativa do mesmo no seu próprio processo de cura e o foco na causa das doenças e não apenas nos sintomas (Ribeiro, 2010).

Astin (1998) concluiu que existem três razões, apontadas na literatura, que explicam a utilização de MAC, nomeadamente a insatisfação com a medicina convencional, a necessidade de controlo pessoal na saúde e a congruência filosófica entre os valores e crenças de quem as utiliza e os princípios conceptuais associados a estas práticas. Uma revisão sistemática da literatura mais recente veio confirmar estas últimas duas razões teóricas (Bishop et al., 2007). Ribeiro (2010) concluiu que as razões para a escolha das MAC assentavam nas falhas da medicina convencional, curiosidade, recomendação médica, apologismo ao que é natural, tipo de tratamentos oferecidos (naturais e com menos medicação sintética) e nos resultados alcançados com as mesmas (melhor qualidade de vida, cura da causa da doença, harmonização do estado energético do corpo, eficácia dos tratamentos a longo-prazo, entre outros).

Realça-se, ainda, o papel da autoeficácia enquanto fator predisponente e/ou de continuação para o uso de MAC. A perceção de eficácia é preponderante na alteração de hábitos de saúde, determinando a motivação e persistência do indivíduo para atingir os resultados desejados, a capacidade para ultrapassar obstáculos e recuperar perante recaídas e, ainda, para manter as mudanças alcançadas a longo prazo (Bandura, 2004). As MAC realçam a participação ativa do indivíduo no processo terapêutico e o seu comprometimento pessoal no alcance de objetivos, sendo que em ambos estes aspetos a autoeficácia apresenta um importante papel.

Os objetivos deste estudo são avaliar as diferenças entre as crenças dos utilizadores de MAC e as dos não utilizadores em relação às mesmas, comparar o nível de autoeficácia percebida entre os utilizadores e os não utilizadores de MAC e, ainda, entre utilizadores de MAC regulares e os ocasionais, os que utilizaram as mesmas apenas uma vez e os antigos utilizadores.

MÉTODO

Desenho do Estudo

Esta investigação é de carácter exploratório, de enfoque quantitativo e do tipo descritivo. Consiste num estudo transversal, pois a recolha de dados é efetuada num só momento, e comparativo, visto comparar grupos de utilizadores distintos: utilizadores e não utilizadores de MAC, bem como utilizadores de MAC regulares e os ocasionais, os que utilizaram as mesmas apenas uma vez e os antigos utilizadores.

Participantes

Colaboraram neste estudo 369 participantes, entre os 18 e os 82 anos ($M=33,31$; $DP=12,02$), 75,1% ($n=277$) do género feminino e 24,9% ($n=92$) do género masculino; 68,3% são utilizadores de MAC ($n=252$) e 31,7% optam exclusivamente pela medicina convencional ($n=117$); 48,4% ($n=122$) dos utilizadores de MAC utilizam as mesmas como complemento e 48,4% ($n=122$) em alternativa à medicina convencional. Para além disso, 48,4% ($n=122$) são utilizadores ocasionais (não utilizam frequentemente MAC, recorrendo predominantemente à medicina convencional), 32,1% ($n=81$) são utilizadores regulares (recorrem com frequência às MAC, no seu quotidiano), 14,7% ($n=37$) utilizaram MAC apenas uma vez e 4,4% ($n=11$) são antigos utilizadores (participantes que já utilizaram MAC, mas atualmente já não utilizam). Realça-se que um participante não indicou a frequência de utilização.

Material

Dados sociodemográficos. Foi desenvolvido um questionário sociodemográfico constituído por 11 questões destinadas à caracterização sociodemográfica dos participantes e à utilização de MAC. Inclui questões destinadas exclusivamente aos utilizadores de MAC, como frequência e tipo de utilização e razões de recurso às mesmas.

Crenças sobre práticas de saúde. A Escala de Crenças sobre Práticas de Saúde foi desenvolvida por Costa (2017), numa população portuguesa, e é constituída por 19 itens, que avaliam crenças sobre as MAC, distribuídos em duas dimensões (“Dimensão Holística” e “Dimensão Alopática”),

com respostas tipo *Likert* de 1 a 5, sendo 1 – “Discordo Totalmente” e 5 – “Concordo Totalmente”. A primeira dimensão avalia as crenças sobre a segurança, eficácia, benefícios e características holísticas das MAC. A segunda avalia preocupações em relação aos tratamentos das MAC a nível da saúde física. Anteriormente à validação da escala, a mesma era representada por um Questionário de Crenças sobre Práticas de Saúde, constituído por 68 itens (Costa, 2017).

Autoeficácia. A Escala de Autoeficácia Geral Percebida é constituída por 15 itens, com respostas tipo *Likert* de 1 a 7, sendo 1 – “Discordo Totalmente” e 7 – “Concordo Totalmente”. Mede a percepção de autoeficácia geral, através de três sub-escalas: “Eficácia Perante a Adversidade” (EPA), “Iniciação e Persistência” (IP) e “Eficácia Social” (ES). Utilizou-se a versão de Ribeiro (1995), validada para uma amostra de estudantes entre o 11º ano de escolaridade e último ano da universidade (entre os 18 e os 30 anos). Esta escala foi validada para a população deste estudo, considerada mais abrangente e heterogénea, não incluindo apenas estudantes e com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos.

Procedimentos

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a cinco profissionais naturopatas, do Instituto de Medicina Tradicional (IMT) e do Instituto Português de Naturologia (IPN), cuja análise de conteúdo (Bardin, 2006), juntamente com dados da literatura, permitiu a construção do Questionário de Crenças sobre Práticas de Saúde. Os naturopatas dos institutos referidos possibilitaram a recolha de participantes, utilizadores de MAC, junto dos seus utentes. A restante amostra foi obtida através do *Facebook*, tendo os dados sido obtidos *online*.

RESULTADOS

Crenças sobre Práticas de Saúde e Razões de Recurso às MAC

A diferença nas crenças sobre práticas de saúde entre utilizadores e não utilizadores de MAC foi avaliada com recurso ao teste *Wilcoxon-*

Mann-Whitney para amostras independentes, tendo o mesmo sido aplicado para a escala geral, bem como para cada item. Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos utilizadores de MAC (todos os subgrupos incluídos) e as dos não utilizadores ($U=5,903$; $W=12,806$; $p=0,000$). Nas crenças que favorecem as MAC, foram observadas diferenças significativas, entre os grupos, em todos os itens inerentes a esta dimensão, apresentando cada um destes um $p=0,000$. No que concerne às preocupações em relação às MAC, observaram-se diferenças significativas, entre os grupos, em apenas um de um total de 3 itens que pertenciam a esta dimensão ($U=17,609$; $W=24,512$; $p=0,002$).

Conclui-se que ambos os grupos acreditam que as MAC funcionam, que melhoram a qualidade de vida e que substituem a toma de certos medicamentos sintéticos, tendo os participantes concordado com as afirmações dos respetivos itens. No entanto, os utilizadores de MAC acreditam com maior veemência em todos os restantes benefícios, nomeadamente, na sua segurança, no atendimento ao doente mais personalizado comparativamente com a medicina convencional, no seu foco na causa das doenças e não apenas nos sintomas, na promoção do equilíbrio do corpo e preservação do bom funcionamento do organismo. Acreditam, ainda, que beneficiam a saúde a longo prazo, que ajudam a prevenir doenças de saúde mais graves, entre outros benefícios. Os utilizadores de MAC, na sua maioria, concordaram totalmente com estas crenças, enquanto que os não utilizadores não concordaram nem discordaram com as mesmas.

No que diz respeito às preocupações em relação às MAC, apenas se verificaram diferenças significativas no item que se referia à possibilidade dos tratamentos das MAC interferirem com algum medicamento. Neste item, os utilizadores de MAC na sua maioria discordaram com a afirmação, enquanto que os não utilizadores não concordaram nem discordaram. Salienta-se que ambos os grupos discordaram com o facto dos produtos naturais poderem fazer mal.

Foram encontradas no total 16 razões para o recurso às MAC, tais como, o evitamento aos fármacos ou efeitos secundários dos mesmos (60,7%), a congruência filosófica (36,1%), a recomendação de amigos ou familiares (32,9%), a curiosidade (24,2%), más experiências ao recorrer aos serviços saúde convencionais (23,4%) e, ainda, como último recurso ou falha da medicina convencional (20,6%). Em menor percentagem,

foram apontados casos de doença ou dor crónica (19,4%), o facto de considerarem que o recurso a várias medicinas poderia aumentar a eficácia de tratamento (19%), o facto de conhecerem muitas pessoas que experimentaram MAC (17,5%), o desejo de obter outra opinião sobre a sua doença (16,7%), entre outras razões apresentadas através de itens de resposta fechada, bem como no item de resposta aberta (opção de resposta – “Outra”).

Autoeficácia Geral Percebida

A diferença do nível de autoeficácia entre utilizadores e não utilizadores de MAC foi avaliada com o Teste *t-Student* para amostras independentes. Foram avaliadas apenas duas dimensões da escala (“EPA” e “IP”), após a validação da mesma, sendo que a dimensão “ES” foi removida por não apresentar uma boa consistência interna ($\alpha=0.56$).

Os resultados, no geral, demonstraram diferenças significativas [$t(367)=2,682$; $p=0,008$], entre o grupo dos utilizadores de MAC (inclui todos os subgrupos) ($M=5,51$; $DP=0,98$) e o dos não utilizadores ($M=5,23$; $DP=0,87$). No entanto, apenas foram encontradas diferenças significativas em quatro de um total de onze itens avaliados da escala, sendo que o grupo dos utilizadores obteve um maior nível de autoeficácia nestes quatro itens. Colocou-se a hipótese destes resultados terem sido influenciados pela inclusão dos utilizadores ocasionais, dos utilizadores que utilizaram MAC apenas uma vez e dos antigos utilizadores, no grupo geral de utilizadores de MAC. Estes participantes não utilizam com a mesma frequência as MAC como os utilizadores regulares. Assim, procurou-se comparar o nível de autoeficácia entre estes últimos e os restantes subgrupos. Observaram-se diferenças significativas: a) entre os utilizadores regulares ($M=5,75$; $DP=0,95$) e os ocasionais ($M=5,48$; $DP=0,94$) [$t(201)=2,013$ e $p=0,045$]; b) entre os regulares e os que utilizaram MAC apenas uma vez ($M=5,21$; $DP=1,08$) [$t(116)=2,731$ e $p=0,007$]; c) e entre os regulares e os antigos utilizadores ($M=4,92$; $DP=0,72$), com [$t(90)=2,771$ e $p=0,007$]. No entanto, realça-se que os resultados evidenciaram diferenças significativas num maior número de itens entre os utilizadores regulares e os antigos utilizadores (total de seis itens). Todas estas diferenças refletem um maior nível de autoeficácia nos utilizadores regulares em comparação com os restantes grupos.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram diferenças significativas nas crenças sobre práticas de saúde, entre os utilizadores e os não utilizadores de MAC, sendo que os primeiros apresentaram mais crenças favorecedoras deste tipo de medicinas. No geral, os não utilizadores, não concordaram nem discordaram com os benefícios nem com os perigos das MAC. Isto vai ao encontro de Jain e Astin (2001) que afirmam que a falta de informação sobre as MAC é um obstáculo à utilização das mesmas. O facto dos não utilizadores manterem uma posição neutra em relação às crenças pode demonstrar falta de informação em relação às terapias alternativas, podendo esta constituir um obstáculo para o recurso às mesmas.

Ambos os grupos não identificaram, no geral, preocupações em relação aos tratamentos das MAC. Isto realça o afirmado por Bishop et al. (2007) acerca da importância dos profissionais de saúde corrigirem crenças erróneas em relação às MAC, como a percepção das mesmas como sendo naturais e, por isso, totalmente seguras.

Os resultados das crenças em relação às MAC e das razões de recurso às mesmas são consistentes com os de Ribeiro (2010), que incluíam a falha da medicina convencional, a curiosidade, o apologismo ao que é natural, o evitamento aos fármacos e os resultados alcançados com as MAC. De acordo com Astin (1998), existem três razões teóricas que explicam a utilização de MAC, nomeadamente a insatisfação com a medicina convencional, a necessidade de controlo pessoal e a congruência filosófica. Tanto a primeira, como a última, foram referidas pelos participantes neste estudo. No entanto, a necessidade de controlo pessoal não foi identificada nos resultados, apesar de ser muito referida na literatura (e.g., Bishop et al., 2007; McFadden, Hernández & Ito, 2010; Sirois & Gick, 2002). Esta variável foi inicialmente inserida no questionário, no entanto foi excluída após a validação do mesmo, não permitindo estudar a sua influência na escolha das MAC.

Astin (1998) e LaCaille e Kuvaas (2011) concluíram que não há associação significativa entre a insatisfação com a medicina convencional e a utilização das MAC. Astin (1998), Bishop et al. (2007) e McFadden et al. (2010) realçam mais a congruência filosófica (p.e., valorização do

holismo, crenças relacionadas com os tratamentos naturais) na escolha de MAC, do que a insatisfação com a medicina convencional. No presente estudo, verifica-se também que a congruência filosófica foi mais apontada. No entanto, Sirois e Gick (2002) e Ribeiro (2010) afirmam que a insatisfação com a medicina convencional é um preditor importante para a escolha das MAC, o que pode justificar a percentagem de respostas relacionadas com as más experiências no recurso aos serviços convencionais (23,4%). Sugere-se que a insatisfação com a medicina convencional pode influenciar a escolha de MAC, não tendo, no entanto, de representar o fator mais importante na tomada desta decisão, pois esta pode ser influenciada por uma variabilidade de fatores, não existindo uma relação causa-efeito.

Quanto ao nível de autoeficácia, os resultados evidenciaram diferenças significativas, num maior número de itens, entre os utilizadores de MAC regulares e os antigos utilizadores. Estes dados são congruentes com os pressupostos da autoeficácia, segundo Bandura (2004). Os utilizadores regulares, ao apresentarem maior perceção de autoeficácia, conseguem persistir e esforçar-se mais no alcance de objetivos, nomeadamente na modificação de hábitos de saúde (algo inerente a algumas MAC). Por outro lado, os antigos utilizadores, ao apresentarem uma baixa perceção de autoeficácia, têm dificuldades em comprometerem-se pessoalmente no alcance de objetivos, desistindo das tarefas ao invés de persistirem, visto não acreditarem suficientemente nas suas capacidades para realizar uma ação (p.e., comprometimento na modificação de estilos de vida e da alimentação).

Identifica-se como limitação desta investigação, a exclusão de grande parte dos itens após a validação do questionário inicial, sendo muitos destes essenciais para o estudo das crenças relacionadas com a utilização de MAC. Enquanto proposta futura seria relevante a compreensão das crenças dos profissionais de saúde da medicina convencional em relação às diferentes práticas de saúde, de forma a averiguar se há ou não falta de apoio da parte destes para o uso de MAC. Caso exista, torna-se relevante investigar se isto constitui ou não um obstáculo à utilização de terapias alternativas e uma razão para a possível falta de informação dos não utilizadores de MAC em relação às mesmas.

REFERÊNCIAS

- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *JAMA*, 279(19), 1548-1553. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.279.19.1548>
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. <https://dx.doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Ben-Arye, E., Frenkel, M., Klein, A., & Scharf, M. (2008). Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: Perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 395-402. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.019>
- Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. T. (2007). A systematic review of beliefs involved in the use of cam. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 851-867. <https://dx.doi.org/10.1177/1359105307082447>
- Carvalho, C., Lopes, S. C., & Gouveia, M. J. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 81-94. <https://dx.doi.org/10.5964/pch.v1i1.10>
- Center for Integrative Medicine (CIM). (2008). *A enciclopédia da nova medicina: Medicina integrada para todas as idades* (Pt.II). Lisboa: Círculo de Leitores.
- Costa, D. (2017). *Construção e validação da escala de crenças sobre práticas de saúde: Um estudo exploratório* (Tese de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa).
- Jain, N., & Astin, J. A. (2001). Barriers to acceptance: An exploratory study of complementary/alternative medicine disuse. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(6), 689-696. <https://dx.doi.org/10.1089/10755530152755243>
- LaCaille, R. A., & Kuvaas, N. J. (2011). Coping styles and self-regulation predict complementary and alternative medicine and herbal supplement use among college students. *Psychology, Health & Medicine*, 16(3), 323-332. <https://dx.doi.org/10.1080/13548506.2010.543909>
- McFadden, K. L., Hernández, T. D., & Ito, T. A. (2010). Attitudes toward complementary and alternative medicine influence its use. *Explore*, 6(6), 380-388. <https://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2010.08.004>

- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2008). *The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States*. https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey_fs1.htm
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2013). *WHO traditional medicine strategy 2014-2023*. Genebra: Autor.
- Ribeiro, J. L. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da autoeficácia geral. In L. Almeida & I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 163-176). Braga: APPORT.
- Ribeiro, R. L. (2010). *A escolha entre terapias não convencionais e medicina convencional: Uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes* (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10316/15375>
- Sirois, F. M., & Gick, M. L. (2002). An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Social Science & Medicine*, 55(6), 1025-1037. [https://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00229-5](https://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00229-5)

A VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES ÍNTIMAS: ASSOCIAÇÕES COM A CONFIANÇA INTERPESSOAL E ESPERANÇA

Maria da Luz Vale Dias¹ (✉ valedias@fpce.uc.pt) & Bárbara Minas²

¹ Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal; ² Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, cit. por Heise & Garcia-Moreno, 2002), a violência nas relações íntimas é um fenómeno cuja incidência abrange as mais diversas populações numa escala universal. Segundo recentes informações incluídas num relatório da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2017, p. 18) “*o contexto das relações de intimidade continua a sobressair no que diz respeito à relação da vítima com o/a autor/a do crime*”. Com efeito, “*as relações de cônjuge, companheiro/a, ex-cônjuge, ex-companheiro/a, ex-namorado/a e namorado/a no seu conjunto totalizam 59% das relações existentes entre vítima e autor/a do crime*” (idem). Evidenciando as diferenças de género, é bastante mais elevado o número de vítimas do sexo feminino, comparativamente ao masculino, que têm ou tiveram um relacionamento amoroso com o(a) autor(a) do crime, independentemente do tipo de crime (APAV, 2017). Nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento de investigações sobre a temática da violência entre parceiros íntimos, pelo seu impacto negativo na saúde e trajetória desenvolvimental destes últimos (Ludermir, Valongueiro, & Araújo, 2014; Machado, Martins, & Caridade, 2014). Sendo um fenómeno complexo, que continua a revelar uma prevalência preocupante, há necessidade de adensar a pesquisa que possa elucidar a prevenção e a intervenção nesta área. Dado o carácter transversal e multidimensional da violência nas relações, são diversas as abordagens e as variáveis pertinentes neste domínio de investigação. No presente estudo correlacional, será dada particular atenção à possível associação inversa

entre a violência e variáveis relacionadas com a Psicologia Positiva, tais como a esperança e a confiança interpessoal.

Os Conceitos de Violência, Confiança Interpessoal e Esperança

Ao longo dos tempos, o conceito de violência tem vindo a transformar-se. É descrita pela OMS (2002 cit. por Krug, Dalhberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002, p. 5) como “*o uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações do desenvolvimento ou privação*”. Mais recentemente, Manita, Ribeiro e Peixoto (2009, p.10) descrevem a violência como qualquer “*uso propositado da força, coação ou intimidação contra um terceiro, e toda a forma de ação intencional que possa ofender a integridade, necessidades e os direitos do indivíduo*”. Quanto à violência doméstica, esta abrange diversas tipologias, sendo a violência entre parceiros íntimos (VPI) uma das formas mais referenciadas, que é exercida em contexto de intimidade e não apenas na conjugalidade *stricto sensu* (Krug et al., 2002; Manita, Ribeiro, & Peixoto, 2009). Um estudo português da última década referiu que cerca de 28% dos homens e mulheres inquiridos afirmou ter estado ou estar inserido numa relação com comportamentos abusivos, sendo este cenário mais provável em relações com mais duração e em que existe coabitação (Caridade & Machado, 2006). Dado que as repercussões da violência podem ser sentidas tanto a curto como a longo prazo (Paiva & Figueiredo, 2003; Piotrowski, Tailor, & Cormier, 2014; Redondo, Pimentel, Correia, & Vicente, 2012), continuam a ser requeridos estudos que procurem explorar e compreender uma eventual relação negativa com o desenvolvimento positivo dos indivíduos, o qual é determinante para a sua qualidade de vida. Entre os construtos relevantes para esta análise, encontram-se a confiança interpessoal e a esperança.

Sendo considerada necessária para a sobrevivência da sociedade e para um funcionamento psicológico bem-sucedido, a confiança interpessoal é seguramente uma qualidade desejável em qualquer relação próxima. Suscetível de ser atingida nefastamente num processo relacional íntimo violento, quanto às suas bases de fidelidade (os conceitos de *reliability*, *emotional trust* e *honesty* foram traduzidos para o português *fidelidade*, *confiança emocional* e *honestidade*, respetivamente), de confiança emocional e honesti-

dade (Rotenberg, 2010), ela aparece implicada nas diversas facetas do funcionamento social, afetando a saúde mental e física do indivíduo (Rotenberg et al., 2010). Por seu lado, a esperança é um constructo igualmente complexo, destacando-se Snyder (2002) como um dos autores que mais o estudaram. De acordo com a Teoria da Esperança (Snyder, 2002), este conceito corresponde a uma percepção generalizada sobre como os objetivos (*goals*) pessoais podem ser conseguidos, através de motivação/determinação ou iniciativa (*agency*) para eles orientada e, ainda, da elaboração de meios ou caminhos (*pathways*) para os atingir (Snyder et al., 1991). Atualmente, este conceito baseia-se numa série de pressupostos ligados à natureza humana, ao processo de mudança e à esperança em si mesma.

Objetivos e Hipóteses

Para além de verificar a prevalência de violência numa amostra não clínica e de analisar o efeito de variáveis sociodemográficas, pretende-se averiguar se existem relações entre a violência, a confiança interpessoal e a esperança. Deste modo, são colocadas as seguintes hipóteses de investigação: (1) Existe uma relação negativa entre a violência nas relações íntimas e a esperança; (2) Existe uma relação negativa entre a violência nas relações íntimas e a confiança interpessoal; (3) Existe uma relação positiva entre confiança interpessoal e esperança; (4) Existe uma relação positiva entre todos os aspetos de violência (vitimação e perpetração; passada e atual); (5) Existem diferenças nas crenças de legitimação da violência segundo o sexo, a idade e o nível socioeconómico (NSE).

MÉTODOS

Participantes

A amostra ocasional utilizada no presente estudo transversal e correlacional é constituída por 302 sujeitos (33,1% do sexo masculino e 66,9% do sexo feminino) (em algumas análises ocorreu uma oscilação do *N* devido a alguns *missing values*). A média de idades situa-se nos 29 anos ($DP=10,78$), com um mínimo de 18 anos e um máximo de 63.

Material

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) um questionário sociodemográfico; (b) a adaptação portuguesa da *Rotenberg's Specific Trust Scale-Adults*, Escala Específica de Confiança Interpessoal-Adultos (EECI-A; Vale-Dias & Franco-Borges, 2014), com 10 itens divididos pela Fidelidade e confiança Emocional, escala de resposta tipo Likert de 9 pontos e um *alfa de Cronbach* de 0,90 para a Escala Total; (c) a Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal (ECVC; Machado, Matos, & Gonçalves, 2006), com os fatores Legitimação e Banalização da Pequena Violência, Legitimação da Violência pela Conduta da Mulher, Legitimação da Violência pela sua Atribuição a Causas Externas e, por fim, Legitimação da Violência pela Preservação da Privacidade Familiar, sendo que a Escala Total ($\alpha=0,93$), de 25 itens e resposta numa escala de tipo Likert de 5 pontos, mede o grau de legitimação ou tolerância face à violência nas relações amorosas; (d) o Inventário de Violência Conjugal (IVC; Machado, Matos, & Gonçalves, 2006), para determinar a prevalência e frequência dos atos violentos físicos e emocionais que o sujeito assinala, ou não, como perpetrados e/ou recebidos nas relações amorosas, atuais (21 itens) e passadas (21 itens); (e) por último, a Escala da Esperança-Traço para adultos (Escala do Futuro – EF; adaptação portuguesa: Pais-Ribeiro, Pedro, & Marques, 2006), que inclui os fatores Caminhos ($\alpha=0,79$) e Iniciativa ($\alpha=0,76$), para além da Escala Global ($\alpha=0,86$), de 12 itens e respostas numa escala (tipo Likert) de oito pontos.

RESULTADOS

Comportamentos Abusivos (IVC) e Género

Neste estudo, 23,8% ($n=72$) dos participantes envolvidos num relacionamento amoroso relatam ter sido vítimas de, pelo menos, um ato abusivo durante o último ano e 24,5% ($n=74$) admitiram ter adotado este tipo de procedimento em relação ao seu parceiro. A análise de indicadores de violência nas relações passadas mostra que 26,5% ($n=80$) dos sujeitos foram vítimas de pelo menos um ato abusivo e que 22,3% ($n=67$) perpetraram algum tipo deste comportamento. No que diz respeito ao perfil de

Vitimação geral encontrado nas relações Atuais, verificou-se, através do teste Qui-Quadrado, que não se registam diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo [$\chi^2(1)=21,031$; n.s.] e o mesmo se verifica na Vitimação Passada [$\chi^2(1)=31,337$; n.s.]. Relativamente à Perpetração em geral nas relações amorosas Atuais e Passadas também não se verificaram, segundo o sexo, diferenças estatisticamente significativas [respetivamente, $\chi^2(1)=12,963$; n.s.; $\chi^2(1)=15,040$; n.s.].

Relações entre a Violência e a Esperança e Associações entre Aspectos da Violência

Para aferir a existência de relações de associação entre Violência (IVC) e Esperança (EF) calculou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson*, considerando cada um dos fatores dos instrumentos e ainda a Esperança Total (Quadro 1). De uma forma geral, não foram encontradas correlações suficientemente fortes para estabelecer uma ponte entre os diversos aspetos da violência e as variáveis da esperança (Caminhos; Iniciativa; *score* Total), pois são todas bastante próximas de zero e sem valor estatisticamente significativo ($p>0,05$).

Quadro 1

Matriz de Correlações entre a Esperança e a Violência Conjugal Atual e Passada

	Caminhos	Iniciativa	Esperança Total	Perpetração Atual	Vitimação Atual	Perpetração Passada	Vitimação Passada
Caminhos (EF ^a)	-	0,694**	0,921**	-0,007	0,014	-0,002	-0,030
Iniciativa (EF ^a)		-	0,918**	-0,088	-0,073	0,025	0,012
Esperança Total (EF ^a)			-	-0,050	-0,030	-0,014	-0,009
Perpetração Atual ^b				-	0,891**	0,638**	0,371**
Vitimação Atual ^b					-	0,651**	0,391*
Perpetração Passada ^b						-	0,713**
Vitimação Passada ^b							-

Nota. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; ^aEscala do Futuro; ^bInventário de Violência Conjugal (IVC).

Obteve-se uma correlação positiva forte para as variáveis Perpetração na Atualidade e Vitimação na Atualidade ($r=0,89$; $p=0,006$), sendo que ambas as variáveis partilham 79,2 % da variância observada. A Perpetração na Atualidade correlacionou-se forte e positivamente com a Perpetração no

Passado ($r=0,63$; $p=0,005$), partilhando 39% da variância total observada. A correlação positiva estabelecida entre a Perpetração Atual e a Vitimação Passada mostrou magnitude média ($r=0,37$; $p=0,002$; $R^2=0,13$). A correlação positiva verificada entre a Vitimação Atual e a Perpetração Passada possui um valor alto ($r=0,65$; $p=0,006$), partilhando 42% da variância observada. A Vitimação Atual correlaciona-se ainda com a Vitimação Passada, sendo o seu valor médio e positivo ($r=0,39$; $p=0,027$), para uma variância partilhada de 15,21%. Finalmente, a correlação positiva entre Perpetração Passada e Vitimação Passada revelou-se bastante forte ($r=0,71$; $p=0,003$), neste caso, explicando 50,41% da variância total partilhada.

Relações entre a Confiança Interpessoal e a Esperança

O *score* Total da Confiança Interpessoal e o fator da Confiança Emocional estabelecem, em geral, correlações não significativas e muito próximas de zero com os fatores e escala da Esperança Total (Quadro 2). Já o fator Fidelidade estabelece relações positivas e estatisticamente significativas, embora modestas, com o fator Iniciativa ($r=0,127$; $p=0,02$) e o Total da Esperança ($r=0,119$; $p=0,04$).

Quadro 2

Matriz de Correlações entre a Esperança e a Confiança Interpessoal

	Confiança interpessoal	Confiança emocional	Confiança fidelidade	Caminhos	Iniciativa	Esperança Total
Confiança interpessoal ^a	-	-0,775**	-0,934**	0,066	0,093	0,085
Confiança emocional ^a		-	-0,474**	-0,001	0,005	-0,001
Confiança fidelidade ^a			-	0,093	0,127*	0,119*
Caminhos ^b				-	0,694**	0,918**
Iniciativa ^b					-	0,765**
Esperança Total ^b						-

Nota. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; ^aEscala de Confiança Interpessoal; ^bEscala do Futuro.

Relação entre a Violência e a Confiança Interpessoal

A Confiança Interpessoal (EECI-A) correlaciona-se negativamente com todas as dimensões passadas e atuais do IVC, mas apenas duas relações merecem referência. Os valores dos coeficientes revelam uma relação

fraca, mas estatisticamente significativa, no que respeita à Perpetração Atual ($r=-0,136$; $p=0,02$) e à Vitimação Atual ($r=-0,17$; $p=0,005$).

Crenças de Legitimação da Violência, Sexo, Idade e NSE

Quanto às Crenças sobre Violência, foi possível verificar, pelo teste *t* de Student, que o sexo masculino revela uma maior banalização da violência, sendo as diferenças significativas para o Total da ECVC [$t(139,823)=4,92$; $p=0,04$]. Após cálculo de uma análise de variância (ANOVA) e comparações múltiplas *a posteriori*, considerando 4 grupos de idade, as médias obtidas na Totalidade da ECVC registaram diferenças estatisticamente significativas [$F(3, 292)=9,63$; $p=0,03$], particularmente entre o grupo de sujeitos mais velhos [≥ 50 anos ($M=51,55$; $DP=18,63$)] face aos restantes [18-29 ($M=38,26$; $DP=11,32$); 30-39 ($M=39,13$; $DP=11,94$); 40-49 ($M=42,27$; $DP=12,63$)]. Calculou-se ainda uma ANOVA para analisar as diferenças na ECVC segundo o nível socioeconómico (5 grupos: alto; médio alto; médio; médio baixo; baixo), recorrendo a comparações múltiplas *a posteriori*. Registou-se uma diferença estatisticamente significativa para o Total da ECVC [$F(4, 263)=3,625$; $p=0,04$] entre os grupos médio/alto ($M=37,00$; $DP=9,55$) e médio/baixo ($M=44,21$; $DP=14,49$).

DISCUSSÃO

Nesta investigação, procurou-se conhecer a prevalência de violência numa amostra ocasional não clínica. Foram encontrados dados concordantes com o estudo de Caridade e Machado (2009, cit. por Machado, 2010), sendo que as percentagens relativas a diversos aspetos da violência (vitimação e perpetração; passada e atual) se situam entre os 22,3% e os 26,5% – valores preocupantes, considerando o tipo não clínico da amostra. Os perfis de Vitimação e Perpetração gerais são idênticos nos dois sexos, sugerindo-se, no entanto, que futuramente sejam analisadas possíveis diferenças no tipo específico de violência praticado. As correlações estabelecidas entre a violência e os aspetos da esperança são maioritariamente negativas, mas sem resultados significativos, não tendo sido corroborada

a primeira hipótese. Relativamente ao que se esperava, Snyder e colaboradores (2000) afirmam ser comum, em situações de vida mais adversas, a perda de esperança e de motivação em alcançar determinados objetivos. Futuramente, tendo em conta os resultados, interessará aprofundar em que medida a adversidade associada à violência poderá ser atenuada por possíveis fatores protetores da esperança, tais como outras fontes de apoio e estratégias de *coping*. No que respeita à associação negativa modesta, mas estatisticamente significativa, estabelecida entre a confiança interpessoal e a violência (perpetração e vitimação atuais – IVC), foi possível confirmar parcialmente a segunda hipótese. Quando falamos de violência, na verdade, podemos referir diversas consequências, sendo que uma delas é a desconfiança em relação aos membros do sexo oposto (Paiva & Figueiredo, 2003), ou aos parceiros, seja qual for o sexo. Com efeito, ao existir violência, as relações estabelecidas são sobretudo de desrespeito e desconfiança (Bloomfield, 2003), ocorrendo uma quebra de confiança e segurança da vítima em relação ao agressor, com comprometimento do bem-estar da vítima, bem como de todo o sistema conjugal (Almeida, 2012). Apesar de modestos, os nossos resultados sugerem a importância de aprofundar o estudo desta relação inversa, nomeadamente junto de amostras clínicas. A confiança interpessoal, através do fator Fidelidade, evidenciou relações positivas modestas com a esperança, corroborando a terceira hipótese, no caso do fator Iniciativa e da Esperança total. Numa perspetiva otimista, a confiança relaciona-se diretamente com a esperança, o que permite em parte explicar os resultados obtidos: os sujeitos mais confiantes serão também aqueles que estão mais sensíveis e abertos a novas oportunidades futuras, nos mais diversos contextos de vida (Govier, 1998). No caso das vítimas de violência, e tal como indica Huyse (2003), a vivência de experiências relacionais negativas (falta de compreensão e de empatia) origina sentimentos de isolamento e falta de esperança. É compreensível que, numa relação em que existe violência, o otimismo esteja comprometido: as relações estabelecidas são maioritariamente de desrespeito e desconfiança (Bloomfield, 2003). Os dados revelaram ainda, apoiando a quarta hipótese, a existência de correlações positivas significativas, maioritariamente fortes, entre todos os aspetos de violência. Não só a violência passada se relaciona com a atual, como os papéis de vítima e perpetrador parecem cruzar-se, facto que exige adequada intervenção.

Finalmente, refira-se o efeito do nível socioeconómico, idade e género nas Crenças de legitimação da violência nas relações íntimas, corroborando a quinta hipótese. Apesar de a literatura apontar para o carácter transversal deste tipo de violência, tais dados sugerem que os indivíduos mais velhos, do sexo masculino e pertencentes ao nível socioeconómico médio/baixo surgem como alvos prioritários de prevenção e intervenção no que se refere à mudança de crenças legitimadoras de violência.

REFERÊNCIAS

- APAV. (2017). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2016*. Disponível em https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf
- Bloomfield, D. (2003). Reconciliation: An introduction. In D. Bloomfield, T. Barnes, & L. Huyse (Eds.), *Reconciliation after violent conflict: A handbook* (pp. 10-18). Stockholm: IIDEA.
- Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, 4, 485-493. <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/541/pdf>
- Govier, T. (1998). *Dilemmas of trust*. Quebec: McGill-Queen's University Press.
- Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partner. In E. Krug, L. Dahlberg, A. Marcy, B. Zwi, & R. Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 87-121). Geneva: World Health Organization.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Ludermir, A., Valongueiro, S., & Araújo, T. (2014). Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Revista de Saúde Pública*, 48, 29-35. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004538
- Machado, C. (2010). *Novas formas de vitimação criminal*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Machado, C., Martins, C., & Caridade, S. (2014). Violence in intimate relationships: A comparison of married and dating couples. *Journal of Criminology*, 1, 1-9. doi: 10.1155/2014/897093

- Machado, C., Matos, M., & Gonçalves, M. (2006). *Manual de Crenças sobre Violência Conjugal (ECVC) e Inventário de Violência Conjugal (IVC)*. Braga: Psiquilíbrios.
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: Compreender para intervir*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Pais-Ribeiro, J., Pedro, L., & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro). In I. Leal, J. Pais-Ribeiro & S. Neves, (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 75-81). Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: Definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4*, 165-184.
- Piotrowski, C. C., Taylor, K., & Cormier, D. (2014). Siblings exposed to intimate partner violence: Linking sibling relationship quality & child adjustment problems. *Child Abuse & Neglect, 38*, 123-134. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.08.005
- Redondo, J., Pimentel, I., Correia, A., & Vicente, H. (2012). Parte I: Violência familiar entre parceiros íntimos: Da leitura e compreensão à intervenção. In J. Redondo, I. Pimentel, & A. Correia (Coords.), *Manual SARAR* (pp. 31-159). Coimbra: Damasceno.
- Rotenberg, K. (2010). The conceptualization of interpersonal trust: A basis, domain and target framework. In K. Rotenberg (Eds.), *Interpersonal trust during childhood and adolescence* (pp. 8-27). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rotenberg, K., Addis, N., Betts, L., Fox, C., Hobson, Z., Rennison, S., Trueman, M., & Boulton, M. (2010). The relation between trust beliefs and loneliness during early childhood, middle childhood and adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*, 1086-1100. doi: 10.1177/0146167210374957
- Snyder, C. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry, 13*, 249-275. doi: 10.1207/S15327965PLI1304_01
- Snyder, C., Harris, C., Anderson, J., Holleran, S., Irving, L., Sigmon, S., ... Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psych., 60*, 570-585. doi:10.1037/0022-3514.60.4.570
- Snyder, C., Ilardi, S., Cheavens, J., Yamhure, L., & Sympson, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 747-762. doi: 10.1023/A:1005547730153

Vale-Dias, M. L. & Franco-Borges, G. (2014). *Adaptação Portuguesa da Escala de Confiança Interpessoal (Rotenberg's Specific Trust Scale)*. Documento não publicado.

SUICÍDIO: ESTAMOS MESMO FALANDO DISSO?

Maria Lúcia Ortolan¹ (✉ ortolan78@gmail.com) & Hernani Pereira dos Santos²

¹ Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil; ² Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo, Brasil / Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

As indagações sobre o suicídio se deram de forma mais sistemática e científica com o movimento iluminista que refletia sobre as mortes ditas heroicas, como o caso de Sêneca, no qual o suicídio pode supor a dissolução de duas formas de corpo, o social e o simbólico (Brown, 2002). O século XVII, vpoça o Romantismo traz clássicos como Goethe, com seu personagem suicida e, segundo Venco e Barreto (2014) foi então que se instaura no imaginário social, até hoje, de que, falar sobre suicídio o incita. A atualidade do século XXI traz muitas destas e outras marcações a respeito do suicídio, juntamente com as mudanças nos modelos econômicos, interferindo nas organizações de trabalho, o que tornou o fenômeno do suicídio múltiplo em sua significação, tornando-o um conceito polissêmico (Venco & Barreto, 2014).O discurso patologizante dos modos de vida, tendo como parceira a medicalização da vida, inscreve hoje o suicídio no campo dos transtornos mentais, sendo este um fenômeno que poderia se apresentar em quadros de depressão, ansiedade, bipolaridade, dentre outros. Alocar, então, o suicídio na área médica, de saúde, implica em tê-lo como temática de discussão nas políticas públicas de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1999 lança o Programa de Prevenção do Suicídio (SUPRE), com o intuito de alertar as nações sobre o tema, disseminando que a prevenção envolve, primeiramente, treinamento de equipes para que se tornem aptas ao acolhimento e atendimento desta população em específico, além de integração aos serviços ambulatoriais, tais como hospitais-dia (Souza et al., 2014), todavia, entende-se que no Brasil, ainda falta muito para a integração de programas de prevenção ao suicídio (Souza, 2010).

O Suicídio Como um Problema de Saúde Pública

Foi em 2006, pela Portaria nº 1.876 de 14 de agosto, que se instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006). As Diretrizes indicam que o suicídio é um fenômeno problemático grave de saúde pública. Reconhece-se nas diretrizes o grande impacto e danos causados aos familiares de indivíduos que se suicidaram, ou com tentativas de suicídio, e, mediante isto, torna-se necessário organizar uma rede de atenção à saúde garantindo cuidado integral no manejo dos casos de tentativa de suicídio, visando reduzir danos, agravamentos e também melhorar o acesso destes pacientes aos serviços especializados. Assim, entende-se ser possível a intervenção nos casos de ideações e/ou tentativas de suicídio, por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, tornando, assim, a morte por suicídio uma morte evitável (Brasil, 2006).

No setor primário de atenção à saúde, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que tem sido feito de ação programática a respeito do suicídio são os matriciamentos de equipe, com temas dentro da saúde mental (Athié & Delgado, 2013; Hirdes, 2015) e capacitação com os profissionais da enfermagem para avaliação do risco de suicídio (Pereira, Reinaldo, & Andrade, 2015). Segundo Gryscek e Pinto (2015), na UBS as práticas mais comuns em casos de tentativa de suicídio são os encaminhamentos para os serviços especializados e a medicalização. Já no nível terciário de atenção à saúde, destaca-se o Programa de Apoio à Vida (PRAVIDA), reportado no estudo de Sousa e colaboradores (2014). A PRAVIDA, um projeto de extensão vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC), foi criado em 2004, tendo como população alvo sujeitos com histórico de tentativa de suicídio que são encaminhados ao Hospital Universitário em Fortaleza. A assistência terapêutica prestada caracteriza-se por atendimentos psiquiátricos e psicológicos semanalmente por três meses que objetivam acolher o sofrimento do paciente e trabalhar as questões relacionadas a tentativa de suicídio.

DISCUSSÃO

Mediante as ações de prevenção ao suicídio aqui citadas, de entre inúmeras outras, de maneira geral, observa-se uma desresponsabilização,

estatal e cidadã, ao fenômeno do suicídio. Segue-se uma metodologia de atuação focada em as palestras, cursos, capacitações e matriciamentos, cujo discurso é predominantemente estatístico, medicalizante e patologizante dos sofrimentos cotidianos, assim acarretando em uma abstenção da implicação do sujeito, ou seja de sua responsabilidade. Em outros termos, poderíamos dizer que se trata de um discurso que dá maior força ao “impessoal” e à “inautenticidade”. Não há, pois, qualquer conexão vital entre este discurso e a vida própria, de singularidade e solicitude (Dutra, 2011). Discursos deste tipo reforçam a ideia de que o sujeito do suicídio é um sujeito genérico e sem história, desprovido de todo significado existencial. O suicídio torna-se um fenômeno que pode ser considerado como uma “coisa”, calculável e manipulável como outras, e, portanto, desprovido de qualquer conexão com o horizonte concreto de possibilidades de significação e de ação de pessoas com nome próprio.

Por outro lado, encontra-se, nessas ações, também um vetor de psicologização da vida: há discursos de uma responsabilização compulsória do sujeito suicida, desconsiderando aqui, as inúmeras tramas de sentido de sua existência singular e própria. A decisão pelo suicídio torna-se, então, propriedade de uma forma de existência marginal e em desenaixe com o discurso do platô social dominante e normalizante: recai-se sobre a patologização ou sobre a reificação da diferença nas categorias sociais do “pobre”, da “família desestruturada”, da “pessoa psicologicamente frágil”, dentre outros. Novamente, encontra-se a ideia de um sujeito genérico e sem história, cujas escolhas são inteiramente o produto de fatores – “psicológicos”, “sociais” etc. – externos ao horizonte concreto de suas possibilidades de significação e de ação mais singulares. Assim, denuncia-se a posição da Psicologia ainda como uma ciência a serviço de normatização e da normalização de formas de existência.

As Micropolíticas do Suicídio: Medicalização da Vida e Patologização dos Fenômenos Cotidianos

Sobre a medicalização da vida e a patologização dos fenômenos cotidianos na sociedade de consumo atual, na qual, segundo Carvalho (2016) a produção de subjetividade é atravessada pelo capitalismo podemos citar Frances (2017) que, em seu último livro denuncia os efeitos da criação e atualização dos manuais de transtornos mentais, especificamente a última

edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o livro *best-seller* da psiquiatria, segundo o autor, e o que dela se extrapolaria (dentro do cálculo e no controle das populações). Ora, ignora-se que os regimes estatais, econômicos e as regras neles estabelecidas impactam “*a construção do Eu e do Outro, alterando a imagem da identidade de si*” (Venco & Barreto, 2014, pp. 295-296). Pelo contrário, enfatizamos que o fenômeno do suicídio é atravessado por essas alterações, na medida em que o mundo atual vive em constante mutação, frente à indiferença à dor do outro, e até à própria dor. Deste ponto de vista, a medicalização para a cessação de um sintoma de angústia pode ser considerada, sim, uma indiferença perante, de fato, sou! Ao mesmo tempo em que o suicídio pode ser visto, também, como um modo de lidar com a angústia (Dutra, 2012), eliminando-a, é necessário considerar todas estas transformações de nossa época, onde o mundo se apresenta como hipervirtualizado e rápido, onde os laços sociais parcem frágeis e onde impera esta inapropriação de si que Heidegger (1927/1999) chama de “o impessoal” (*das Man*).

O cenário atual no qual o suicídio se instala é, pois, um território afetivo capturado pelo capitalismo, que estimula desenfreadamente o consumismo, altera as relações do emprego e desemprego, estabilidade e instabilidade, propiciando um sentimento de vazio e de incerteza. Pense-se na cultura do mundo pós-moderno, no qual a violência está institucionalizada (Lins, 1999): o Estado que deveria proteger é aquele que mais violenta, subsidiando percepções a respeito do espaço social. Autores como Guattari (1977, 1989a, 1989b) e Negri (1992, 2000a, 2000b) discorrem sobre a produção de subjetividades e a política no cenário econômico vigente, o capitalismo.

A concepção de subjetividade que é aqui trabalhada entende-a como um processo coletivo e político, que é composto por inúmeros vetores, sendo a instância psicológica apenas mais um deles e não seu eixo norteador (Guattari & Rolnik, 1986). Sendo assim, a subjetividade não está somente atrelada a fatores biológicos e psicológicos, mas se trata também de “*fenômenos que dizem respeito à política, ao Estado, as tecnologias, bem como ao espaço urbano, aos meios de comunicação, a vida cotidiana e as mais variadas formas de agenciamentos indicativos das multiplicidades e dos diversos fluxos sociais*” (Soares, 2016, pp. 118-119).

O Capitalismo e o Suicídio

Tendo em vista a concepção de subjetividade exposta acima, faz-se necessário a discussão do capitalismo na produção e ordenação desta subjetividade: esta é, então, de natureza maquínica, “*essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida*” (Guattari & Rolnik, 1986, p. 25). Na medida em que o capitalismo se expande pela captura dos processos de subjetivação (Deleuze & Guattari, 1995), entende-se que o discurso do sujeito suicida está, de alguma maneira, falando sobre este tipo de subjetividade pós-moderna capitalística. A conversação entre o fenômeno do suicídio e o modelo econômico capitalista está no fato de que o capitalismo não ser apenas um modelo econômico que ordena a economia do país e sim um produtor de subjetividades, subjetividade esta frustrante e deprimida, que pode tornar favorecido o fenômeno do suicídio (Carvalho, 2016), de uma subjetividade que sucumbiria ao suicídio “*Nesse poema, experimentamos o desconcerto humano diante de sua ruína. A ideia nuclear de nossa desolação é repetida em termos cotidianos, crus, assustadores e cruéis. Se apressássemos o nosso convencimento, pela força poética, até que poderia cair bem afirmar que espetacularizado, é reatualizar o desconcerto poder de compra, o valor se fazendo carne até a sua autoconsumação, o nosso próprio empalhamento? Não seríamos, dessa maneira, o retrato desses homens ocos, fôrma sem forma, sombra sem cor, força*” (Carvalho, 2016, pp. 1-2), *entre milhões, numa espécie de solidão em massa. As pessoas agem entre si como estranha, numa relação de hostilidade mútua [...] somente resta ao indivíduo é ser vítima ou carrasco*” (Marx, 2006, p. 16). Assim, sociedade burguesa capitalística.

Sendo assim, faz-se a seguinte problematização: é possível abordar a prevenção do suicídio, em termos de políticas públicas, que levem em consideração todas estas variáveis da produção da subjetividade no capitalismo e na sociedade de consumo? A respeito da resistência frente ao movimento de captura do capitalismo, Deleuze e Guattari (1995) já propõem “*uma revolução molecular; a criação de máquinas de guerra autogestivas que viabilizem e potencializem os devires minoritários e os micromovimentos que subvertem os regimes molares já estratificados*” (cit. por Soares, 2016, p. 120). Todavia, a problemática ainda não se responde na temática no suicídio. Há uma hipótese diretiva de proposta feita neste trabalho: que se possa instituir políticas públicas em saúde e

educação, em todos os níveis de atenção, que possibilite o investimento na própria subjetividade, sendo esta a melhor estratégia de resistência frente ao modo capitalístico que subsidia o fenômeno do suicídio.

A felicidade Como Direito Social: Uma Aposta na Prevenção do Suicídio

O investimento na própria subjetividade é tratado aqui como a felicidade do sujeito – tendo como prerrogativa que a subjetividade produzida no fenômeno do suicídio trata-se de uma infelicidade. A felicidade, como proposta por Kant (2008) é “*uma finalidade da qual se pode dizer que todos os seres racionais a perseguem realmente*” (p. 54). A subjetividade, englobando aqui a questão da felicidade ou infelicidade, por exemplo, como foi percorrido por todo este trabalho, não se trata de uma prerrogativa individual, ou seja, os estados de felicidade ou infelicidade, assim como quaisquer outros, estão intimamente ligados com o modo de existência subjetiva que se é produzida pelo e no contexto do sujeito. Assim, deve-se assumir uma responsabilidade do Estado em relação à felicidade de seus cidadãos, por exemplo. Deste modo, aposta-se que, uma vez que a felicidade possa ser tratada quanto direito do sujeito assegurada nas políticas públicas, ter-se-ia afete ao combate do suicídio.

A fim de operacionalizar a construção da felicidade quanto direito social assegurado nas políticas, Greve (2013) traz a felicidade quanto central no desenvolvimento comunitário, na medida em que uma “*boa sociedade é também uma comunidade feliz, e podem-se buscar ações públicas que propiciem alcançar e continuar alcançando uma sociedade feliz, ou ainda mais feliz*” (p. 18). É importante ressaltar que a conceituação de felicidade em nível de política pública aqui proposta, como frente ao suicídio, não se trata de uma concepção filosófica utilitarista, que visaria a felicidade geral de uma grande quantidade de pessoas, massificando as singularidades; muito pelo contrário, faz-se uma militância em consonância às felicidades singulares, às singularidades felizes. Ainda com Greve (2013), no livro “Felicidade”, com um capítulo intitulado “Felicidade e Políticas Públicas: Alguma Ligação?”, o aumento de suicídios na sociedade atual também foi questão para o autor: “*o aumento de suicídios foi apontado como um impacto negativo nas sociedades*

modernas e, portanto, como um obstáculo ao desenvolvimento de uma sociedade feliz” (Greve, 2013, p. 117).

Em síntese, as políticas públicas e seus atores (nós, todos os cidadãos), têm um papel importante na redução das taxas de suicídio e tentativas deste. Espera-se que, para a efetivação desta medida, se invista na felicidade das sociedades modernas através da potenciação e visibilidade das singulares dos sujeitos. Investimentos que melhorem a saúde dos cidadãos, maiores níveis de segurança social, melhorias nas condições de emprego, segurança no trabalho e investimentos na educação tem que ser prioridades do Estado para a combate ao suicídio (Greve, 2013). E por fim, a necessidade de investimento nas relações sociais: *“o Estado de bem-estar social não pode garanti-las, mas pode apoiar estruturas na sociedade que as tornem mais fáceis de se alcançar; para, assim, aumentar o nível de felicidade”* (Greve, 2013, p. 166) e reduzir as taxas de suicídio.

REFERÊNCIAS

- Athié, K., Fortes, S., & Delgado, P. G. G. (2013). Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: Uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(26), 64-74.
- Brasil. (2006). Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006. *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*. Brasília: Poder Executivo.
- Brown, R. M. (2002). *El arte del suicidio*. Espanha: Síntese.
- Carvalho, A. F. de. (2016). Félix Guattari e a produção de subjetividade na sociedade de consumo: Questões atuais desde a filosofia da educação. *Actas*, 3, 1-15.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 1). Rio de Janeiro, RJ: Ed. 34.
- Dutra, E. (2011). Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: Algumas considerações, *Revista de Abordagem Gestáltica*, 17(2), 152-157.
- Dutra, E. (2012). Suicídio de universitários: O vazio existencial de jovens na contemporaneidade, *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, 12(3), 924-937.

- Frances, A. (2017). *Voltando ao normal: Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade mental e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Versal Editores: Rio de Janeiro.
- Guattari, F. (1977). *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense.
- Guattari, F. (1989a). *As três ecologias*. Campinas: Papirus.
- Guattari, F. (1989b). *Cartografias esquizoanalíticas*. Buenos Aires: Manantial.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (1986). *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Greve, B. (2013). *Felicidade*. Editora UNESP: São Paulo.
- Gryschek, G., & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3255-3262.
- Heidegger, M. (1999). *Ser e Tempo*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes (Original publicado em 1927).
- Hirdes, A. (2015). A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 371-382.
- Kant, I. (2008). *A paz perpétua e outros opúsculos*. Edições 70: Lisboa.
- Lins, D. S. (1999). *O dedo no olho: Micropolíticas do cotidiano*. Annablume: São Paulo.
- Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo.
- Negri, A. (1992). *O poder constituinte: Ensaio sobre as alternativas para a modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Negri, A. (2000a). *Kairòs, Alma, Vênus, Multitudo: Nove lições ensinadas a mim mesmo*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Negri, A. (2000b). *Cinco lições sobre o Império*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Pereira, A. de A., Reinaldo, A. M. dos S., & Andrade, D. C. L. (2015). Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: Contribuições teóricas. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 14(1), 8-14.
- Souza, F. G. M. (2010). Suicídio: Dimensão do problema e o que fazer. *Debates*, 2(5), 6-8.
- Sousa, N. R. P. de, Souza, B. C. de, Aquino Neto, J. M. de, Gomes, M. H. R., Sá, I. S. L. B. de, Teixeira, L. K. A., & de Matos, F. G. (2014). Programa de apoio à vida (PRAVIDA): Integrando pesquisa, intervenção e ensino para a

prevenção do suicídio. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 3(2), 1-11.

Venco, S., & Barreto, M. (2014). O sentido social do suicídio no trabalho. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, 80(1), 294-30.

QUEM PRECISA DE CUIDADO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES?

Mariana Barboza Lopes¹ (✉ marianabarbozalopes@hotmail.com), Camila Peixoto Farias², Daiane Philippsen Maders¹, & Marcelene Souza Duarte¹

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil; ² Professora do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Winnicott, alertava para a importância das mães contarem com um ambiente suficientemente bom (Winnicott, 1945) na criação de seus bebês e defendia que, para que as mulheres pudessem favorecer o desenvolvimento emocional de seus bebês, fazia-se necessário que pudessem sentir-se emocionalmente amparadas pelo ambiente no qual estavam inseridas (Winnicott, 1963). O autor acreditava, desta forma, que, ao invés de exigirmos que as mulheres se dedicassem incondicionalmente aos seus bebês, atendendo às expectativas sociais idealizadas, caberia ofertar-lhes um ambiente suficientemente bom, para que elas pudessem oferecer o mesmo, em relação aos seus bebês.

Apesar de Winnicott ter desenvolvido sua teoria voltada ao universo das mães com seus bebês, poderíamos pensar, numa perspectiva pós-winnicottiana, que a premissa de que é fundamental que o cuidador tenha a experiência de ser cuidado para que ele possa fazer o mesmo, se estenderia para além da díade mãe-bebê. Tratar-se-ia de uma concepção ética que abarcaria qualquer relação que envolvesse uma figura cuidadora, ou seja, que cumpre a função de cuidar do outro, como ocorre com as equipes hospitalares.

Os profissionais que trabalham no ambiente hospitalar lidam diariamente com pacientes e familiares que manifestam os mais variados sentimentos e afetos diante do processo de hospitalização e tratamento. Esses sentimentos aparecem tanto abertamente quanto de forma oculta e as reações diante da doença variam imensamente de um indivíduo para outro

ou até mesmo, de um momento para outro quanto ao mesmo indivíduo, podendo gerar ansiedade, insegurança, pânico, agressividade, autoexigências extremas e até mesmo despreocupação ou desleixo frente às recomendações dos profissionais. Outro aspecto muito comum é a manifestação de sentimentos e atitudes ambivalentes (Campos, 2016).

Portanto, os profissionais de saúde precisam manejar essas diferentes manifestações emocionais dos pacientes, o que os deixa em uma situação de imensa tensão e cobrança, o que segundo Eugenio Paes Campos, produz angústia extrema, frustração, impotência e sensação de fracasso especialmente diante de situações que envolvem doenças terminais e morte (Campos, 2016).

Para prestar a assistência emocional adequada a cada caso, é fundamental que os profissionais sejam capazes de comunicarem-se e interagirem com os pacientes e familiares de forma adequada, percebendo que esses momentos geram possibilidades de entendimento entre eles e os indivíduos que estão sob seus cuidados. Isso pode desdobrar-se em um potente mecanismo de manutenção da autonomia do ser humano enfermo (Costa, Filho, & Soares, 2003), pois somente quando ciente de seu diagnóstico e prognóstico, ou seja, quando estabelece-se uma relação de confiança com os profissionais que o indivíduo é capaz de planejar sua vida e sua morte.

Só é possível compreender todo esse processo carregado de peculiaridades e ser capaz de lidar com as situações expostas de forma adequada e humanizada, quando o profissional possui formação específica na área e percebe que além de saber cuidar, também é preciso saber se deixar cuidar, estar acessível ao suporte, às trocas ou à parceria dos outros profissionais (Campos, 2016).

Conforme apresentado e em concordância com o que a literatura vem mostrando, os profissionais de saúde estão sujeitos a forte estresse, o que pode impactar sobre sua saúde física e mental, sendo necessário promover suporte e cuidado a eles (Campos, 2016). Dependendo das circunstâncias, os indivíduos podem ser cuidadores ou cuidados, o essencial é que haja sempre um segundo espaço de sustentação, que dê apoio e suporte necessários para exercer ora uma coisa, ora outra. Sustentação essa que deve ser desenvolvida pela equipe, que ao cuidar de seus pacientes, assim como os pais cuidam de seus filhos, forma uma unidade capaz de cuidar de si mesma (Campos, 2016).

De acordo com o exposto, é possível notar o quão complexa é a relação entre o cuidador e processo de cuidado, gerando a necessidade de haver um ambiente de suporte adequado para sustentá-los no desenvolvimento de seu trabalho, propiciando a expressão e compartilhamento de sentimentos como forma de cuidado mútuo. Entre os profissionais que trabalham com pacientes oncológicos, esses aspectos adquirem ainda maior relevância, pois, de acordo com Carvalho (2002) devido às grandes exigências dessa área, os profissionais que nela atuam, apresentam grandes níveis de estresse. Além disso, nota-se que a equipe hospitalar cumpre função essencial na forma com que pacientes oncológicos e seus familiares lidam com o diagnóstico e o tratamento da doença, portanto, este artigo visa investigar os tipos de cuidados dirigidos a tais profissionais e contribuir para uma discussão acerca de aspectos relacionados à sua experiência emocional e subjetiva.

A consideração de tais aspectos pode ser pensada como uma dimensão fundamental do cuidado que deve permear o cotidiano de uma instituição hospitalar, proporcionando um cuidado integrado e humanizado aos pacientes e aos profissionais.

O método do presente estudo é o de revisão bibliográfica, por meio de levantamento e análise de obras e trabalhos de investigação que abordam o tema proposto. Esta revisão foi debatida em reuniões reflexivas e discussões que forneceram *insights* importantes tanto para a forma de análise quando para a ponderação dos resultados obtidos.

DISCUSSÃO

Existem poucos estudos sobre os aspectos emocionais implicados no trabalho dos profissionais de saúde da área hospitalar, embora, segundo alguns autores, pesquisas apontem esses profissionais como propensos ao estresse e tensão no trabalho, sobretudo, os profissionais de enfermagem, considerada a quarta profissão mais estressante no setor público (Faria & Maia, 2007) O pequeno número de pesquisas relacionadas à saúde mental dos profissionais pode estar ligado tanto à postura tecnicista e racional dos mesmos, que não demonstram suas fragilidades e sofrimentos emocionais,

quanto a um imaginário social que tem estes profissionais como naturalmente cuidadores, dotados de dom para isto (Tachibana, Ambrosio, Beaune, & Vaisberg, 2014).

Cuidando de Quem Cuida

Pesquisas que investigam o cotidiano dos profissionais que atuam no âmbito hospitalar indicam que eles se encontram muito vulneráveis pelo fato de estarem sempre sob tensão, uma vez que lidam diretamente com pessoas doentes, em sofrimento e vulnerabilidade física, psíquica e social. Muitas vezes, os pacientes apresentam sintomas difíceis de manejar, necessitam de intervenções invasivas e, junto a seus familiares, exigem dos profissionais muito além do que está ao seu alcance (Campos, 2016).

Quando os profissionais se deparam com seus limites, acabam sentindo a raiva e o desespero de seus pacientes e familiares se voltarem para eles, além de suas próprias angústias e frustrações. O que, na maioria das vezes, não encontra espaço de acolhimento e elaboração entre os colegas de equipe. Segundo Santos (2003) tudo isso, em conjunto com as condições adversas de trabalho, aumentam a vulnerabilidade da equipe ao estresse emocional e ocupacional.

Outro fato importante que deve ser abordado é sobre a ideia de que não falar sobre as fraquezas, medos e angústias dentro das equipes é uma suposta forma de impedir que esses sentimentos se tornem um problema. Essa é uma lógica que deve ser superada, pois, de acordo com Campos (2016), espaços de troca, de cuidados mútuos, apoio e acolhimento são fundamentais no âmbito hospitalar, uma vez que as angústias e frustrações só serão elaboradas se tiverem espaço para serem compartilhadas pelos profissionais. Figueiredo (2007), também destaca que é fundamental que as equipes aceitem os medos e problemas dos seus integrantes, sem fazer imposições, compreendendo sua linguagem, suas percepções, seus anseios e os acolhendo. Para isto, a onipotência, mecanismo de defesa que dificulta aos profissionais de saúde, sobretudo aos médicos, reconhecer suas próprias fragilidades, deve ser sobrepujada.

De acordo com Campos (2016), os profissionais, assim como os pacientes, necessitam de apoio e suporte, de alguém que os acolha, os escute, em outras palavras, ofereça um espaço de cuidado. Este alguém pode ser a própria equipe, na qual um pode apoiar o outro, compartilhando

seus sofrimentos para que possam ser construídas estratégias de cuidado no âmbito das equipes. Campos (2016) destaca que dependendo das circunstâncias podemos ser cuidadores ou receber cuidados, o importante é que haja sempre um segundo espaço de sustentação, que dê apoio e suporte necessários para fazer uma coisa ou outra.

Dessa forma, é essencial que as instituições proporcionem aos seus colaboradores um espaço de acolhimento, de escuta, de troca, de compartilhamento de experiências emocionais, de apoio, em outras palavras, um espaço de cuidado para os que cuidam (Da Luz et al., 2016). É necessário que se abra um espaço de escuta do sofrimento psíquico dentro do hospital e não apenas para o sofrimento dos pacientes, mas também para o dos profissionais.

Segundo Kupermann (2009), para cuidar, é necessário saber ser cuidado, pois o cuidado oferecido está intimamente relacionado ao cuidado recebido, portanto, só quem é cuidado é capaz de cuidar. Tendo isso em vista, seguimos nos questionando: É possível oferecer um cuidado humanizado nos hospitais sem um espaço de acolhimento das experiências emocionais dos profissionais?

O Cuidado Como Dom

A ideia de que cuidar do outro é um dom e que a equipe hospitalar é, em geral, dotada dele, é equivocada, uma vez que o cuidado exige formação técnica específica, que inclui a compreensão, capacitação e preparo para exercer o papel de cuidador. Entretanto essa ideia, ainda é muito disseminada e colabora para a pouca exploração do “cuidado à equipe” em trabalhos científicos, pois, se virmos o cuidado como um dom, entendemos que as pessoas que o praticam não precisam de apoio técnico e científico, pois não há espaço para erros, dúvidas e dificuldades.

Essa perspectiva promove a ideia de que o cuidador é naturalmente dotado de todo saber necessário para prática, contribuindo para um cuidado não humanizado, focado no cuidador e não no paciente. Nesse contexto, o cuidador parte do princípio que sabe como deveria cuidar e desconsidera que o cuidado deve ser individualizado, voltado a cada paciente, a seus desejos e suas necessidades. O cuidador deve ser capaz de perceber qual o tipo de cuidado mais adequado para cada paciente e respeitar sua singularidade. De acordo com Campos (2016) na maioria das

vezes, o indivíduo não quer apenas ter sua doença cuidada, ser tratado com medicamentos, exames e cirurgias, ele quer também, ser visto, tocado e escutado.

O adoecimento envolve um conjunto de significados resultantes da experiência de vida do paciente, fazendo com que ele reaja de forma absolutamente singular à doença e também aos cuidados recebidos (Campos, 2016), necessitando de um profissional capacitado tecnicamente e psicologicamente disponível, empático e que ofereça um cuidado humanizado, alicerçado na singularidade do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível concluir que bibliografias referentes aos cuidados com os profissionais de saúde que atuam na área hospitalar ainda são escassas, no entanto, é essencial que estejamos atentos às condições emocionais desses profissionais, pois, quanto mais perto da dor do outro, mais vulneráveis ficamos ao nosso próprio sofrimento e mais cedo ou mais tarde esbarramos nos limites da nossa própria saúde mental (Santos, 2003).

Por isso, o cuidado com estes profissionais é fundamental para redução de estresse emocional e ocupacional e para um tratamento mais humanizado aos pacientes, uma vez que é necessário que a equipe esteja emocionalmente disponível para perceber as necessidades singulares de cada paciente.

Portanto, acredita-se que é fundamental a criação de um espaço dentro das equipes hospitalares para que as questões emocionais dos profissionais sejam acolhidas, compartilhadas e elaboradas, permitindo que suas experiências possam servir de alicerce para a criação de possibilidades de cuidado de si, dos colegas e dos pacientes.

É essencial que o grupo de profissionais encontre espaços de troca, de cuidados mútuos, de apoio e acolhimento para que o fortalecimento do vínculo alicerce a construção de possibilidades de cuidado de si e de cuidado mútuo. De acordo com o momento em que o profissional se encontra pode ser cuidador ou receber cuidado, o essencial é que tenha

sempre um espaço de sustentação, que dê apoio e suporte necessários para desenvolver ambas funções (Campos, 2016).

REFERÊNCIAS

- Campos, E. P. (2011). Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde. In *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde* (pp. 150-150). Disponível em http://www.editorapontocom.com.br/livro/48/eugeniocampos_48_584edcebb73c1.pdf
- Carvalho, M. M. (2002). Psio-Oncologia: História, Características e Desafios. *Psicologia USP*, 13(1), 151-156, 151-166. doi: 10.1590/S0103-65642002000100008
- Costa, C. A., Filho, W. D. L., & Vieira Soares, N. (2003). Assistência humanizada ao cliente oncológico: Reflexões junto à equipe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(3), 310-314.
- Da Luz, K. R., Vargas, M. A. O., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S., & Meirelles, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 59-63. doi: 10.1590/0034-7167.2016690109
- Faria, D. A. P., & Maia, E. M. C. (2007). Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6). Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421879012.pdf>
- Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002
- Kupermann, D. (2009). Figuras do cuidado na sua contemporaneidade: Testemunho, Hospitalidade e Empatia. In Marisa Schargel Maia (Ed.), *Por uma ética do cuidado* (pp. 121-140). Rio de Janeiro: Ed. Garamond.
- Santos, M. A. (2003). Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: O profissional de saúde e a morte. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 4(4), 43-51. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100007
- Tachibana, M., Ambrosio, F. F., Beaune, D., & Vaisberg, T. M. J. A. (2014). O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a interrupção da

gestação. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(2), 285-297. Disponível em <http://teopsic.psicologia.ufrj.br/arquivos/anexos/Revista%20%C3%81gora%20v.XVII%20%20n.2%20%20jul-dez%202014.pdf>.

Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott (Ed.), *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 269-285), trad. De J. Russo, Rio de Janeiro, “Ambiente suficientemente bom” é o termo cunhado pelo autor para referir-se às condições minimamente necessárias para que o indivíduo não se sinta invadido, pelo ambiente, tendo condições de atuar de forma espontânea e integrada.

Winnicott, D. W. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In Donald Woods Winnicott (Ed.), *O Ambiente e os processos de maturação* (pp.79-87), trad. de I.C.S Ortiz, Porto Alegre, Ed. Artes Médicas.

DEPENDÊNCIA DA INTERNET, PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDANTES DE ENSINO SUPERIOR

Marisa Marques^{1,2} Ana Melo², António Queirós², Anabela Pereira¹, & Carla Oliveira¹

¹ Universidade de Aveiro, Departamento de Educação e Psicologia, CIDTFF, Portugal;

² Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Serviços de Saúde e de Gestão da Segurança no Trabalho, Portugal

Nos últimos anos o número de utilizadores da internet tem aumentado, em Portugal quantificaram-se 6.930.762 e em todo o mundo 3.424.971.237 (Internet Live Stats, 2016). A internet tem sido utilizada em atividades sociais, profissionais (Yao & Zhong, 2014) e para fins de aprendizagem no ensino superior (Briz-Ponce, Pereira, Carvalho, Juanes-Méndez, & García-Peñalvo, 2017; Pereira et al., 2016). As estatísticas indicam que, em Portugal, 79% dos utilizadores acederam à internet em mobilidade, sendo os *smartphones* ou telemóveis os equipamentos portáteis mais utilizados (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Não obstante, alguns dos utilizadores da internet têm manifestado sintomas de dependência (Wallace, 2014).

Na literatura existem divergências na definição (Widyanto & Griffiths, 2007) e nos critérios de diagnóstico (Spada, 2014) de dependência da internet. Em 1995, Goldberg propôs pela primeira vez o conceito de dependência da internet, definindo-o como uma incapacidade de o utilizador controlar o uso da internet, o que provoca sofrimento, comprometimento das atividades quotidianas e negação do comportamento considerado problemático (Patrão et al., 2016). Os utilizadores dependentes da internet manifestam sintomas semelhantes aos encontrados em outras dependências sem e com substância (Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014). A dependência da internet frequentemente surge associada a perturbações psiquiátricas, estimando-se que as comorbilidades possam ocorrer em 86% dos casos (Block, 2008).

Face à crescente prevalência de problemas de saúde mental em estudantes de ensino superior (Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010) e, inclusive, a dependência da internet ser mais elevada nesta população (Patrão et al.,

2016), bem como à falta de investigação sobre a relação entre a qualidade de vida e a dependência da internet em estudantes de ensino superior (Tekinarslan, 2017), torna-se pertinente a realização de estudos que avaliem estes fenómenos. Este estudo observacional e transversal pretende caracterizar os estudantes de ensino superior quanto à dependência da internet e psicopatologia, assim como avaliar os sintomas psicopatológicos e a qualidade de vida em estudantes com diferentes usos da internet. Espera-se que os estudantes com maiores níveis de dependência da internet reportem níveis superiores de psicopatologia e menores níveis de qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

A presente amostra composta por 302 estudantes de ensino superior, possui uma média etária de 21.71 ($DP=4.86$) anos, sendo a maioria do sexo feminino ($n=231$; 76.50%) e frequente a licenciatura ($n=227$; 76.90%) (Quadro 1).

Quadro 1

Dados sociodemográficos dos participantes

Características	Frequências		
	<i>n</i>	%	
Sexo	Masculino	71	23.50
	Feminino	231	76.50
Idade	Média (Desvio-padrão)	21.71	(4.86)
	Mínimo	18	
	Máximo	67	
Nível de Ensino	Licenciatura	227	76.90
	Mestrado	65	22.00
	Doutoramento	3	1.00

Material

Internet Addiction Test (IAT; Young, 1998). A versão portuguesa foi adaptada, em 2014, por Pontes, Patrão e Griffiths. O IAT avalia o envolvimento com a internet em termos de normal (0-30), suave (31-49), moderado (50-79) e severo (80-100) (Young, 2011), através de 20 itens,

numa escala de *Likert* de 5 pontos. Esta versão apresenta boa consistência interna, sendo o $\alpha=.90$ (Pontes et al., 2014) semelhante ao encontrado neste estudo, onde $\alpha=.91$.

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993). A versão portuguesa foi adaptada por Canavarro (1995). O BSI avalia os sintomas psicopatológicos através de 53 itens, numa escala de *Likert* de 5 pontos. Este inventário integra nove dimensões, nomeadamente: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. A pontuação média de todos os itens corresponde ao Índice Geral de Sintomas (IGS). Esta versão tem níveis adequados de consistência interna, variando o alfa de Cronbach entre .62 e .80 (Canavarro, 2007), neste estudo varia entre .74 e .88.

WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1994). A versão portuguesa foi adaptada por Canavarro e colaboradores (2006). O WHOQOL-Bref avalia a qualidade de vida, por meio de 26 itens, numa escala de *Likert* de 5 pontos. Os itens encontram-se agrupados em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e uma faceta da qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde. Esta versão tem boas propriedades psicométricas, variando o alfa de Cronbach entre .64 e .92 (Canavarro et al., 2007), neste estudo varia entre .61 e .91.

Procedimento

A recolha de dados decorreu nas Universidades públicas de Aveiro e Coimbra, precisamente em salas de estudo, salas de aula e nos serviços médicos da Universidade de Coimbra. O preenchimento do protocolo de questionários foi realizado presencialmente, tendo os participantes sido informados do objetivo do estudo, do direito à não participação, a natureza anónima e confidencial dos dados, não tendo sido fornecida nenhuma compensação pela participação. A análise estatística foi realizada com recurso ao software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (versão 24.0; IBM, 2016), tendo sido realizadas estatísticas descritivas e inferenciais.

RESULTADOS

Nesta amostra 67.20% dos participantes manifestam sintomas de dependência da internet, especificamente suave (49.30%) e moderada

(17.90%). A hostilidade (30.10%) surge como mais frequente entre os participantes (Quadro 2).

Quadro 2

Frequências do uso da internet e perturbação emocional

Variáveis	Frequências		
	<i>n</i>	%	
Resultados IAT	Não dependente	99	32.80
	Dependente suave	149	49.30
	Dependente moderado	54	17.90
Resultados BSI	Somatização	58	19.20
	Obsessões-Compulsões	88	29.10
	Sensibilidade Interpessoal	85	28.10
	Depressão	64	21.20
	Ansiedade	71	23.50
	Hostilidade	91	30.10
	Ansiedade Fóbica	79	26.20
	Ideação Paranoide	82	27.20
	Psicoticismo	86	28.50

Os estudantes com dependência moderada e suave diferem significativamente dos estudantes não dependentes, em todas as dimensões do BSI. Além disso, os estudantes com dependência moderada também diferem significativamente dos estudantes com dependência suave, em 7 de 9 dimensões do BSI (Quadro 3).

Quadro 3

Resultados do teste Mann-Whitney

BSI	Grupos IAT					
	Não dependente (<i>n</i> =99)		Dependente suave (<i>n</i> =149)		Dependente moderado (<i>n</i> =54)	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Somatização	5954.00	.008	1711.50	<.001	3211.50	.025
Obsessões-compulsões	4592.00	<.001	1261.00	<.001	3249.00	.036
Sensibilidade interpessoal	5180.50	<.001	1238.50	<.001	2795.00	.001
Depressão	4764.00	<.001	1041.50	<.001	2717.00	<.001
Ansiedade	5088.00	<.001	1273.50	<.001	2918.50	.003
Hostilidade	4895.00	<.001	1283.50	<.001	3037.00	.007
Ansiedade fóbica	5232.50	<.001	1306.00	<.001	2976.50	.004
Ideação paranoide	5175.00	<.001	1275.00	<.001	2862.00	.002
Psicoticismo	4553.50	<.001	1138.50	<.001	2786.50	.001
IGS	4434.50	<.001	1041.50	<.001	2680.00	<.001

Na maioria das dimensões avaliadas pelo BSI os estudantes com dependência moderada possuem mais do dobro da média dos estudantes não dependentes, com exceção para o domínio das obsessões-compulsões em que a média é aproximadamente o dobro. Seguindo-se os estudantes com dependência suave que possuem médias superiores aos estudantes não dependentes e inferiores aos estudantes com dependência moderada, em todas as dimensões do BSI (Figura 1).

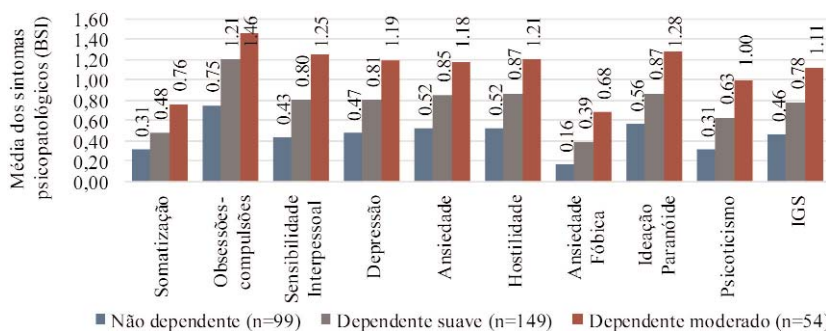


Figura 1. Média dos sintomas psicopatológicos nos grupos com diferentes usos de internet

Em todos os domínios da qualidade de vida verifica-se que os estudantes com dependência moderada e suave diferem significativamente dos estudantes não dependentes. Já os estudantes com dependência moderada diferem dos estudantes com dependência suave em 3 domínios da qualidade de vida (Quadro 4).

Quadro 4

Resultados do teste Mann-Whitney

WHOQOL-Bref	Grupos IAT					
	Não dependente (n=99)		Dependente suave (n=149)		Dependente moderado (n=54)	
	U	p	U	p	U	p
Qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde	6112.50	.018	1920.50	.003	3646.00	.282
Relações sociais	5990.00	.011	1592.50	<.001	3091.50	.011
Psicológico	5100.50	<.001	1399.00	<.001	3201.50	.026
Físico	5792.00	.004	1521.50	<.001	2913.00	.003
Ambiente	5843.50	.005	1540.00	<.001	2897.50	.002

Neste sentido, os estudantes com dependência moderada percebem a sua qualidade de vida como inferior, seguindo-se os estudantes com dependência suave, em comparação com os estudantes não dependentes. A maior diferença de médias, entre os estudantes não dependentes e dependentes moderados, surge no domínio das relações sociais, seguido o domínio psicológico (Figura 2).

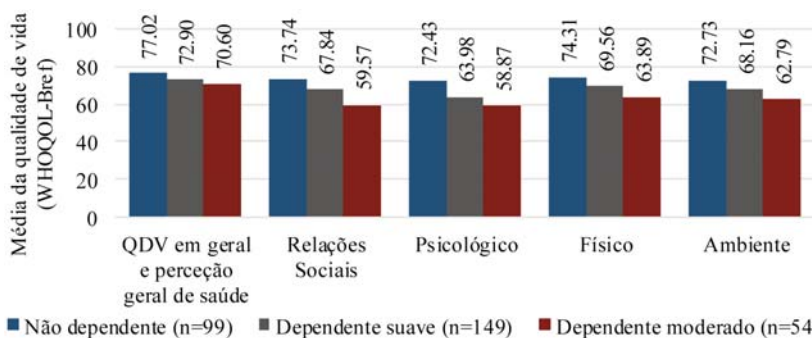


Figura 2. Média da qualidade de vida nos grupos com diferentes usos de internet

DISCUSSÃO

Na presente investigação 67.20% dos estudantes manifestam sintomas de dependência da internet, especificamente 49.30% suave e 17.90% moderada. Estes resultados são ligeiramente superiores aos verificados por um outro estudo, onde se apurou uma taxa de 44% na dependência suave e 16% na dependência moderada (Pontes et al., 2014). A prevalência de dependência da internet tem divergido entre os estudos (Costa & Patrão, 2016). Apesar de nesta amostra não haver estudantes com dependência severa da internet importa realçar que, se nada for feito, os resultados de dependência moderada podem vir a tornar-se severos. A ansiedade e a depressão surgem entre as perturbações menos frequentes neste estudo, com a hostilidade a predominar. Contudo, a literatura evidencia que a ansiedade e a depressão são as perturbações psicológicas mais frequentes nesta população (Francis & Horn, 2017).

Os estudantes com dependência moderada da internet reportam níveis superiores de sintomatologia psicopatológica, seguindo-se os estudantes com dependência suave, comparativamente com os estudantes não dependentes. É de referir que os estudantes com dependência moderada possuem mais do dobro da média dos estudantes não dependentes, na maioria das dimensões avaliadas pelo BSI. Estes resultados são corroborados por outras investigações, onde os sintomas psicopatológicos surgem associados positivamente com a dependência da internet (Adalier & Balkan, 2012). Adicionalmente, os estudantes com dependência moderada da internet percecionam a sua qualidade de vida como significativamente inferior à dos estudantes não dependentes, seguindo-se os estudantes com dependência suave, o que é consistente com estudos prévios (Tekinarslan, 2017).

Esta investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente não permite o estabelecimento de relações de causalidade, bem como os resultados obtidos no IAT nem sempre são passíveis de comparações diretas com outros estudos, já que vários autores utilizam diferentes pontos de corte.

São sugeridas investigações futuras com amostras mais extensas, indivíduos da comunidade em geral, comparem grupos clínicos e não clínicos de dependência da internet, combinem metodologias quantitativas e qualitativas. Merece particular relevo a realização de estudos longitudinais.

O presente estudo sugere que quanto mais grave é a dependência da internet maiores são os níveis de sintomatologia psicopatológica e, simultaneamente, menores os níveis de qualidade de vida. Estes contributos reforçam a importância do desenvolvimento de intervenções primárias direcionadas ao uso controlado, seguro e saudável da internet. Além disso, importa dar relevo à intervenção psicológica em contexto de ensino superior de forma a prevenir comportamentos de risco.

REFERÊNCIAS

- Adalier, A., & Balkan, E. (2012). The relationship between internet addiction and psychological symptoms. *International Journal of Global Education*, 1(2), 42-49. Retrieved from <http://www.ijgtase.net/ojs/index.php/ijge/article/view/72>

- Block, J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 306-307. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07101556
- Briz-Ponce, L., Pereira, A., Carvalho, L., Juanes-Méndez, J. A., & García-Peñalvo, F. J. (2017). Learning with mobile technologies – Students’ behavior. *Computers in Human Behavior*, 72, 612-620. doi: 10.1016/j.chb.2016.05.027
- Canavarro, M. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-330). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Costa, R. M., & Patrão, I. (2016). As relações amorosas e a internet: Dentro e fora da rede. In I. Patrão, & D. Sampaio (Coords.), *Dependências online: O poder das tecnologias* (pp. 117-131). Lisboa: Pactor.
- Francis, P. C., & Horn, A. S. (2017). Mental health issues and counseling services in us higher education: An overview of recent research and recommended practices. *Higher Education Policy*, 30(2), 263-277. doi: 10.1057/s41307-016-0036-2
- Internet Live Stats. (2016). *Internet Users*. Retrieved from <http://www.internetlivestats.com/internet-users/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Sociedade da informação e do conhecimento: Inquérito à utilização de tecnologias da informação e da comunicação pelas famílias 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=281439920&DESTAQUESmodo=2
- Patrão, I., Reis, J., Madeira, L., Paulino, M. C. S., Barandas, R., Sampaio, D., ... & Carmenates, S. (2016). Avaliação e intervenção terapêutica na utilização problemática da internet (UPI) em jovens: Revisão da literatura. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7(1-2), 221-243. Retrieved from [http://repositorio.ulusiada.pt/handle](http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/3514)

/11067/3514

- Pereira, A., Moreira, A., Chaló, P., Sancho, L., Varela, A., & Oliveira, C. (2016). Development Challenges of a Full Integrated App in Higher Education. In L. Briz-Ponce, J. A. Juanes-Méndez, & F. J. García-Peñalvo (Eds.), *Handbook of Research on Mobile Devices and Applications in Higher Education Settings* (pp. 117-139). USA: IGI Global.
- Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(2), 107-114. doi: 10.1556/JBA.3.2014.2.4
- Spada, M. M. (2014). An overview of problematic internet use. *Addictive Behaviors, 39*, 3-6. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.007
- Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010). A systematic review: Students with mental health problems – A growing problem. *International Journal of Nursing Practice, 16*(1), 1-6. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x
- Tekinarslan, E. (2017). Relationship between problematic internet use, depression and quality of life levels of Turkish university students. *Journal of Education and Training Studies, 5*(3), 167-175. doi: 10.11114/jets.v5i3.2238
- Wallace, P. (2014). Internet addiction disorder and youth. *EMBO Reports, 15*(1), 12-16. doi: 10.1002/embr.201338222
- Widyanto, L., & Griffiths M. (2007). Internet addiction: Does it really exist?. In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp. 141-163). Burlington, MA: Academic Press.
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: A clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *Biomed Research International, 425924*. doi: 10.1155/2014/425924
- Yao, M. Z., & Zhong, Z. J. (2014). Loneliness, social contacts and internet addiction: A cross-lagged panel study. *Computers in Human Behavior, 30*, 164-170. doi: 10.1016/j.chb.2013.08.007
- Young, K. S. (2011). Clinical assessment of internet-addicted clients. In K. Young & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 19-34). New Jersey: John Wiley & Sons.

ATUAÇÃO PSICOLÓGICA EM IST/HIV-AIDS: A AMPLIAÇÃO DO REPERTÓRIO PROFISSIONAL EM CONSTRUÇÃO

Mônica Lima¹ (✉ molije@hotmail.com) & Emilly Sala¹

¹Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

A epidemia pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/Aids) ainda é um problema de saúde pública/coletiva e impõe desafios às diversas áreas profissionais. No Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da política de HIV/Aids, o/a psicólogo/a tem se inserido em três âmbitos de trabalho: a atuação na elaboração de políticas e programas, a efetivação de ações programáticas previstas e o monitoramento das ações. Essa inserção foi acompanhada pelo desafio de construir uma atuação psicológica com um perfil profissional de engajamento político e articulação multiprofissional, considerando as diversas dimensões do processo saúde-doença-cuidado (Conselho Federal de Psicologia [CFP/CREPOP], 2008). Porém, com a complexidade de atuação no campo da saúde pública/coletiva, a psicologia vem sofrendo críticas sobre a sua atuação neste campo, devido ao facto de as suas ferramentas e o processo de trabalho permanecerem os mesmos (Cimino & Leite, 2016; Dimenstein, 2000).

Na saúde pública/coletiva, a noção de clínica ampliada tem ganhado destaque como um contraponto às correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde e que tendem a agir exclusivamente como o seu referencial, desconsiderando as outras dimensões do cuidado (Brasil, 2009). A noção de clínica ampliada propõe a saída da zona de conforto em vários âmbitos do trabalho em saúde. Ela exige a ampliação do “objeto da clínica” (dimensão social e subjetiva e, não somente biológica), “objetivo da clínica” (curativo, preventivo, de reabilitação e também o grau de autonomia das pessoas), por consequência, “os meios de intervenção” (sejam eles diagnósticos ou terapêuticos), para tanto é necessário recorrer

a conhecimentos sistematizados em outras áreas (Campos & Amaral, 2007).

Nesta perspectiva, parte-se do pressuposto que o/a psicólogo/a precisa desenvolver atividades de campo em IST/HIV/Aids e de núcleo profissional específico. Campos (2000) recomenda a distinção entre as noções de núcleo profissional, que demarca uma identidade de uma área específica de conhecimento e práticas profissionais, e de campo, sendo um espaço de limites flexíveis em que as diversas disciplinas e profissões buscariam nas outras áreas suporte para cumprimento de suas atividades teóricas e práticas. Nesta direção, é preciso superar o preconceito tecnológico, que enfatiza uma certa maneira de se realizar práticas, que cada profissional adota a partir de um repertório comportamental modelado por sua profissão, muitas vezes esquivando-se de tudo o que não se circunscreve classicamente a este repertório (Goldberg, 2001). Este estudo buscou compreender, em situações concretas de trabalho, considerando os grandes debates promovidos nas últimas décadas e as publicações de diretrizes e referências para atuação do/a psicólogo/a em políticas públicas: Como os/as psicólogos/as significam a atuação psicológica na abordagem das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/Aids em serviços especializados em Salvador-Bahia-Brasil.

MÉTODO

Participantes

Foram entrevistados/as sete psicólogos/as vinculados/as aos serviços de saúde especializados em IST/HIV/Aids, de Salvador-Bahia/Brasil; seis profissionais do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade média de 40,6 anos ($DP=10,2$) e, pelo menos, seis meses de vínculo de trabalho.

Material

Entrevistas das três primeiras psicólogas que participaram do estudo, focalizando apenas uma das temáticas exploradas no roteiro, a saber: os sentidos construídos sobre a atuação psicológica em IST/HIV/Aids.

Procedimento

Adotou-se uma perspectiva de práticas discursivas e produção de sentidos (Spink, 2010). Nesta direção, analisou-se a atuação profissional considerando o *tempo longo* de construções de conteúdos culturais que conformam os discursos de uma determinada época, mas que continuam como possibilidades de sentido em outras conjunturas históricas. Entendendo, porém, a dinamicidade das produções de sentido, foi necessário levar em conta também o *tempo curto* das interações, quando as produções cumulativas são ressignificadas no tempo de vida (*tempo vivido*) de cada um de nós, nos processos de socialização. Nesta perspectiva, optou-se pela entrevista semiestruturada na coleta de dados. Para Pinheiro (2013), as entrevistas são também práticas discursivas, ou seja, são interações contextualizadas e situadas através das quais se produz sentido e versões da realidade. Os discursos foram analisados à luz da análise categorial temática, seguindo as etapas de pré-análise, codificação e categorização, com o fim de entender padrões discursivos compartilhados, compreender as funções de cada enunciado e o que estavam desempenhando (Vázquez, 1996). A primeira etapa, pré-análise, condiz com a organização do material em trechos que permitiram examinar os dados e daí selecionar o *corpus* de análise. A etapa codificadora correspondeu à análise do *corpus* baseado nos objetivos do estudo, especificamente compreender os sentidos produzidos, transformando os dados brutos em dados úteis. Essa etapa é muito vinculada à primeira, pois com a fragmentação do texto foi possível a catalogação desses trechos, ou seja, identificação das unidades de registro. E por fim, a categorização que permitiu uma visão condensada e possibilitou o agrupamento por critérios de analogia (Vázquez, 1996).

As temáticas e categorias analisadas foram construídas com base na noção de repertório interpretativo dos/as psicólogos/as sobre o que fazem e como fazem no cotidiano dos serviços especializados. Entende-se por repertórios interpretativos as unidades de construção das práticas discursivas – termos, descrições, figuras de linguagem e lugares-comuns – que circunscrevem o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo como referência o contexto de produção das práticas e os estilos gramaticais específicos ou gêneros de fala que as caracterizam (Spink & Medrado, 2013).

RESULTADOS

A temática “Sentidos da atuação psicológica: fazeres no campo IST/HIV/Aids” diz respeito aos sentidos construídos pelas profissionais sobre a atuação psicológica, quando descrevem o cotidiano de trabalho nas unidades de saúde (Quadro 1).

Quadro 1

Análise Categorical-Temática sobre Sentidos da Atuação Psicológica em IST/HIV-Aids

Categoria	Descrição	Código
Atuação	Caracterização e sentidos da atuação psicológica	ATUA
Atividades	Descrição das atividades/intervenções realizadas	ATIV
Demandas	Pedidos e encaminhamentos para o setor da psicologia	DEMD
Objetivos	Objetivos das intervenções e ações propostas/realizadas	OBJE

O contexto dos fazeres da psicologia na política de atenção às IST/HIV/Aids foi caracterizado pelas profissionais como um espaço de múltiplas possibilidades de atuação. Os sentidos sobre o fazer da psicóloga nos serviços de atenção às IST/HIV/Aids abarcam, portanto, uma ampla gama de atividades que envolvem características do campo de saberes e práticas da saúde (acolhimento, aconselhamento pré e pós-testagem, treinamentos, mutirões, sala de espera, feiras de saúde, etc.), mas também do núcleo de conhecimentos e fazeres psicológicos (acompanhamento psicológico, psicoterapia, grupos terapêuticos etc.), para atender às necessidades da área, como exemplificam as profissionais, a seguir:

“Então, assim, eu não sei se é uma característica pessoal, mas também da área, eu gostava de cada, cada turno fazer uma coisa. Aí tinha um turno de atendimento; um turno de grupo; . . . um turno que é externo, para todos os profissionais, que eu fazia com as escolas. [...] outro podia ser empresas, igreja... já fui em tudo quanto é lugar. Então era um turno para cada coisa” (Magnólia, ATIV).

“Essa perspectiva de você fazer uma escuta que também... que você se coloca ao mesmo tempo como psicóloga, mas como aconselhadora, como se fosse uma continuidade da pós-testagem, né? Essa perspectiva

de fazer esse casamento, eu acho que é bastante enriquecedora. Não é algo que me angustia, em hipótese alguma. Eu enxergo como o meu papel dentro do Sistema Único de Saúde” (Acácia, ATUA).

Essa atuação não foi caracterizada pelas entrevistadas como antagonista ao papel da psicologia, mas como uma continuidade da prática profissional, considerando as necessidades e objetivos do contexto de atuação. Portanto, os dados apontam também para uma tendência à superação das críticas sobre a inserção descontextualizada das psicólogas no SUS. Apesar disso, a fala das profissionais é marcada por uma tentativa de diferenciação entre a atuação da psicologia em serviços públicos de saúde, especificamente, em IST/HIV/Aids, e a prática “clínica clássica”, desenvolvida em outros contextos de trabalho, dependendo do objetivo que orienta o fazer psicológico:

“É porque assim, a maioria dos atendimentos aqui, é... eu, eu busco que eles tenham começo, meio e fim. Porque... o objetivo não é fazer uma clínica clássica, né?” (Acácia, OBJE).

As demandas direcionadas ao setor de psicologia englobam usuários encaminhados por outros profissionais do serviço; do território (escolas e demais serviços de saúde); e demanda espontânea de usuários. Com relação, particularmente, às pessoas que vivem com HIV-Aids, as demandas envolvem prioritariamente dois momentos: 1) a descoberta do vírus (como lidar com esta nova realidade, para quem contar, relações familiares e no trabalho, etc.) 2) a vivência da sexualidade e as parcerias sexuais (se deve contar, como e quando contar, rejeição e cuidados para evitar infecções). Demandas de adesão ao tratamento também chegam como solicitação de outros profissionais e de revelação do diagnóstico para crianças e adolescentes, via pais ou responsáveis. Pedidos vindos da gestão também incluem a atenção aos perfis epidemiológicos de maior vulnerabilidade; proposição de ações específicas de prevenção, que inclui atividades fora da unidade de saúde.

DISCUSSÃO

Observou-se que o espaço de atuação da psicologia em IST/HIV/Aids comporta uma diversidade de possibilidades de atuação profissional,

ligadas aos saberes e práticas da psicologia e do campo das IST/HIV/Aids, requisitando do/a psicólogo/a uma abertura para engajar-se nas mais diversas atividades e apropriar-se dos demais conhecimentos e habilidades que essa prática exige, corroborando a tendência sinalizada por outros autores (CFP/CREPOP, 2008; Perucchi, Rodrigues, Jardim, & Calais, 2011; Rasera & Issa, 2007). É notório que os/as profissionais indicaram a necessidade de construção de uma atuação na perspectiva de uma clínica ampliada para atender tais demandas, em que considere a interdisciplinaridade e intersetorialidade para construção de ações coletivas. Apesar disso, nos casos concretos narrados pelas psicólogas, quando são feitas solicitações de intervenção por parte de outros profissionais ou dos usuários, o pedido parece não ser feito no sentido de construção de uma intervenção conjunta, compartilhada, demonstrando que ainda existem desafios para construção de práticas interdisciplinares nos serviços de saúde. Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Castanha (2006, p. 80) também observaram que *“formações acadêmicas diferentes influenciam as formas de representar a questão da soropositividade, para as quais as representações sociais de cada grupo convergem com suas práticas cotidianas”*. Ora a ênfase recai nos aspectos biológicos e farmacológicos, por parte da área médica, ora nos psicossociais dos profissionais da área de humanas, sendo assim *“se faz necessária a habilidade para lidar com aspectos subjetivos para que haja a superação dos limites da compartimentalização do conhecimento”*.

No presente estudo, todavia, mesmo nos atendimentos de núcleo profissional, elementos e princípios que norteiam a prática nos serviços de saúde do SUS compõem as intervenções e ações das profissionais, em que a noção de estratégias de prevenção orienta novos fazeres. A noção de integralidade da atenção à saúde dos usuários, assim como ao reconhecimento das vulnerabilidades que acometem esse público, em particular as pessoas que convivem com o HIV-Aids, tem levado as entrevistadas a reconhecerem que as ações desenvolvidas nesses serviços exigem um posicionamento diferenciado sobre o fazer do/a psicólogo/a, distante de uma perspectiva mais clássica da formação em psicologia, enxergando-se em um papel profissional comprometido com a lógica do sistema de saúde brasileiro. Este compromisso exige que as questões de saúde sejam de fato consideradas na interface entre o indivíduo e o social, considerando os contextos sociais, interacionais e culturais nos quais o processo de saúde-

doença ocorre, pressupondo que os discursos e significados sobre esses fenômenos diferenciam-se de acordo com o gênero, fase do ciclo de vida, aspectos socioeconômicos e diversidade cultural das pessoas envolvidas (Böing & Crepaldi, 2014). Essa constatação remete-se à indicação de Goldberg (2001) de que é preciso superar o preconceito tecnológico, e, portanto, ampliar o repertório profissional para uma atuação que responda às exigências do campo e, não apenas do núcleo específico da psicologia. De forma geral, a possibilidade de atuar em outras atividades que não somente a atuação “clínica clássica” é trazida com um significado de enriquecimento do trabalho profissional no campo do HIV/Aids, como apontada também no estudo de Rasesa e Issa (2007). Ainda que a atuação tenha sido significada como uma prática mais próxima dos elementos contextuais, sociais e políticos que envolvem o processo de saúde-doença-cuidado dos usuários e, portanto, afastada de uma atuação “clínica clássica”, essa noção ainda está muito presente na forma como as entrevistadas percebem e atribuem sentido à sua prática, mesmo que pela via da diferenciação, não sendo exclusiva do campo de atuação psicológica em HIV/Aids. Dimenstein (2000) ilustra esse fato referindo que a inserção do/a psicólogo/a nas instituições públicas de saúde fez com que ele/a se deparasse com uma clientela substancialmente diversa da atendida na clínica privada, muitas vezes encaminhada por outras instituições ou profissionais de saúde, com expectativas sobre o atendimento psicológico bastante distintas de quem busca um atendimento em consultório particular. Neste sentido, passa a haver um descompasso entre as representações de saúde/doença entre usuários e profissionais; baixa eficácia das terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos, além disso, uma seleção e hierarquização da clientela. De modo que os que se beneficiam da prática psicológica são os usuários com perfis mais compatíveis com a clientela letrada, de classe média alta e menos vulneráveis socialmente (Dimenstein, 2000). De um modo geral, não são estes usuários que buscam os serviços públicos de saúde, inclusive nos serviços especializados em HIV/Aids.

No Brasil, a história da profissão de psicologia é muito recente, a regulamentação data da década de 1960, mas podemos considerar que há uma caracterização típica do que é ser psicólogo/a na nossa sociedade, que é ressignificada em contextos históricos específicos, decorrentes das mudanças ocorridas na sociedade. No campo da saúde pública, em relação

às mudanças necessárias para atuação em psicologia, a criação do SUS viabilizou a inserção de tais profissionais neste cenário, ao mesmo tempo, que permitiu a visibilidade do descompasso que rege a atuação psicológica, como destacou Dimenstein (2000). Por outro lado, esta denúncia sobre o descompasso tem gerado reações que conduzem a propostas de formação contextualizada de tais profissionais com a demanda da população que recorre exclusivamente ao SUS, a partir mudanças no ensino superior (Pitombeira, Xavier, Barroso, & Oliveira, 2016), particularmente, adotadas desde 2004, com as exigências das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação em Psicologia (Poppe & Batista, 2012).

Assim, a atuação em IST/HIV/Aids comporta dificuldades e desafios diversos, que vão desde singularidades dos usuários atendidos e suas vulnerabilidades, até ao contexto governamental mais amplo, que envolve as decisões e as prioridades políticas que repercutem nas práticas cotidianas das profissionais. No entanto, apesar dos desafios que ainda se colocam para os/as psicólogos/as no contexto do SUS, este estudo indicou uma ampliação dos repertórios interpretativos das profissionais quando constroem sentidos e significados considerando os relatos de práticas no âmbito das políticas de IST/HIV/Aids. Indicando, dessa forma, caminhos possíveis para superação de práticas individualizantes e descontextualizadas, que por muito tempo caracterizaram a profissão (Cimino & Leite, 2016; Dimenstein, 2000).

REFERÊNCIAS

- Böing, E., & Crepaldi, M. (2014). Reflexões epistemológicas sobre o SUS e atuação do psicólogo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 34(3), 745-760. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001052013>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF. 64 pp.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>

- Campos, G. W. S., & Amaral, M. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 12(4): 849-859. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Cimino, A., & Leite, D. (2016). Psicologia e saúde pública: Cartografia das modalidades de prática psicológica nas policlínicas. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 14-23. <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016103>
- Conselho Federal de Psicologia. (2008). Referências técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de DST e aids (p. 94). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia – CFP/CREPOP.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência à saúde. *Estudo. Psicol.*, 5, 95-121. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>
- Goldberg, J. (2001). Reabilitação como processo: O centro de atenção psicossocial. In A. Pitta (Ed.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (2ª ed., pp. 33-47.). São Paulo: HUCITEC.
- Perucchi, J., Rodrigues, F.D., Jardim, L. N., Calais, L. B. (2011). Psicologia e políticas públicas em HIV/aids: Algumas reflexões. *Psicologia & Sociedade*, 23, 72-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400010>
- Pinheiro, P. (2013). Entrevista: Uma prática discursiva. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Centro Edlstein de Pesquisas Sociais. Edição virtual. Rio de Janeiro.
- Pitombeira, D., Xavier, A., Barroso, R., & Oliveira, P. R. S. (2016). Psicologia e a Formação para a Saúde: Experiências Formativas e Transformações Curriculares em Debate. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36, 280-291. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-37030001722014>
- Poppe, A., & Batista, S. (2012). Formação em Psicologia no contexto das diretrizes curriculares nacionais: Uma discussão sobre os cenários da prática em saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 986-999. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000400016>
- Rasera, E. F., & Issa, C. L. G. (2007). A atuação do psicólogo em ONG/Aids. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 566-575.
- Ribeiro, C., Coutinho, M., Saldinha, A., & Castanha, A. (2006). Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(1), 75-81. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100009>
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas.

Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – Aproximações teóricas e metodológicas. Edição virtual. Rio de Janeiro.

Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 72 p.

Vázquez, F. (1996). El análisis de contenido temático. *Objetivos y medios en la investigación psicosocial.* (Documento de trabajo, pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona.

FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: DIMENSÕES DA SUPERVISÃO COMPARTILHADA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Mônica Lima¹ (✉ molije@hotmail.com), Fernanda Rebouças², & Leila Grave²

¹ Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil;

² Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Salvador, Bahia, Brasil

O estágio supervisionado em foco analítico distancia-se da acepção de supervisão que implique em inspecionar e controlar, buscando manter “vigilância do bom senso”, uma constante avaliação da prática, que culmine em uma prática educativa sem conotação hierárquica e de abuso de poder (Freire, 2016) entre as educadoras e as estagiárias, bem como entre elas mesmas. Parte-se do pressuposto que novas práticas discursivas podem ser construídas cotidianamente em torno do ato de supervisionar, ou seja, “*maneiras pelas quais as pessoas por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas*” (Spink, 2010, p. 27), que alimentem a curiosidade, o comprometimento, a reflexão crítica sobre a prática e a autonomia (Freire, 2016).

Duarte (2015) atribui como principal ferramenta da supervisão a narrativa – ato que gera significações afetivas, desvela transgressões, promove elaborações, propõe esperança, situa a ação vivenciada, contextualizada histórico-social e subjetivamente. Reis & Hortale (2004, p. 494) destacam a ação colaborativa entre parceiros: “*nova forma de planejar e agir em saúde que propicie aos atores envolvidos suplantarem a alienação, conscientizarem-se, e poderem se envolver no processo de trabalho, no processo de supervisão compartilhada, no processo de ‘convisão’*”. Este artigo tem como objetivo refletir sobre a supervisão compartilhada, desenvolvida no Estágio Supervisionado em Psicologia e Atenção à Saúde. Experiência realizada no Sistema Único de Saúde (SUS), na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da inserção das estagiárias no processo de trabalho do Núcleo de Apoio/Ampliado de Saúde (NASF). O SUS é um sistema público, estabelecido desde 1988 na

Constituição Federal Brasileira, sendo a saúde concebida por esta lei como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Por sua vez, ESF pode ser definida:

“como um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade” (Andrade, Bueno & Bezerra, 2009, p. 804).

O NASF é constituído por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diferentes ocupações da área da saúde (profissões e especialidades), complementar às equipes mínimas (formadas por enfermeiras, médicos generalistas, odontólogos e agentes comunitários de saúde) que atuam na atenção básica de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) a elas (Brasil, 2017). O/A psicólogo/a é um/a dos/as profissionais que pode compor as equipes de NASF. O NASF deve organizar o processo de trabalho identificando demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, buscando analisá-las e manejá-las para superação dos desafios da atenção básica.

O estágio supervisionado, implantado em 2016, tem 20 horas semanais, sendo quatro horas de supervisão. Trata-se de uma parceria entre o a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-Bahia, no Brasil. O NASF funciona na lógica de apoio matricial, ou seja, visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde da família, a fim de ampliar o seu repertório de ações e aumentar a resolutividade do cuidado oferecido na atenção básica (Brasil, 2014). Nesse sentido, o NASF possui duas responsabilidades fundamentais: sobre as equipes e sobre a comunidade, pois pode realizar ações de apoio e ações diretas de cuidado. Os/as estagiários/as acompanham ou realizam as seguintes atividades: atendimento individual ou compartilhado com outro profissional, atenção domiciliar, atividades coletivas de cuidado e educação em saúde, ações na comunidade, visitas institucionais, reuniões técnicas com outras equipes de saúde e intersetoriais, entre outras. Em geral, ao longo do semestre, a/o estagiário/a vai criando mais segurança e passa a conduzir mais atividades

de maneira autônoma, inclusive acompanhamento longitudinal de famílias. A supervisão compartilhada acontece quinzenalmente na própria unidade de saúde, alternando a semana com cada preceptora e estagiárias correspondentes, sempre com a precondição de termos presentes todas as envolvidas neste processo de ensino-aprendizagem. Nestes momentos, são relatadas as ações desenvolvidas, buscando dar conta das dimensões clínica, sanitária e pedagógica da atuação do NASF (Brasil, 2014).

MÉTODO

Participantes

Participaram 12 estudantes do curso de Psicologia, entre 8 a 10 semestres, duas preceptoras e uma professora, todas psicólogas.

Material

Analisaram-se os relatórios de conclusão do estágio dos/as estagiários/as, particularmente, as seções sobre as atividades desenvolvidas, o processo formativo e avaliação da supervisão.

Procedimentos

Os discursos (contidos nos relatórios de estágio) foram analisados à luz da análise categorial temática, seguindo as etapas de pré-análise, codificação e categorização, com o fim de entender padrões discursivos compartilhados, compreender as funções de cada enunciado e o que estavam desempenhando (Vázquez, 1996). A primeira etapa, pré-análise, condiz com a organização do material em trechos que permitiram examinar os dados e selecionar o *corpus* de análise. A etapa codificadora correspondeu à análise do *corpus* baseado nos objetivos do estudo, especificamente compreender os sentidos produzidos, transformando os dados brutos em dados úteis. Essa etapa é muito vinculada à primeira, pois a partir da fragmentação do texto identificam-se as unidades de registro.

Por fim, a categorização, que permite uma visão condensada e possibilita o agrupamento por critérios de analogia (Vazquéz, 1996).

RESULTADOS

Foram identificadas quatro dimensões sobre a operacionalização da supervisão compartilhada, a saber: técnico-assistencial, político-formativa, afetiva-acolhedora e educação permanente. A dimensão Técnico-Assistencial diz respeito ao processo que inclui a identificação da demanda, o planejamento e a execução das ações de cuidados, educativas e institucionais. Estas etapas são pensadas e realizadas durante a estada semanal das estagiárias nas unidades de saúde, sendo que os encontros de supervisão compartilhada configuraram momentos de decisões coletivas, quando se avaliava o que se fazia e programavam-se próximas ações.

“A atenção básica, mais precisamente o trabalho no NASF trata-se de um campo que exige a versatilidade e o compromisso com o rompimento de práticas cristalizadas e muitas vezes elitizadas, o que requer uma atuação profissional que precisa responder às demandas sociais e políticas, pensando nas melhorias da qualidade de vida para a população usuária do sistema de saúde pública” (Estagiária 01).

A dimensão Político-Formativa representa a preocupação de manter, em todos os momentos do processo de tornar-se psicóloga, a clareza de que se defende um projeto de sociedade, no qual a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e que a psicologia deve se juntar a outras áreas da saúde no pensar e fazer crítico para garantir que este pressuposto seja cumprido.

“Foi fundamental perceber como a aplicação de uma política é capaz de modificá-la. [...] é imprescindível apostar na coletividade” (Estagiária 02)

“reflito também sobre a potencialidade do SUS e reforço o quanto essa conquista se caracteriza como um passo importante na luta pela garantia de direitos da população brasileira” (Estagiária 03)

A dimensão Afetivo-Acolhedora refere-se ao compromisso de considerar que a implicação com o fazer crítico e compromissado da psicóloga, em situações de muita vulnerabilidade com as quais lidamos, significa a necessidade de partir do seu protagonismo e dos seus conhecimentos prévios, aceitando as inseguranças iniciais não como falhas, mas como ingrediente de superação.

“o momento é sempre um espaço de grande crescimento profissional, com trocas, questionamentos e construção de vínculo.” (Estagiária 04)

“um ambiente acolhedor, onde trouxemos nossa angústia e medo, as nossas conquistas e acertos, e os momentos de descontração e resenhas” (Estagiária 05)

A dimensão da Educação Permanente está relacionada à compreensão sobre o que se construiu sobre o ensino-aprendizagem. Não são apenas as estagiárias que estão em permanente processo de formação, mas também as preceptoras e professora. A troca de experiências, o compartilhar das dúvidas, a criação de narrativas construtivas sobre demandas, intervenções e avaliações permanentes fazem destes encontros uma potência educativa para todas as envolvidas.

“A presença das duas [preceptora e professora] se tornou algo tão natural e intrínseco à nossa forma de reunir que eu não havia percebido o quanto esse formato estava sendo forjado como nova experiência de orientação no estágio” (Estagiária 04)

DISCUSSÃO

O modelo de Supervisão de Aliança de Trabalho – MSAT (Bordin, 1983) tem influenciado sobremaneira a prática de supervisão em diversos contextos e inspirado estudos sobre esta temática (American Psychological Association, 2014). Este modelo leva em consideração três componentes: objetivos, tarefas e vínculo. Nesta perspectiva, entende-se que uma aliança de trabalho na supervisão parte de um acordo mútuo sobre os objetivos que possibilite transformações nos envolvidos, a compreensão e a realização das tarefas de cada um, culminado na criação de vínculo

emocional entre supervisores/as e supervisionandos/as (Wood, 2005). Nesta direção, a supervisão compartilhada caracteriza-se pela troca de vivências e saberes, com discussão, planejamento e avaliação das ações entre os três segmentos: um espaço de reflexão sobre o trabalho. Neste processo, o poder de decisão perpassa por todas as atrizes sociais, dando um caráter horizontal e colaborativo a esta relação, com atenção às críticas sobre os fazeres psicológicos e inspiração nas contribuições aqui citadas.

Nesta direção, a dimensão Técnica-Assistencial está sustentada no uso fundamental da tecnologia leve, que não despreza as tecnologias leveduras ou duras (Merhy (2000). Desta forma, os conhecimentos estruturados na área da psicologia são um dos alicerces para o desenvolvimento relacional do cuidado. Parte-se da noção do vínculo no cuidado em saúde, que pressupõe um distanciamento de uma formação protegida, que mimica e seda as aspirantes, que não lhes permite crer que são agentes de mudanças subjetivas que operam nas condições objetivas da vida das pessoas (Silva, 2008). Nesta direção, utiliza-se uma epistemologia construcionista:

Centramo-nos no poder gerador da relação e do fluxo de ações coordenadas. Por meio de performances junto aos outros e junto a nós mesmos, criamos nossas realidades racionais e emocionais (Gergen & Gergen, 2010, p. 53).

Este caráter relacional remete-se à dimensão Afetivo-Formativa do estágio e, portanto, uma das duas estratégias, a supervisão compartilhada, o que se aproxima da perspectiva de Duarte (2015) sobre ser preciso colocar em funcionamento processos desejantes, no sentido psicanalítico do termo, que respeitem a dúvida, a impotência, o medo, escutando o outro, nos desalojando e realojando no circuito provocador e profícuo, potencializando transformações frente às vulnerabilidades concretas vividas pelos usuários e de nós mesmas. Na mesma direção, compartilha-se que o ato narrativo da supervisão compartilhada comporta a dupla reflexividade: *“Reflete o vivido, mas também o pensa, indagando-o. Para si mesmo e para o outro. Narrar traz impresso um cunho (auto)biográfico”* (Duarte, 2015, p. 140).

Em relação à dimensão político-formativa defende-se a saúde como um direito de todos e dever do Estado e o SUS como uma política que deve ser conquistada todos os dias, pois que a garantia de sua existência para além da constitucional está sempre ameaçada por projetos antidemocrá-

ticos e conservadores, como aqueles que assolam, atualmente, o Brasil. Martín-Baró (1988) já apontava duas perspectivas que a Psicologia poderia assumir em relação à política: assepsia técnico-científica ou militância política. A primeira está baseada na concepção da *"ciência como um fazer axiologicamente asséptico e politicamente neutro"* (Lacerda, 2013, p. 557) e a segunda considera que *"militância política deve ser o critério para a atividade científica e técnica e que seu trabalho profissional deve ser guiado por valores e convicções"* (Lacerda, 2013, p. 577). Na direção de não se aceitar a assepsia técnico-científica nem tampouco cair-se na *"militância mecanicista"*, recorre-se aos escritos de Martín-Baró:

"A assepsia é eticamente inaceitável, mas o compromisso político coloca em perigo a objetividade do psicólogo. Não se pode confundir objetividade com parcialidade; o psicólogo pode e, ainda, deve ser parcial, isto é, tomar partido, sem que isso resulte em redução de sua objetividade" (Lacerda, 2013, p. 564).

Resgatando as reflexões de Martín-Baró, podemos retomar a ideia de promover uma *"psicologia situada"*: *"ancorada em contextos específicos e nos dilemas históricos de seu tempo, com posicionamentos sociopolíticos e responsabilidades históricas definidas, e em interlocução, não ingênua, com os atores populares fundamentais [...] é uma espécie de corpolítica: se piensa y se hace desde donde se es"* (Dobles, 2015, p. 129). A dimensão Político-Formativa é, sem dúvida, a menos explicitada no MSAT (Bordin, 1983), e merece ser considerada em estudos futuros, uma vez que, em países como Brasil, a luta pelo direito à saúde e a oferta de serviços qualificados neste setor estão intimamente ligados à consciência política dos/as profissionais de saúde, que inclui os/as psicólogos/as.

Em relação à última dimensão, a supervisão compartilhada funciona como espaço de Educação Permanente e construção conjunta para todas as envolvidas, pois professora, preceptora e estagiárias trocam e aprendem mutuamente, construindo reflexões sobre o trabalho vivo em ato (Merhy, 2000). Reforçando assim a importância da articulação entre os componentes do MSAT e a aprendizagem do/a estagiário/a, considera-se, sobremaneira, que é preciso também que a supervisão consiga defender o/a usuário/a de possíveis equívocos dos/as estagiários/as (American Psychological Association [APA], 2014) e melhorar a qualidade do serviço

oferecido. Sendo assim, pode-se acreditar muito nessa estratégia, considerando que: “[...] a supervisão é um dispositivo para se trabalhar o olhar e a escuta. Analisar e ser analisado” (Duarte, 2015, p.138), como oportunidade de instituição da reflexividade na prática e de suporte para as envolvidas, a partir da parceria entre serviço e universidade. Por sua vez, Peduzzi, Guerra, Braga, Pinto, Lucena & Silva (2009), pioneiramente, fazem um esforço intelectual de refletir sobre a educação permanente em saúde (EPS), buscando diferenciá-la de outras perspectivas de formação de recursos humanos:

“EPS está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada: no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores; voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas” (Peduzzi et al., 2009, p. 123)

Entende-se que a forma como se opera este estágio, tendo a supervisão compartilhada como um dos espaços de ensino-aprendizado, está orientada pelos pressupostos da EPS. Esta é uma dimensão que também não está bem explícita no MSAT (Bordin, 1983), uma vez que a EPS reforça a noção de que os profissionais de saúde que estão nos serviços de saúde precisam de atualização teórico-prática, que, muitas vezes, o cotidiano do trabalho não permite. No entanto, a parceria consistente com a universidade pode contribuir e, portanto, a recepção de estagiários/as nos serviços de saúde pode ser uma estratégia, se conjugada com a participação efetiva da supervisora-professora como uma aliança de trabalho.

REFERÊNCIAS

American Psychological Association [APA]. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. Retrieved from <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>

- Andrade, L., Barreto, I., & Bezerra, R. (2006). Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In G. Campos (Org.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 783-830). RJ: Fiocruz.
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist, 11*, 35-42. doi: 10.1177/0011000083111007
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: Clínica ampliada e compartilhada* (64p.). Brasília, Distrito Federal.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2014). *Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.
- Dobles, I. (2015) Psicología de la liberación y psicología comunitaria latinoamericana. Una perspectiva. *Teoría y Crítica de la Psicología, 6*, 122-139.
- Duarte, D. A. (2015). A supervisão enquanto dispositivo: Narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 19*(52), 133-144. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0170>
- Freire P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (53ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Gergen, K., & Gergen M. (2011). La Construcción Social y la investigación psicológica. In A. Ovejero & J. Ramos (Eds.), *Psicología social crítica* (pp. 58-83). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hoffmann, L. M. A., & Koifman, L. (2013). O olhar supervisivo na perspectiva da ativação de processos de mudança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 23*(2), 573-587. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200013>
- Lacerda, F. (2013). Psicologia política Latino-Americana. *Revista Psicologia Política, 13*(28), 559-573. Recuperado em 28 de dezembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000300010&lng=pt&tlng=pt
- Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 4*(6), 109-116. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>
- Peduzzi, M., Guerra, D. A. Del, Lucena, Braga, C. P., Lucena, F. S., & Silva, J. A. M. (2009). Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária:

Concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 121-134. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>

Reis, C. C. L., & Hortale, V. A. (2004). Programa Saúde da Família: Supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 492-501. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200017>

Silva, M. V. (2008). *IN-tensa/EX-tensa: A Clínica Psicossocial das Psicoses*. Salvador: LEV – Laboratório de Estudos Vinculares / UFBA.

Spink, M. J. (2010). *Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Wood, C. (2005). Supervisory Working Alliance: A Model Providing Direction for College Counseling Supervision. *Journal of College Counseling*, v. 8.

PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE: UM ESTUDO DE CASO DE UMA CRIANÇA EM RISCO COM PERTURBAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL

Nuno Cravo Barata¹ (✉ nunopsi@gmail.com) & Ana Eloísa Carvalho²

¹ Instituto Piaget de Viseu, Portugal; ² Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Portugal

A Intervenção Precoce, na figura do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, criado pelo Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro, constitui-se por um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. São elegíveis para este apoio as crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias, que apresentem condições nas «alterações nas funções ou estruturas do corpo» ou que apresentem «risco grave de atraso de desenvolvimento» pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que impliquem uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

Historicamente o conceito *risco* relaciona-se com o termo mortalidade e, segundo Horowitz (1992, citado por Sapienza & Pedromônico, 2005), foi a partir da década de 80, com a publicação de várias pesquisas que começou a ser associado aos estudos [Na década de 80, Garmezzy (1991), a partir de estudos realizados com crianças, mostrou que os fatores de risco ambiental aumentavam a probabilidade da criança desenvolver uma desordem emocional ou comportamental, principalmente se já tivesse atributos biológicos e/ou genéticos comprometidos. Em 1993, Eisenstein e Sousa, a partir dos resultados das suas pesquisas, definem risco como “variáveis ambientais ou contextuais” que aumentam a probabilidade da ocorrência de algum efeito indesejável no desenvolvimento mental (Eisenstein & Sousa, 1993).] do desenvolvimento humano que procuravam definir e identificar fatores de risco a fim de avaliar a sua influência no desenvolvimento das crianças e organizar intervenções direcionadas à redução de problemas de comportamento nessa população (Sapienza & Pedromônico, 2005).

As políticas que orientam o enquadramento legal supracitado assim como as práticas daí decorrentes baseiam-se num paradigma de intervenção centrado na família onde subjaz a natureza do Modelo Ecológico de Bronfenbrenner e do Modelo Transacional de Sameroff e Chandler, com os profissionais a articularem as suas práticas através de uma cultura de transdisciplinaridade e com a transversalidade dessas práticas a ser aplicada nos contextos naturais da criança, obedecendo ao Modelo de Intervenção baseado nas Rotinas de McWilliam. Esta intervenção, dependente do envolvimento da família, requer uma avaliação dos seus recursos e necessidades, por parte dos serviços de educação, saúde e ação social, no sentido de lhe ser disponibilizado o apoio adequado que permita a potencialização das competências parentais e da sua autonomia, necessárias para a construção de interações positivas capazes de gerar oportunidades de aprendizagem para a criança.

O presente artigo científico relata uma investigação sobre as práticas de intervenção precoce (IP) implementadas numa família com uma criança em risco com Atraso Global do Desenvolvimento (AGD), para promover as competências parentais e a autonomia da família e gerar oportunidades para o desenvolvimento global da criança nos seus contextos naturais.

Constituiu-se o objetivo geral da investigação por analisar se as práticas de IP implementadas foram eficazes na promoção de competências parentais, autonomia da família e do desenvolvimento global da criança.

Os objetivos específicos da investigação constituíram-se por perceber se a intervenção foi planeada de acordo com as necessidades e recursos da família; se existiu transdisciplinaridade e transversalidade das práticas nos contextos naturais da criança; avaliar o grau de participação e envolvimento da família; concluir se a intervenção teve resultados significativos no desenvolvimento global da criança e na promoção e reforço das competências parentais e a autonomia da família.

MÉTODOS

A abordagem metodológica de investigação define-se por estudo de caso e o método de recolha de dados é de cariz qualitativo e quantitativo,

tendo-se utilizado a análise documental, o sistema de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e o inquérito por entrevista. Tratando-se de um estudo de caso, de forma a aumentar a fiabilidade das interpretações do investigador, optou-se por recorrer a diferentes fontes de evidência que assegurassem várias “unidades de medida” do mesmo fenómeno, criando-se condições suficientes para a triangulação dos resultados.

Material

Para a presente investigação recorreu-se ao instrumento CIF, que permite medir resultados que podem ser registados através da seleção do código ou códigos apropriados da categoria e do acréscimo de qualificadores, códigos numéricos que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou da incapacidade naquela categoria, ou em que medida um fator ambiental constitui um facilitador ou um obstáculo, sendo a componente dos fatores ambientais expressa em termos positivos e negativos. O presente instrumento foi aplicado em três momentos da investigação.

Procedimentos

A investigação reportada teve a duração de 20 meses, período compreendido entre novembro de 2010 e junho de 2012; para a sua realização foi solicitada autorização às entidades e agentes educativos envolvidos – agrupamento de escolas, educadoras de infância, professora de educação especial e família – aos quais foi assegurado confidencialidade e anonimato.

Relativamente aos procedimentos da abordagem qualitativa, elaboraram-se guiões para as entrevistas e foram analisadas a partir de uma análise de conteúdo, tendo-se identificado os conceitos significativos relacionados com os objetivos da investigação.

Quanto aos procedimentos da abordagem quantitativa, selecionaram-se os domínios das componentes da CIF (funções do corpo) e da CIF-CJ (atividades e participação e fatores ambientais) atendendo aos objetivos delineados para a investigação e à análise documental do processo individual do aluno. No âmbito da componente *funções do corpo*, foi avaliado o domínio das *funções mentais*; na componente *atividades e participação*

avaliaram-se os domínios da *aprendizagem e aplicação de conhecimentos, tarefas e exigências gerais, comunicação, mobilidade, autocuidados, interações e relacionamentos interpessoais e áreas principais da vida*; relativamente à componente *fatores ambientais*, avaliaram-se os domínios *apoios e relacionamentos, atitudes e serviços, sistemas e políticas*.

RESULTADOS

Procede-se à apresentação dos resultados alcançados, refletindo-se sobre a influência dos sistemas do Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner nos objetivos da investigação.

As funções mentais globais, constituídas pelas funções intelectuais e funções psicossociais mantiveram-se classificadas com deficiência moderada e grave, respetivamente, ao longo de toda a intervenção. Estas funções abrangem um grande espectro de competências que estão condicionadas à transversalidade das práticas de IP, e, neste caso, embora a transversalidade se tenha notado nas relações dos profissionais envolvidos, não esteve nas relações destes com a família, que não aplicou nas rotinas de casa as práticas e estratégias planeadas, estando assim comprometida a qualidade das interações do mesossistema, isto é, das relações que se estabelecem entre a escola e a família, e da qualidade das interações do microsistema, entre a família e a criança, por não beneficiar das rotinas de casa enquanto oportunidade de desenvolvimento. Ressalvam-se as interações da criança com os profissionais (contexto secundário do microsistema).

Ainda no domínio das funções do corpo, o grau de deficiência das funções mentais específicas, ao nível das funções da atenção e da linguagem (recepção e expressão) constituem categorias cujo desempenho melhorou ao longo da intervenção, alterando o grau de deficiência grave para grau moderado. Grande parte dos défices da linguagem são detetados no JI, principalmente quando são ligeiros. Contudo, neste caso, os défices exibidos eram elevados, pelo que a sua deteção ocorreu numa consulta de medicina familiar que veio a impulsionar a frequência da criança num programa pré-escolar, aos 4 anos de idade. Relativamente às funções mentais específicas, as práticas de intervenção precoce implementadas

revelaram-se frutíferas e que a criança beneficiou das interações do mesossistema (médico) com o exossistema (sistema político relativo à escola, neste caso constituído pelo programa pré-escolar).

Ao nível da componente Atividades e Participação, nomeadamente nas categorias da aprendizagem e aplicação de conhecimentos, tarefas e exigências gerais, comunicação, mobilidade, autocuidados, interações e relacionamentos interpessoais e áreas principais da vida, o grau de dificuldade de desempenho diminuiu muito significativamente ao longo da intervenção, como revelam os resultados das três avaliações realizadas durante esse período e a análise de conteúdo das entrevistas realizadas às educadoras de infância e à professora de educação especial.

Observou-se progressos evidentes na categoria da aprendizagem e aplicação de conhecimentos, dado que na avaliação final, a capacidade de manipular objetos, aquisição de conceitos, aquisição de competências, concentrar a atenção e dirigir a atenção foram classificadas com grau de dificuldade moderado, quando haviam sido pontuadas com grau grave ou mesmo grau completo (no caso da aquisição de conceitos) na primeira avaliação realizada. Ao nível das tarefas e exigências gerais a dificuldade em levar a cabo uma única tarefa diminuiu do grau moderado para o grau ligeiro.

Na comunicação, a criança teve progressos na compreensão de mensagens simples, tendo atingido o grau de dificuldade ligeiro na avaliação intermédia e terminado sem dificuldade; na compreensão de mensagens complexas, a criança teve a classificação de grau de dificuldade moderado na última avaliação e partiu com a classificação de grau grave, registando-se uma significativa evolução.

No que concerne à mobilidade, a utilização de movimentos finos da mão evoluiu de um grau de dificuldade grave para moderado e na utilização da mão e do braço, de moderado para ligeiro.

Na categoria dos autocuidados a evolução é muito positiva, com três áreas inicialmente classificadas com grau de dificuldade grave a evoluírem para grau de dificuldade ligeiro (lavar as partes do corpo, secar-se e despir a roupa). Os processos de excreção e a capacidade para beber também findaram a avaliação com grau ligeiro, embora tenham sido inicialmente classificados com grau de dificuldade moderado. Já vestir a roupa, calçar-se e comer evoluíram de grau de dificuldade grave para moderado.

Nas interações e relacionamentos interpessoais foi observada uma diminuição do grau de dificuldade grave para moderado.

Quanto às áreas principais da vida, o envolvimento no jogo evoluiu do grau de dificuldade grave para moderado e a frequência num programa de educação pré-escolar, que surgiu na avaliação intermédia, foi classificada com grau de dificuldade grave e terminou com grau de dificuldade moderado.

Após dois anos de intervenção, o resultado médio global da componente Atividades e Participação, que engloba os resultados de todos os domínios e categorias supracitadas.

A evolução notável das competências associadas à componente das atividades e participação da criança pode estar relacionada com a possibilidade de as introduzir nas rotinas do JI, espaço essencial para o desenvolvimento da criança, tendo assim beneficiado das interações com o contexto secundário do microssistema, e também pelo facto de existir boa articulação entre os profissionais, como se virá a descrever ao nível dos fatores ambientais. Neste caso, a criança beneficiou da transdisciplinaridade dos profissionais, isto é, das interações desenvolvidas ao nível do mesossistema, entre a educadora de infância, a professora de educação especial e as terapeutas. Além disso, o JI é um espaço de aquisição de competências por excelência, para crianças até aos 6 anos de idade, que tem como vantagens a integração das aquisições nas rotinas das crianças, a assertividade dos elementos significativos (os profissionais da educação têm formação e competências que lhes permitem educar de forma assertiva, o que faz com que muitas vezes problemas comportamentais exibidos em casa não se manifestem no JI, uma vez que as crianças reagem aos contextos), o contacto com pares, etc.

Ao nível dos fatores ambientais, houve categorias, como os profissionais da saúde, as pessoas em posição de autoridade, os serviços da segurança social e os serviços da saúde, que constituíram um contributo positivo muito relevante para a promoção do desenvolvimento global da criança e das competências parentais e autonomia da família.

Por outro lado, a análise dos resultados às atitudes e apoios da categoria família próxima, revelou que esta constitui uma barreira de grau três (grave) à fomentação de oportunidades de aprendizagem para a criança. A corroborar estes dados, a análise de conteúdo às entrevistas realizadas à educadora de infância e à professora de educação especial,

denuncia que a família próxima constituiu um grave impedimento para a promoção do desenvolvimento global da criança e das suas próprias competências parentais e autonomia, sendo que as interações entre a criança e a família, o contexto primário do microsistema, prejudicam o desenvolvimento das características pessoais da criança. Mesmo sendo a única barreira, a família próxima constitui também o fator mais importante e relevante na promoção dos objetivos delineados para a criança e para a família. Nesta categoria os resultados permaneceram inalterados ao longo das três avaliações, constituindo uma barreira de grau grave. Neste sentido, na segunda entrevista, a opinião da mãe e das profissionais de educação relativamente ao comportamento da criança é distinta, dado que a primeira refere que a criança continua a ter comportamentos agressivos e a bater-lhe e as últimas referem que o C reconhece a autoridade dos profissionais, não revelando agressividade. Mais uma vez as interações estabelecidas entre a criança e a família (contexto primário do microsistema) e entre a criança e os profissionais (contexto secundário do microsistema) têm resultados diferentes no seu comportamento e por consequência no desenvolvimento das suas características.

Neste caso, a família da criança em estudo, foi negligente, na medida em que não se envolveu nas atividades realizadas no JI – manifestando-se mais uma vez lacunas na articulação de agentes do mesossistema, isto é, entre o JI e a família – e que não cumpriu as resoluções acordadas no que se refere a medidas ao nível do exossistema, como a frequência de programas de formação parental ou de consultas médicas para a redução do consumo do álcool e tabaco. Neste sentido, a família constituiu-se como uma barreira grave ao desenvolvimento da criança e à aquisição de competências parentais e de autonomia.

DISCUSSÃO

Ao nível do macrosistema, a filosofia das equipas locais de intervenção precoce pressupõe uma intervenção de cariz transdisciplinar, em que a família é o centro de toda a ação e é um elemento importante da equipa (DL 281/2009). Em cada intervenção, cada profissional “transporta” os

saberes da equipa e procura habilitar o meio em que a criança está inserida para maximizar as oportunidades do seu desenvolvimento. Existe assim uma descentralização do saber, que flui pelos pais, educadores, profissionais da saúde, entre outros intervenientes.

No caso desta família, o facto de não implementar em casa as estratégias usadas no JI e nas terapias, impediu que as rotinas em casa fossem aproveitadas enquanto oportunidades de desenvolvimento. Na segunda entrevista realizada à mãe, está patente a resistência de dar continuidade às práticas implementadas nas rotinas do JI, nas rotinas em casa, imputando a responsabilidade do desenvolvimento do seu filho nos profissionais de educação. Esta situação denuncia a dificuldade de compreensão da família sobre os seus deveres enquanto principal agente educativo da criança e por consequência a ausência ou precariedade de interações com a criança, ao nível do contexto primário do microsistema, promotoras de oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento das suas capacidades.

O processo de comunicação entre os profissionais da equipa de IP e a família é a chave para o processo de IP. A família precisa de sentir que é ouvida de forma ativa, que são reconhecidos os seus valores e a sua cultura e que a comunicação é aberta e honesta. Contudo, ainda assim, por vezes, é difícil fazer com que a família acredite na mais-valia das práticas de IP implementadas enquanto instrumento eficaz para o desenvolvimento da criança e da família, pois existem outras preocupações que se podem sobrepor a essas, como por exemplo, a habitação, os rendimentos, etc. (Guralnick, 1998). Neste sentido, também na segunda entrevista realizada à mãe, há o reconhecimento da evolução da criança em relação a algumas áreas do desenvolvimento mas prioriza a necessidade de receber mais dinheiro e de mudar de casa.

A análise aos resultados da CIF e a análise de conteúdo das entrevistas realizadas à família e às profissionais de educação, permitem concluir que, apesar da intervenção ter sido ajustada às necessidades e recursos da família, as competências parentais e autonomia da família não foram especialmente reforçadas. A participação da família no JI foi fraca e foram evidentes as resistências existentes a este facto, o que pode ter constituído uma barreira para a criação de oportunidades para o desenvolvimento das capacidades da criança.

Da análise das entrevistas realizadas a estas profissionais ressalva-se o facto de a intervenção ter sido adequada às necessidades da criança, bem

como a importância da articulação entre as profissionais, uma vez que o *know-how* é transportado pelos intervenientes que acompanham o processo educativo da criança. Isto permite integrar o conhecimento e as práticas nas rotinas da criança, potenciando vários momentos de aprendizagem (Bruder, 2000). Ambas as profissionais de educação concordam que caso a família se tivesse envolvido mais no processo, a criança poderia ter evoluído ainda mais favoravelmente, apontando esta como a grande lacuna existente no seu desenvolvimento. De facto, muitas vezes os pais não se sentem com condições de proporcionar a continuidade das práticas de intervenção precoce em casa, devido a insegurança, frustração pelo facto da criança ter um comportamento mais adequado com os técnicos e medo de falhar (Mahoney & Bella, 1998).

Neste caso em particular parece claro que o desenvolvimento da criança foi mais potenciado por agentes do contexto secundário do microsistema, nomeadamente pela educadora de infância e pela professora de educação especial, no ambiente do JI, e não tanto por agentes do contexto primário do microsistema, constituído pela família próxima. Relativamente à promoção de competências parentais e a autonomia da família, não se verificou a eficácia destes objetivos na análise de dados realizada.

REFERÊNCIAS

- Bruder, M. B. (2000). Family-Centered Early Intervention: Clarifying Our Values for the New Millennium. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*(2), 105-115.
- Eisenstein, E., & Souza, R. P. (1993). *Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes*. Petrópolis: Vozes.
- Guralnick, M.J. (1998). Effectiveness of Early intervention for Vulnerable Children: A Developmental Perspective. *American Journal on Mental Retardation, 102*(4), 319-345.
- Mahoney, G., & Bella, J. M. (1998). An Examination of the Effects of Family-Centered Early Intervention on Child and Family Outcomes. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*(2), 83-94.

Sapienza, G., & Pedromônico, R. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo, Maringá, 10(2)*, 209-216.

QUALIDADE DE VIDA E AJUSTE DIÁDICO DO DOENTE EM HEMODIÁLISE

Nuno Cravo Barata¹ (✉ nunopsi@gmail.com) & Daniela Múrias²

¹ Instituto Piaget de Viseu, Portugal; ² Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Portugal

A Insuficiência Renal Crónica surge de uma diminuição da função renal normal, por destruição progressiva e irreversível do parênquima renal. Quando a taxa de filtração glomerular já está bastante baixa, surge a necessidade de tratamento como suporte de vida, a Hemodiálise (HD). Trata-se de uma técnica terapêutica, de longo prazo, que permite manter o doente com um estado clínico e homeostático equilibrado, uma vez que retira metabólicos tóxicos acumulados no sangue, e outras substâncias em excesso no organismo, e promove a reposição de algumas em carência. O avanço da ciência, da técnica e da tecnologia têm permitido, ao longo dos anos, possibilitar mais saúde e melhor qualidade de vida a estes doentes.

É neste sentido que o acompanhamento de todos os profissionais, familiares e amigos que o rodeiam se torna imprescindível para ultrapassar a situação não pretendida. Assim, constata-se que a doença crónica aumenta a prevalência do transtorno do estado de ânimo cerca de 5,8% até 10% (Moreno, 1999).

Várias são as dificuldades verificadas quanto à adaptação e confronto com a doença crónica, mais precisamente quando algumas respostas psicológicas que são normais e esperáveis como a negação, ansiedade e depressão, em certos indivíduos vão dificultar a adesão ao tratamento bem como a procura de cuidados. Em contra partida, o otimismo parece ter um papel protetor, visto que se associam a menor relato de sintomas físicos, bem como maior envolvimento em comportamentos saudáveis e melhor recuperação.

A intervenção psicológica junto de indivíduos com doença crónica pode focar-se, mediante os casos em aspetos como: na ajuda em processos

de tomada de decisão; estados emocionais e necessidades de pertença e segurança; facilitação dos processos de confronto com a doença e com o seu tratamento; gestão do *stress* associado à doença; aumento do envolvimento do sujeito no seu próprio tratamento; crises pessoais ou familiares associadas à doença; melhoria da comunicação com os técnicos de saúde; problemas de adesão aos tratamentos médicos ou a atividades de autocuidados; identificação de necessidades de referência para outros apoios especializados (apoio social, psiquiatria, recursos comunitários) (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo principal verificar até que ponto o apoio/ajuste diádico têm influência no paciente com IRC e na sua QDV bem como avaliar a sua sintomatologia ansiosa e depressiva, comparando os resultados com indivíduos com IRC e com indivíduos com IRC mas portadores da diabetes.

MÉTODO

O presente estudo tem como finalidade uma análise das relações entre a qualidade de vida (QDV), o ajuste diádico (AD) e a sintomatologia ansiosa e depressiva (HADS) das pessoas com insuficiência Renal Crónica (IRC), ou seja, perceção da qualidade de vida e do ajuste diádico do doente em tratamento dialítico.

Esta investigação apresenta como variáveis independentes a doença crónica e a diabetes e como variáveis dependentes, o ajuste diádico, a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida.

Sendo assim, este estudo classifica-se como quantitativo transversal de carácter descritivo e correlacional com a finalidade de adquirir uma maior compreensão da importância do ajuste diádico, na qualidade de vida das pessoas portadoras de IRC.

Os objetivos específicos do presente estudo são, a saber: 1) Compreender o impacto que a doença crónica tem na qualidade de vida em indivíduos com insuficiência renal crónica; 2) Analisar que possíveis implicações poderá ter a presença de perturbação de humor na qualidade de vida

e relação diádica do doente renal crónico; 3) Perceber qual o impacto que a insuficiência renal crónica tem no ajuste diádico.

Participantes

Neste estudo, a amostra é constituída por 60 participantes portadores de IRC. Destes destacam-se 30 participantes IRC e 30 diabéticos com IRC sendo 15 femininos e masculinos respetivamente. A seleção foi realizada na Unidade Nordial – Centro Renal de Mirandela. A recolha de dados efetuou-se num prazo de 2 meses (8 semanas). A amostra é considerada não probabilística, sendo o tipo de amostragem por seleção racional e obedecendo aos seguintes critérios de exclusão: i) Grávidas; ii) Doentes com menos de três meses de tratamento em hemodiálise; iii) Que apresentem estado confusional e/ou demencial; iv) Doentes que tenham idade igual ou inferior a 18 anos; v) Doentes solteiros ou divorciados.

Os participantes no grupo IRC Diálise revelaram que 2 (6.7%) fizeram transplante, e quanto ao tempo em que faz hemodiálise varia entre 1-14 anos ($N=30$, $M=4.60$, $DP=3.53$). De acordo com a doença associada 96.7% sofre de hipertensão.

Os participantes no grupo IRC Não Diabéticos revelaram que 3 (10%) fizeram transplante, e quanto ao tempo que faz hemodiálise varia entre 1-20 anos ($N=30$, $M=5.8$, $DP=4.56$). De acordo com a doença associada 73.3% sofre de diabetes e apenas 8(26.7%) hipertensão.

Material

A recolha dos dados foi feita aquando a permanência dos doentes em tratamento, tendo todos respondido aos mesmos questionários, iniciando-se com o questionário sociodemográfico, que tem como objetivo caracterizar a amostra, segue-se o instrumento sobre a Depressão e Ansiedade visto que esta é uma das características nos indivíduos que padecem desta doença em estudo. Seguidamente a escala de Ajuste Diádico que procura avaliar o ajustamento do casal. Por fim, qualidade de vida – WHOQOL-Bref. A duração da aplicação destes instrumentos durou em média 40 minutos. O investigador foi sempre o mesmo ao longo do tempo de administração dos questionários e visto que foi preenchido pelo próprio investigador faz com

que tenham diminuído possíveis limitações relativamente aos preenchimentos dos questionários, como: o facto de o sujeito ter tendência para exagerar ou minimizar a sua perceção no momento de administração dos testes; tendência para responder aos testes da forma que é socialmente aceite.

Procedimentos

A investigação iniciou-se com a solicitação e posteriormente autorização para o uso dos instrumentos utilizados. Seguidamente, o projeto de investigação teve início com: 1) apresentação do projeto ao centro renal de Mirandela para que autorizassem a recolha de dados; 2) Os participantes foram informados sobre os objetivos e o procedimento da investigação; 3) a entrevista e os instrumentos aplicados foram feitos de forma confidencial podendo os participantes interromper a qualquer momento; 4) os questionários são preenchidos pelo investigador devido às condições posturais em que se encontram os participantes; 5) todos os participantes foram selecionados de acordo com o consentimento dos mesmos, bem como, de acordo com as suas capacidades físicas e mentais; 6) A seleção destes participantes é feita de forma racional pelo enfermeiro chefe da hemodiálise, baseando nos critérios de exclusão de foram elaborados para a investigação.

Esta amostra foi recolhida entre 31 de Janeiro a 21 de Fevereiro na clínica de hemodiálise – Nordial, Centro Renal de Mirandela.

RESULTADOS

Os resultados sugerem que os participantes no grupo IRC Diabéticos demonstraram uma pontuação na qualidade de vida no domínio físico ($M=20.8$, $DP=5.59$; extensão 3-29), no que se refere domínio psicológico ($M=21.8$, $DP=2.06$; extensão 17-25), quanto ao domínio social ($M=10.8$, $DP=1.71$; extensão 7-17), por último quanto ao domínio ambiente ($M=29.4$, $DP=5.47$; extensão 8-44). Os participantes no grupo IRC Não Diabéticos demonstraram uma pontuação na qualidade de vida no domínio físico

($M=24$, $DP=4.71$; extensão 12-31), no que se refere domínio psicológico ($M=22.6$, $DP=2.20$; extensão 18-27), quanto ao domínio social ($M=10.5$, $DP=1.41$; extensão 7-12), por último quanto ao domínio ambiente ($M=29.9$, $DP=2.06$; extensão 24-32).

De acordo com a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva verifica-se que os participantes no grupo IRC Diabético demonstraram uma pontuação média de 5 pontos na dimensão depressão ($M=5$, $DP=2.53$; extensão 2-13), no que se refere à dimensão ansiedade uma pontuação média de 4,26 pontos ($M=4.26$, $DP=2.83$; extensão 0-10), quanto à dimensão geral uma média de 9.33 pontos ($M=9.33$, $DP=4.53$; extensão 2-20). Os participantes no grupo IRC Não Diabéticos apresentaram uma pontuação na dimensão depressão de 4.23 pontos ($M=4.23$, $DP=2.97$; extensão 0-10), no que se refere à dimensão ansiedade uma pontuação média de 3.56 pontos ($M=3.56$, $DP=2.58$; extensão 0-10) e quanto à dimensão geral uma pontuação média de 7.83 pontos ($M=7.83$, $DP=4.81$; extensão 1-17).

No que concerne ao ajuste diádico observa-se que os participantes no grupo IRC Diabético demonstraram uma pontuação na dimensão consenso ($M=52.2$, $DP=3.51$; extensão 39-60), no que se refere à dimensão satisfação ($M=39.9$, $DP=3.07$; extensão 32-44), quanto à dimensão coesão ($M=17.6$, $DP=2.93$; extensão 11-24), relativamente à dimensão expressão de afeto ($M=8.50$, $DP=.9$; extensão 6-11) e por último a dimensão de ajuste diádico total ($M=118.30$, $DP=6.76$; extensão 99-136). Os participantes no grupo IRC Não Diabético apresentaram uma pontuação na dimensão consenso ($M=52.7$, $DP=2.89$; extensão 45-62), no que se refere à dimensão satisfação ($M=39.9$, $DP=4.06$; extensão 28-44), quanto à dimensão coesão ($M=18.8$, $DP=6.20$; extensão 6-37), relativamente à dimensão expressão de afeto ($M=8.33$, $DP=1.70$; extensão 1-11) e por último a dimensão de ajuste diádico total ($M=120.2$, $DP=9.74$; extensão 94-141).

Verificamos, igualmente, que existe uma relação negativa entre a qualidade de vida na dimensão física e sintomatologia depressiva na dimensão depressão ($r=-.412$, $p=.001$), na dimensão ansiedade ($r=-.386$, $p=.002$), relativamente à dimensão psicológica verificamos que existe uma relação negativa entre a qualidade de vida e sintomatologia depressiva na dimensão depressão ($r=-.461$, $p\leq.001$), na dimensão ansiedade ($r=-.422$, $p=.001$), na sintomatologia patológica total ($r=-.522$, $p\leq.001$). no que se refere à dimensão ambiente esta somente se Relaciona negativamente ,na

sintomatologia patológica total ($r=-.288$, $p=.026$). Quanto à dimensão social esta não se relaciona com a sintomatologia depressiva.

Pode-se assim concluir que a qualidade de vida na dimensão física e psicológica é menor quando a sintomatologia depressiva geral, na dimensão depressão e dimensão ansiedade aumenta. No que diz respeito qualidade de vida na dimensão ambiente é menor quando a sintomatologia depressiva geral aumenta. Por fim a qualidade de vida na dimensão social não se relaciona com a sintomatologia depressiva.

Observamos que existe uma relação positiva entre a qualidade de vida na dimensão física e ajuste didático na dimensão consenso ($r=-.292$, $p=.023$). Verifica-se de igual modo uma relação positiva entre a qualidade de vida na dimensão psicológica ($r=.262$, $p=.043$), social ($r=.296$, $p=.021$), e dimensão de ajuste diádico total.

Pode-se assim concluir que a qualidade de vida na dimensão física aumenta quando o ajuste didático na dimensão consenso é maior, quanto na dimensão depressão e dimensão ansiedade aumenta. O mesmo acontece à qualidade de vida na dimensão psicológica e social, que quando a pontuação é maior a dimensão de ajuste diádico total é mais elevada.

Também se verifica que existe uma relação negativa entre a sintomatologia depressiva na dimensão ansiedade e ajuste didático na dimensão consenso ($r=-.282$, $p=.029$).

Pode-se assim concluir que a sintomatologia depressiva na dimensão depressiva diminui quando o ajuste didático na dimensão consenso aumenta.

De acordo com o ajuste diádico observa-se que os participantes no grupo IRC Diálise demonstraram uma pontuação na dimensão consenso inferior ($M=52.26$, $DP=3.51$) ao grupo IRC Diálise ($M=52.7$, $DP=2.89$). No entanto, esta diferença não é significativa $t(58)=-.522$, $p=.604$ sugerindo que os participantes revelaram pontuações no Ajuste didático na dimensão consenso são semelhantes nos dois grupos. No que se referencia à dimensão satisfação no grupo IRC Diálise verifica-se uma pontuação inferior ($M=39.9$, $DP=3.07$), ao grupo IRC não Diálise ($M=39.95$, $DP=4.06$). No entanto, esta diferença não é significativa $t(58)=.036$, $p=.972$ sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão satisfação são semelhantes nos dois grupos. Quanto à pontuação na dimensão coesão no grupo IRC diálise é inferior ($M=17.6$, $DP=2.93$), ao grupo IRC não diálise ($M=18.8$, $DP=6.20$), no entanto, esta

diferença não é significativa $t(58)=-.984, p=.329$) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão coesão são semelhantes nos dois grupos, relativamente à dimensão expressão de afeto verifica-se que tem pontuação superior ($M=8.50, DP=.9$), ao grupo IRC não diálise ($M=8.33, DP=1.70$), no entanto, esta diferença não é significativa $t(58)=.473, p=.638$) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão expressão de afetos são semelhantes nos dois grupos, por último a dimensão de ajuste diádico total no grupo IRC diálise tem uma pontuação inferior ($M=118.30, DP=6.76$) que os participantes no grupo IRC Não Diálise ($M=120.2, DP=9.74$) no entanto, esta diferença não é significativa $t(58)=-.893, p=.375$) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão satisfação são semelhantes nos dois grupos.

Os resultados relativamente à presença de sintomatologia psicológica nos dois grupos de participantes, verificou-se que o grupo IRC Diabético apresenta valores mais elevados de sintomatologia depressiva do que o grupo IRC. Este fato pode ser justificável dado haver muitos aspetos da vida que são afetados pelo tratamento e pela sua disfunção, que tanto a doença como o tratamento causam, o bem-estar que foi alterado, o que vai de encontro com algumas investigações (Auer, 1990; Barata, 2015; Barata & Meneses, 2009; Diniz, 2006; Kimmel, 2000, 2003). A QDV e o estado de saúde são diferentes consoante o género, o que difere do estudo de Martins e Cesariano (2005), que aferem não haver diferenças na relação QdV e género, apesar de se verificarem diferenças na ansiedade, depressão e stresse, assim como Santos (2006) não verificou diferenças. Por outro lado, Higa et al. (2008), refere que no seu estudo os homens apresentam piores resultados e Lopes e colaboradores (2007), demonstram que são as mulheres em HD que apresentam menor QDV.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra um maior comprometimento ao nível da qualidade de vida dos indivíduos com IRC não diabéticos comparativamente aos indivíduos com IRC Diabéticos. Destacam-se valores elevados

para IRC não Diabéticos ao nível do domínio físico e psicológico, tendo valores ligeiramente elevados no grupo IRC Diabéticos no domínio social e ambiente. Estes resultados vão em parte de encontro de Trentini, Corradi, Araldi e Tigrinho (2004), já que, com indivíduos entre os 20 e os 80 anos em tratamento hemodialítico, manifesta-se tristeza, frustração, depressão e raiva pela situação, sendo notório o comprometimento de alguns aspetos físicos, sociais e emocionais. Pode concluir-se que o fato de serem portadores da diabetes em nada compromete o fato de também realizarem hemodiálise não tendo necessariamente de ver comprometida a sua qualidade de vida. Este resultado vem contrariar o estudo de Hanestad (1993), que verificou que os doentes com nefropatia apresentam valores significativamente mais baixos nas subescalas flexibilidade no tempo de lazer, relações sociais, queixas físicas, preocupação em relação ao futuro e bem-estar positivo. Também verificou que a presença de nefropatia tem um efeito negativo na satisfação com o domínio físico da vida. Para além do mencionado, os indivíduos com IRC poderão sentir maior exigência terapêutica, destacando-se a necessidade de administração de insulina bem como o controlo da atividade física e alimentação.

Relativamente à presença de sintomatologia psicológica na presente amostra estudada, ou seja, ansiedade e depressão, os dados apontam para que existe maior prevalência nos indivíduos com IRC Diabéticos. Anderson e colaboradores(2001) realizaram uma meta-análise, concluindo que a diabetes praticamente duplica o risco de depressão. Verificaram que um em cada três pacientes diabético tem depressão e que as mulheres diabéticas apresentam maior risco de depressão e ainda que não havia diferença na prevalência de depressão entre o DM tipo I e II. Seja qual for a doença, sabemos que terá impacto na vida do indivíduo. A pessoa não sofre só quando sente dor física mas, para além dessa causa evidente de sofrimento, sofre quando sente qualquer perda significativa, real ou em perspectiva para o seu futuro próximo, como a perda da saúde com consequentes alterações no estilo de vida (Gameiro, 1999).

Doentes com IRC Diabéticos têm maior probabilidade de desenvolver estado depressivo o que pode prejudicar a adesão ao tratamento. Contudo, a ansiedade talvez justificável devido às restrições de tratamento, pode comprometer o Ajuste Diádico. Por outro lado, Almeida e Meleiro (2000) dizem que nas pessoas com IRC, a percepção negativa do seu estado de

saúde está associada ao seu estado de depressão e, a QDV parece ser fortemente influenciada pelos sintomas depressivos.

Um menor ajuste diádico pode ser sinónimo de menor proteção contra o stress e maior vulnerabilidade a que estão sujeitos, sendo que a depressão e ansiedade é usualmente associada com alguma perda e estas são duradouras para o doente renal. Existe perda do bem-estar, do seu papel na família e no trabalho, perda de tempo, fontes de recursos financeiros e função sexual (Deoreo,1997). Este estudo revela valores elevados para os indivíduos IRC Diabéticos na dimensão consenso, coesão e ajustamento diádico total embora o domínio satisfação tenha o mesmo resultado no grupo IRC não Diabético. Isto porque poderá o tratamento não ser tão negativo para o subsistema do casal que adota uma proteção afetiva e que o cónjuge só se disponibiliza no apoio e ajuda e que faça aumentar a autoconfiança e a capacidade para implementar comportamentos ajustados.

Kimmel (2000) afirma que a depressão tende a diminuir com o aumento da idade, mas refere que deve ser considerado com cuidado, devido à possibilidade de um viés do sobrevivente, já que, verificou que os mais deprimidos apresentam índices de mortalidade maiores, sobrevivendo aqueles com menos índice depressivo ou ansiogénico. A depressão pode provocar diminuição da imunidade, relaxamento dos cuidados pessoais, menor adesão ao tratamento e dietas, intensificação dos problemas familiares bem como financeiros.

A doença crónica implica sempre sofrimento e mudanças no estilo de vida e por esse motivo nunca é bem recebida. Mesmo os que parecem mais adaptados apresentam alguma revolta por detrás de sua tolerância, porque ninguém quer adoecer, muito menos ser doente para toda a vida. Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, podendo chegar à depressão. É importante a deteção precoce de sintomas depressivos, para que sejam tomadas medidas terapêuticas adequadas a cada paciente no seu contexto biopsicossocial.

Nas doenças renais, a população que tem sido mais estudada quanto à depressão, é a de doentes em tratamento dialítico e, sem dúvida, a IRC e a diálise são stressores que precipitam depressão, principalmente em indivíduos vulneráveis. Segundo Rodin (1989), cerca de metade dos doentes em tratamento de diálise refere sintomas depressivos, no entanto, em menos de 25% deles é possível o diagnóstico de TDM.

Em suma, conclui-se com o presente estudo que, (1) doentes diabéticos com IRC apresentam mais implicações na qualidade de vida do que doentes com IRC; (2) Existe relação negativa entre a presença de perturbação de humor, qualidade de vida e ajuste diádico; (3) doentes diabéticos IRC apresentam maior relação diádica do que doentes com IRC.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. M., & Meleiro, A. M. (2000). Revisão: Depressão e insuficiência renal crónica: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 22(1), 192-200.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Auer, J. (1990). The Oxford-Manchester study of dialysis patients: Age, risk factors and treatment method in relation to quality of life. *Scand Journal Urology Nephrology*, 131, 31-37.
- Barata, N. E. R. R. C. (2015). Relação Diádica e Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crónica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(3), 315-322. doi: 10.5935/0101-2800.20150051
- Barata, N. E., & Meneses, R. F. (2008). *Avaliação da Qualidade de Vida do Insuficiente Renal Crónico*. Saúde e Qualidade de Vida em Análise (pp. 269-291). Porto: Edições ESEP.
- DeOreo, P. B. (1997). Hemodialysis patients – Assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *American Journal of Kidney Diseases*, 30 (2), 204-212.
- Diniz, D. P., & Schor, N. (2006). *Qualidade de Vida*. Brasil: Manole Editora.
- Gameiro, M. H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Hanestad, B. R. (1993). Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes of Life Research*, 4, 436-437.
- Higa, K., et al. (2008). Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 203-206.

- Kimmel, P. L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59, 599-613.
- Kimmel, P. L. (2000). Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(4), 132-140.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I., et al. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 57, 2093-2098.
- Lopes, G. B., et al. (2007). Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Revista Associação Médica Brasileira*, 53(6), 506-509.
- Moreno, A. C. (1999). *Guia terapéutica de las depresions*. Barcelona: Masson.
- Santos, P. R. (2006). Relação do sexo e da idade com o nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52(5), 356-359.
- Trentini, M., Corradi, E., Araldi, M., & Tigrinho, F. C. (2004). Qualidade de vida das pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 13(1), 74-82.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E CONFLITOS NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES ÍNTIMAS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Raquel Nunes¹ (✉ raquelnunes13@hotmail.com), Paula Carvalho¹, Marta Alves¹, Ana Cunha¹, & Manuel Loureiro¹

¹ Departamento de Psicologia e Educação, UBI – Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

A violência nas relações íntimas consiste numa problemática que se encontra enraizada na sociedade desde há muitos anos. Atualmente, este fenómeno constitui um problema psicossocial com repercussões políticas, sociais e na saúde (Rodríguez & Robles, 2015). É encarado como a prática de qualquer tipo de comportamento de dominação e controlo sobre o parceiro, através de meios psicológicos, físicos ou sexuais, causando danos na saúde da vítima e no seu desenvolvimento, bem como sofrimento (Cornelius & Resseguie, 2007). Este tipo de problemática afeta tanto adultos, como jovens adultos e adolescentes (Caridade & Machado, 2013).

A violência no contexto das relações de intimidade pode, assim, englobar comportamentos de violência física, sexual e psicológica. A violência física é definida como a utilização de força física ou ameaça com o objetivo de causar dor ou insultar o companheiro. A violência psicológica consiste na existência de um padrão de comunicação verbal ou não verbal, com o intuito de provocar sofrimento psicológico e, finalmente, a violência sexual, refere-se à utilização da ameaça ou força física com o propósito de compelir o companheiro a ter interação sexual contra a sua vontade (Rey-Anacona, 2013). De acordo com o mesmo autor, o tipo de violência praticada com maior frequência nas relações íntimas é a psicológica, seguida da física e da sexual. Os atos de agressão tendem a iniciar-se, com a adoção de atitudes hostis e agressões verbais, com a violência psicológica a anteceder, na maioria dos casos, a violência física (Barroso, 2008; Duarte & Lima, 2006).

A violência nos relacionamentos íntimos pode ter repercussões a médio, curto e longo prazo, causando um grande impacto na saúde física, mental e sexual da vítima (Leitão, 2014). Um único ato de violência pode causar danos psicológicos graves como vergonha, culpa, terror, diminuição da autoestima, pesadelos, depressão e insónias (Huang, Yang, & Omaye, 2011). Neste sentido, as vítimas de violência apresentam níveis mais elevados de problemas ao nível da saúde física e mental, comparativamente com as não vítimas (Kaura & Lohman, 2007).

A depressão é uma das perturbações mentais que mais afeta a população, sendo uma das principais causas de incapacidade no mundo (Huang et al., 2011). Vários autores defendem que os estudantes universitários constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais (Vázquez & Blanco, 2008), nomeadamente de sintomatologia depressiva (Dvorak, Lamis, & Malone, 2013). Alguns estudos referem a existência de uma relação entre violência nas relações íntimas (física, psicológica e sexual) e a prevalência de perturbações mentais, nomeadamente uma maior incidência de ansiedade, perturbação de stress pós-traumático, depressão e ideação suicida (Blasco-Ros, Sánchez-Lorente, & Martínez, 2010; Christopher & Kisler, 2012; Kaura & Lohman, 2007). Neste âmbito a depressão surge como uma das problemáticas mais prevalentes e como um dos efeitos mais comuns da violência em relações íntimas (Campbell, 2002; Johnson, Giordano, Longmore, & Manning, 2014; Kamimura, Nourian, Assasnik, & Franchek-Roa, 2016; Vázquez, Torres, & Otero, 2012).

Neste sentido, com a presente investigação pretendemos descrever e compreender o impacto da violência nas relações íntimas, bem como analisar a sua relação com o desenvolvimento da sintomatologia depressiva em estudantes do ensino superior.

MÉTODO

A presente investigação é quantitativa, com desenho correlacional, descritivo e transversal, apresentando os seguintes objetivos: (1) Analisar a associação entre os vários tipos de comportamentos violentos; (2)

Avaliar a relação existente entre a presença de sintomatologia depressiva e comportamentos violentos nas relações íntimas em estudantes universitários; e (3) Comparar a presença de sintomatologia depressiva entre vítimas e não vítimas dos vários tipos de comportamentos violentos.

Participantes

A seleção dos participantes para o estudo foi realizada a partir de um processo de amostragem por conveniência em três instituições de Ensino Superior. Constituíram critérios de inclusão ter idade inferior a 30 anos e estar ou ter estado numa relação há pelo menos um mês. A amostra é composta por 340 estudantes universitários de nacionalidade portuguesa, que frequentam a Universidade da Beira Interior, o Instituto Politécnico da Guarda e o Instituto Politécnico de Castelo Branco. Destes sujeitos, 187 (55,0%) são do sexo feminino e 153 (45,0%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 28 anos de idade ($M=20,71$; $DP=2,09$). Verificou-se que um número significativo de sujeitos mencionou ter sofrido de pelo menos um comportamento violento nas relações íntimas. Concretamente, 222 (65,3%) estudantes universitários referiram ter sofrido de comportamentos de agressão psicológica, 94 (27,6%) de abuso físico sem sequelas, 83 (24,4%) de coerção sexual e 19 (5,6%) de abuso físico com sequelas.

Material

O protocolo de investigação foi constituído por um questionário sociodemográfico e por dois questionários de autorresposta. O consentimento informado dos participantes e a confidencialidade dos dados foram devidamente salvaguardados.

Para avaliar a forma como cada participante perceciona como ele e o/a companheiro/a resolvem os seus conflitos através de estratégias de negociação ou abuso (através das sub-escalas de Negociação, Agressão Psicológica, Agressão Física Sem Sequelas, Agressão Física Com Sequelas e Coerção Sexual) utilizou-se a Escala de Táticas de Conflitos Revisada (CTS2), construída originalmente por Straus, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman (1996) e validada para a população portuguesa por

Paiva e Figueiredo (2002). Este instrumento é constituído por 39 itens aglomerados em pares de questões relativas aos comportamentos do participante e do companheiro, resultando um total de 78 itens, com oito categorias de resposta tipo *Likert* (de 1=uma vez no ano anterior a 8=isto nunca aconteceu), o que permite averiguar a prevalência de comportamentos violentos (Alexandra & Figueiredo, 2006). Os valores de consistência interna, para a versão portuguesa da escala, são para a Negociação, 0,71, para a Agressão Psicológica é 0,64, para o Abuso Físico sem Sequelas, 0,74, para a Coerção Sexual é de 0,51 e, por último, 0,47 para o Abuso Físico com Sequelas (Alexandra & Figueiredo, 2006). No âmbito deste estudo apenas foram utilizados os itens referentes à vitimização, de modo a calcular a prevalência global.

Por último, foi utilizada a Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), desenvolvida pelo Centro de Estudos Epidemiológicos do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA e validada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2004). Este instrumento tem como finalidade avaliar a ocorrência de sintomatologia depressiva na população geral e é constituído por 20 itens que avaliam os principais aspetos da sintomatologia depressiva, referentes à última semana, numa escala de resposta tipo *Likert* de 4 pontos (de 0=*nunca ou muito raramente* a 4=*com muita frequência ou sempre*) (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Análise dos Dados

Todas as análises foram realizadas no software SPSS (IBM SPSS Statistics 22.0). Para a caracterização dos participantes em termos de variáveis sociodemográficas, recorremos a estatísticas descritivas (cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão). Relativamente à escolha dos testes utilizados no nosso estudo, baseámo-nos no Teorema do Limite Central, que refere que para amostras de dimensão superior a 25-30 sujeitos, a atribuição da média da amostra é aproximada à normal (Marôco & Bispo, 2005). Assim, visto que amostra deste estudo é composta por 340 estudantes universitários utilizaram-se testes paramétricos. Para comparar médias entre dois grupos independentes recorreu-se ao teste-T e para averiguar a existência de associações entre as variáveis, utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson.

RESULTADOS

Associação entre os Vários Tipos de Comportamentos Violentos

Verificou-se que os comportamentos de Agressão Psicológica estão correlacionados positivamente com o Abuso Físico sem Sequelas ($r=0,299$; $p<0,001$) e com a coerção sexual ($r=0,119$; $p<0,001$). Neste sentido, pode observar-se que há uma associação positiva entre a vitimização de agressão psicológica e a coerção sexual e o abuso físico sem sequelas, ou seja, à medida que aumentam os comportamentos de agressão psicológica, aumentam os comportamentos de coerção sexual e abuso físico sem sequelas.

Em relação ao Abuso Físico com Sequelas, este encontra-se correlacionado positivamente com o Abuso Físico sem Sequelas ($r=0,250$; $p < 0,001$) e a com a Coerção Sexual ($r=0,160$, $p=0,003$), o que significa que, quando os comportamentos de abuso físico com sequelas aumentam, também aumentam os comportamentos de coerção sexual e abuso físico sem sequelas. Por último, verificou-se que o abuso físico sem sequelas e a coerção sexual se correlacionam positivamente com todos os outros tipos de violência.

Quadro 1

Associação entre os Tipos de Violência

Tipos de violência	Abuso Físico com Sequelas		Coerção Sexual		Agressão Psicológica	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Abuso físico sem sequelas	0,250	<0,001**	0,230	<0,001**	0,299	<0,001**
Abuso físico com sequelas	–	–	0,160	0,003	0,043	0,431
Coerção Sexual			–	–	0,199	<0,001**
Agressão Psicológica					–	–

Nota. **a correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Relação Existente Entre a Presença de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos Violentos nas Relações Íntimas

Observou-se que os comportamentos de Agressão Psicológica ($r=0,171$; $p=0,002$) e de Coerção Sexual ($r=0,132$; $p=0,015$), se correlacionam positivamente com a sintomatologia depressiva. Pelo contrário, os

comportamentos de Abuso Físico com Sequelas ($r=0,007$; $p=0,901$) e o Abuso Físico sem Sequelas ($r=0,093$; $p=0,086$) não se correlacionam com a sintomatologia depressiva. Portanto, pode observar-se que há uma associação positiva entre a vitimização de agressão psicológica, por um lado, e a coerção sexual, por outro, e a presença de sintomatologia depressiva. Ou seja, à medida que estes comportamentos violentos aumentam, também aumenta a presença de sintomatologia depressiva.

Comparar a Presença de Sintomatologia Depressiva Entre Vítimas e não Vítimas dos Vários Tipos de Comportamentos Violentos

No que diz respeito à vitimização de comportamentos de Coerção Sexual, verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas quanto à presença de sintomatologia depressiva [$t(338)=-2,447$; $p=0,015$]. Assim, as vítimas que reportam comportamentos de coerção sexual apresentam mais tendência a apresentarem sintomatologia depressiva ($M=20,72$; $DP=8,20$), quando comparados com as não vítimas ($M=17,31$; $DP=6,09$). Por último, observou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre a Agressão Psicológica e a presença de sintomatologia depressiva [$t(338)=-3,198$; $p=0,002$]. Ou seja, os resultados mostraram que os participantes que reportam terem sido vítimas de comportamentos de agressão psicológica apresentam maior tendência para apresentar sintomatologia depressiva ($M=18,93$; $DP=6,95$) quando comparados com as não vítimas ($M=16,93$; $DP=6,95$).

DISCUSSÃO

Na presente investigação, averiguou-se que um grande número de estudantes universitários relatou ter sofrido de algum tipo de comportamento violento nas suas relações íntimas, destacando-se os comportamentos de agressão psicológica, seguidos de abuso físico sem sequelas, coerção sexual e abuso físico com sequelas. Estes resultados vão ao encontro do verificado por vários estudos nacionais e internacionais que

demonstraram que o tipo de violência mais praticada nas relações íntimas é a psicológica, seguida da física e da sexual (Rey-Anaconda, 2013).

Relativamente aos tipos de comportamentos violentos, verificou-se que a maior parte das tipologias se correlacionam entre si. A agressão psicológica é o tipo de agressão que casais de jovens começam por utilizar verificando-se uma tendência para a ocorrência de outras formas de agressão, como abuso físico sem sequelas e coerção sexual. Neste sentido e à semelhança do que é defendido pelo ciclo da violência, os comportamentos violentos nas relações íntimas iniciam-se, comumente, através da adoção de atitudes hostis e agressões verbais, sendo que com o avançar da relação, a violência vai crescendo (Barroso, 2008).

O nosso estudo revelou a existência de uma relação entre os comportamentos de agressão psicológica e a presença de sintomatologia depressiva. Deste modo, os resultados do presente estudo corroboram os resultados de outras investigações, que demonstraram que à medida que os comportamentos violentos aumentam também aumentam os sintomas depressivos (Christopher & Kisler, 2012; Johnson et al., 2014; Kamimura et al., 2016). Vários autores referem que homens e mulheres que mencionaram ter sofrido de agressões por parte do companheiro(a), eram mais propensos a experienciar sintomatologia depressiva, do que aqueles que não sofreram (Blasco-Ros et al., 2010; Vázquez, Torres, & Otero, 2012). Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que as vítimas de agressão psicológica e coerção sexual apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais elevados quando comparadas com as não vítimas. A violência nas relações íntimas é uma experiência traumática que acarreta várias consequências, nomeadamente ao nível da saúde mental. Apesar da maioria dos atos de agressão referidos pelos participantes deste estudo serem psicológicos e não deixarem marcas visíveis, parecem acarretar o desenvolvimento de sentimentos de culpa e de diminuição de autoestima (Christopher & Kisler, 2012). As vítimas perante um contexto de violência nas relações íntimas, tendem a desenvolver vulnerabilidade emocional e sentimentos de inferioridade, o que está associado a uma diminuição do bem-estar emocional (Christopher & Kisler, 2012), contribuindo para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Este aspeto assume maior relevância em estudantes universitários que se encontram ainda a desenvolver padrões relacionais e de interação (Rodríguez &

Robles, 2015) e possivelmente, ainda não adquiriram estratégias adaptativas para a resolução de conflitos.

Atendendo aos resultados apresentados, surge a necessidade de desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção de violência nas relações íntimas, com a finalidade de explicitar aos jovens as interações de violência física, verbal e sexual, bem como as questões relacionadas com a saúde mental. A violência nas relações íntimas de jovens universitários requer uma especial atenção, pois é nesta etapa de vida que muitas das relações românticas estão a iniciar-se e onde se aprendem padrões de interação que podem ser replicados nas relações amorosas ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

- Alexandra, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflitos Revisadas”: Estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 14-39.
- Barroso, Z. (2008). Violência nas relações amorosas. *VI Congresso Português de Sociologia*, 597.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S., & Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatric*, 10(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-10-98>
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Caridade, S., & Machado, C. (2013). Violência nas relações juvenis de intimidade: Uma revisão da teoria, da investigação e da prática. *Psicologia*, XXVII(1), 91-113.
- Chan, K., Straus, M., Brownridge, D., Tiwari, A., & Leung, W. (2008). Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 529-537. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.04.016>

- Christopher, F., & Kisler, T. (2012). College women's experiences of intimate partner violence: Exploring mental health issues. *NASPA Journal About Women in Higher Education*, 5(2), 166-183.
- Cornelius, T., & Resseguie, N. (2007). Primary and secondary prevention programs for dating violence: A review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 12(3), 364-375. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2006.09.006>
- Duarte, A., & Lima, M. (2006). Prevalência da violência física e psicológica nas relações de namoro de jovens estudantes portugueses. *Psychologica*, 43, 105-124.
- Dvorak, R., Lamis, D., & Malone, P. (2013). Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of Affective Disorders*, 149, 326-334. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.046>
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Study of the portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 1-27.
- Huang, H., Yang, W., & Omaye, S. (2011). Intimate partner violence, depression and overweight/obesity. *Aggression and Violence Behavior*, 16, 108-114. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2010.12.005>
- Johnson, W., Giordano, P., Longmore, M., & Manning, W. (2014). Intimate partner violence and depressive symptoms during adolescence and young adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(1), 39-55. <http://dx.doi.org/10.1177/0022146513520430>
- Kamimura, A., Nourian, M., Assasnik, N., & Franchek-Roa, K. (2016). Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 51-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.014>
- Kaura, S., & Lohman, B. (2007). Dating violence victimization, relationship satisfaction, mental health problems, and acceptability of violence: A comparison of men and women. *Journal of Family Violence*, 22, 367-381. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-007-9092-0>
- Leitão, M. (2014). Mulheres sobreviventes de violência exercida por parceiros íntimos – A difícil transição para a autonomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(Esp), 7-16.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Pereira, M. (2010). *Sintomatologia Depressiva em Estudantes Universitários: Prevalência e fatores associados* (Dissertação de Mestrado), Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Rey-Anacona, C. (2013). Prevalencia y tipos de maltrato en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes. *Terapia Psicológica*, 31(2), 143-154. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200001>
- Rodríguez, N., & Robles, D. (2015). Maltrato en el noviazgo y autopercepción de la salud en estudiantes de una universidad particular de Trujillo. *In Crescendo*, 6(2), 11-18.
- Vázquez, F., & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish University Students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-171.
- Vázquez, L., Torres, A., & Otero, P. (2012). Gender-based violence and mental disorders in female college students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1657-1667. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0472-2>

PERCEÇÃO DAS MULHERES SOBRE ASSISTÊNCIA E VIVÊNCIA DO PARTO

Rebeka Pessoa de Almeida¹ (✉ re.pessoa.almeida@gmail.com), Carolina Mastelini Amorim Miyazaki¹, Sílvia Nogueira Cordeiro¹

¹ Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil

O ciclo gravídico puerperal é caracterizado como um período de transição existencial na vida da mulher em que é possível ocorrer significativas reorganizações psíquicas, visto como momento delicado para a saúde mental em que há um aumento da probabilidade de conteúdos inconscientes se tornarem conscientes e do aparecimento de transtornos psíquicos, tal como a depressão pré-natal e depressão pós parto que podem desencadear adversidades no desenvolvimento da gestação, parto e puerpério, bem como prejudicar o vínculo entre mãe e o bebê. É considerado um marco no desenvolvimento humano e pode se prolongar para além do parto visto que a mulher continuará com as tarefas de elaborar a experiência do nascimento, formar vínculo com a criança e adaptar às transformações psíquicas (Klaus & Kennell, 1992; Maldonado, 2004).

Ao longo da história alguns aspectos ligados a mulher sofreram transformações, tal como sua posição social, a maternidade, a fecundidade e questões ligadas à assistência ao parto, antes considerado como um evento natural, fisiológico, no qual a mulher era a protagonista, conduzido e auxiliado por parteiras ou por mulheres de um mesmo grupo populacional. O parto deixou então de ser uma experiência privada e protagonizada pela mulher e foi transformado pela medicina em um evento patológico no qual há a necessidade de intervenção médica e ou cirúrgica, institucionalizado no ambiente hospitalar (Crizóstomo et al., 2007; Maldonado, 1997).

Com o desenvolvimento da industrialização e em técnicas em medicina, a mulher ao engravidar passou a ser submetida a métodos intervencionistas, muitas vezes marcados por excesso de procedimentos médicos,

medicamentoso ou cirúrgico, que priorizam aspectos biológicos deste período e desconsideram as questões afetivas, emocionais e sociais da mulher. Embora tais progressos tenham sido significativos para a diminuição das taxas de mortalidade materna e fetal, beneficiando partos de alto risco em sua maioria, muitas vezes, a assistência baseada na tecnologia, é desenvolvida de forma mecanizada, desumanizada e com o uso excessivo de práticas consideradas desnecessárias, que podem repercutir em fatores de estresse materno, impotência frente à situação a ser enfrentada e oscilações em sua autoconfiança (Gaíva & Tavares, 2002).

Em direção a transfigurar o quadro de atendimentos em Obstetria centrados somente em intervenções técnicas, a Organização Mundial da Saúde propõe alterações no padrão de assistência ao parto. Com propósito de evitar práticas desfavoráveis à saúde da parturiente e da criança, sugerindo mudanças nos procedimentos considerados excessivamente intervencionistas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Esta situação implica em potencializar as ações humanizadoras, o que consiste em respeitar a fisiologia do parto, não intervir desnecessariamente, considerar os aspectos sociais, culturais e emocionais do nascimento, oferecendo suporte à mulher e sua família, sem o intuito de eliminar tais intervenções, mas reduzi-las onde exista necessidade validada através de medidas que estabeleçam atendimentos menos agressivos e mais naturais. Além disso, os espaços de atenção ao parto devem ser seguros e organizados de modo que mulher exerça sua autonomia. (Souza et al., 2012; Tornquist, 2002).

No Brasil, isso se dá por meio do Ministério da Saúde através de portarias ministeriais que incentiva o aperfeiçoamento da assistência obstétrica, com objetivo de estimular os profissionais de saúde a transformarem sua prática em direção a uma relação mais humanizada em que possam encorajar as mulheres a protagonizar seu próprio processo de parto, desmistificando o caráter da gravidez enquanto doença a ser medicalizada (Brasil, Ministério da Saúde, 2001), pois o processo de humanização resgata a noção de que o corpo da mulher, que possui a capacidade de gestar e parir, é um espaço de saber e poder (Tornquist, 2002).

Neste sentido, o presente estudo trata-se de uma proposta para conhecer as percepções de puérperas sobre o atendimento recebido durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato pela Maternidade do Hospital Universitário do Norte do Paraná, localizado na região do sul do Brasil, e conhecer os procedimentos utilizados pelos profissionais da área de obstetria na

assistência ao parto, entendidos por estes profissionais como humanização da assistência. Além de ser uma maneira de apurar as mudanças propostas por esta instituição que visa desde 2015 atender as orientações tanto da Organização Mundial da Saúde quanto do Ministério da Saúde de Humanização que priorizam o aspecto humanitário de atenção ao parto e a melhoria da qualidade assistencial. Tais melhorias podem representar avanços no atendimento à maternidade, melhor qualificação de profissionais deste segmento e diminuição de custos para a instituição, bem como maior benefício e satisfação para mãe e bebê.

O trabalho exposto possui caráter de Projeto “Guarda-Chuva”, sendo caracterizado como iniciação científica de graduação, tem como recorte a percepção de mulheres que passaram pela experiência tanto do parto normal quanto do parto via cesariana.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, de caráter descritivo. A população participante é composta por puérperas que passaram por atendimento na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, Brasil.

Os dados da pesquisa ainda são preliminares, pois esta se encontra em andamento no atual momento.

Participantes

Participaram da pesquisa doze puérperas da maternidade, com idade entre vinte e três e trinta e nove anos. Dentre elas, a maioria era casada, sem atividade profissional e com baixa instrução escolar. As mulheres foram abordadas, em média, no terceiro dia após o parto. A experiência relatada no estudo abrangeu tanto nulíparas quanto múltiparas.

As puérperas, quando postas para refletir sobre o seu parto e o momento em que vivem, recorrem em suas falas, principalmente, a temas relacionados à dor do parto, à apreensão em relação à capacidade de dar à luz e à saúde do bebê.

RESULTADOS

A dor do parto

O imaginário popular considera a dor do parto a pior vivenciada pelo ser humano. Tal percepção não é em vão, pois a dor do parto não é apenas física, mas também, circunscrita ao campo social, cultural e psíquico da parturiente. Considerar a dor como um fenômeno composto por essas multifaces supõe a construção de um corpo composto de significados coletivos, que será subjetivamente elaborado. A partir disso, toma-se como exemplo de uma construção sócio-cultural sobre a dor a passagem bíblica – livro da mais imponente religião ocidental, a cristã – em que Deus ratifica o sofrimento do parto e deixa como mensagem à mulher em Gênesis 3:16: “Multiplicarei sobremodo os sofrimentos da sua gravidez; em meio de dores darás à luz filhos”. Agora, elegendo o psíquico como foco, Catão (2011) enuncia que a dor “está ligada a uma ruptura, um extravasamento desorganizador, desestruturante da economia psíquica” (p. 80). Essa ruptura é evidente no parto, pois há a uma disjunção da unidade mãe-bebê, o que gera a angústia da perda, a dor da separação (Rei, Ramírez, & Berlinck, 2014). Pode-se, ainda, exemplificar, por meio do seguinte trecho da famigerada Música Popular Brasileira, “Pedaco de Mim”, a ilustração de como o aspecto cultural também compõe o psíquico e fornece sentido ao parto: “Oh, pedaco de mim, Oh, metade arrancada de mim, leva o vulto teu, que a saudade é o revés do parto” (Buarque, 1978). Nessa frase, também, observa-se as representações que o parto pode ter no imaginário cultural.

No presente estudo, a referência a dor se faz presente na experiência de todas as mulheres. Exemplificado nas seguintes falas:

“DOLORIDO PRA CARAMBA nossa... demais muito muito muito”
(Mulher 7, 2017).

“sofrimento também”... (Mulher 8, 2017).

“muita dor MISERICÓDIA... (risos) o que eu senti? dor... muita”
(Mulher 12, 2017).

Considerando que a dor constitui um fenômeno atravessado pelo psíquico, social e cultural é necessário que o trabalho na saúde tome como

referência todos os atores na cena que envolvem o parto: a mulher, o bebê, sua família e os profissionais (Sarti, 2001). E, então, teçam a trama das relações, de modo a fazer da dor do parto uma experiência com um significado a ser buscado subjetivamente por cada mulher, o que verificasse faltar na fala de algumas delas:

“muita dor (risos) não tem como explicar, dói” (Mulher 10, 2017).

“ai... foi bem dolorido porque não sabia como que era, não imaginava” (Mulher 11, 2017).

Portanto, ao cuidar do parto deve-se necessariamente, incluir a dor nesse evento, entendendo que ela se constitui simbolicamente, com um significado singular para cada mulher, mesmo quando este ainda não está manifesto na linguagem. Essa concepção pode contribuir para beneficiar a prática do atendimento ao parto.

Apreensão para o parto e saúde do bebê

Constata-se a partir do estudo que as mulheres vivenciam expectativas e sentimentos temerosos em relação ao parto:

“NOSSA... eu imaginava que iria ser meio dolorido meio tenso... que iria ser um dia meio... sei lá... diferente... E FOI” (Mulher 12, 2017).

“ah... eu achei que eu não iria conseguir” (Mulher 1, 2017).

“senti que não iria conseguir... foi bem... diferente” (Mulher 4, 2017).

“eu fiquei com medo... fiquei totalmente fragilizada” (Mulher 2, 2017).

Verifica-se que tais sentimentos acima descritos ora representam a preocupação em relação à perda da criança e ao sucesso do parto, nestes termos:

“ah... eu fiquei com medo assim... antes da cirurgia não... mas depois eu fiquei com medo... de perder ele a qualquer momento eu tinha muito medo...” (Mulher 11, 2017).

“medo de não conseguir... de perder ela... achei que não iria ter força para o parto...” (Mulher 2, 2017).

“saber que estava tudo certo com ele... porque a dor passa, é suportável, não?...” (Mulher 3, 2017).

E ora são demonstrados, diretamente, sob a forma de cuidado com a saúde da criança:

“ah eu queria que eles buscassem o diagnóstico da infecção dele logo... para saber o que é e para gente está ciente...”(Mulher 1, 2017)..

“TRISTE PRA CARAMBA COM ISSO... ai coitadinho... porque o problema não é nem ficar aqui mais uma semana... mas a questão é, se tem que ficar mais uma semana é que tem problema... e ele tão pequenininho.... tudo eu por ele... é triste” (Mulher 7, 2017).

(enfermeira vem examinar o bebê e fura seu o pezinho) “dói... dói para mim também” (Mulher 6, 2017).

Na visão psicanalítica a mulher toma a criança como um substituto simbólico do falo, ou seja, ela cumpre a função de preencher o falta a ser da mãe, o que tampona a castração materna (Costa & Bonfim, 2014). Compreende-se esses temores que surgem em relação ao parto como consequência da revivenciada angústia da castração, pois no nascimento há a dissolução da fantasia de um bebê ideal e a concretização de um bebê real, que está propenso a todos os males da realidade, sobre os quais a mãe não tem o controle (Labaki, 2007).

Dentro dessa temática da apreensão, além dos aspectos psíquicos já mencionados, também, deve-se considerar todas dimensões, subjetivas ou concretas, que envolvem o parto: as redes de cuidados familiares e sociais que a mulher possui, as condições física e psicológica e a qualidade do suporte profissional de atenção à saúde. Para que, assim, essa questão seja trabalhada com a finalidade de compreender e atenuar as angústias maternas.

Humanização do parto

As puérperas, em sua maioria, encontram dificuldade de identificar práticas desumanizadoras por elas vivenciadas, mesmo quando tais práticas aparecem em seus relatos, mostrando desconhecimento sobre a humanização do parto. Uma das hipóteses possíveis para isso acontecer é a não disseminação e a falta de acesso de informações acerca da humanização do parto, o que reitera uma visão médica tecnicistas sobre o parto. Conclui-se isso, porque algumas puérperas, apesar de afirmarem uma boa qualidade

no serviço médico, em outros momentos da entrevista, queixam-se o/ou apontam algum tipo de negligência no atendimento, não obstante, efetivamente, não se observa que isso foi consta do como tal pela mulher. Para exemplificar:

“como foi para você o parto normal... teve orientação?” (Entrevistador, 2017).

“não... eu não estava orientada para nenhum dos dois... nem para cesárea nem para o normal” (Mulher 11, 2017).

“o que achou da assistência... algo que melhoraria?” (Entrevistador, 2017).

“não... está tudo bom para mim... bem atendida... está tudo ótimo pra mim está tudo bem”(Mulher 11, 2017).

Pode-se concluir que muitas mulheres sofrem ações desumanizadoras e, por vezes, violentas no que concerne ao seus processos reprodutivos e não se dão conta disso por falta de conhecimento. Em vista disso, a humanização do parto é uma temática que deve ser incorporada à formação de profissionais e na educação da mulher. Para que, dessa forma, as mulheres agreguem conhecimento de seu próprio corpo e autonomia que as preparem para o parto. E, também, que os profissionais respeitem essas mulheres, garantindo dignidade e qualidade ao parto.

DISCUSSÃO

Foi possível por meio da fala das mulheres analisar as vivências do parto e pós-parto, o que contribui para compreensão dos significados desse momento a partir da percepção dessas mulheres protagonistas. Essa reflexão auxilia no direcionamento do cuidado e criação de estratégias que atendam as parturientes de maneira integral.

Considerando-se que o presente estudo ainda está em construção e se apoia em um projeto de pesquisa mais amplo, os resultados são preliminares, o que faz que novas hipóteses e temáticas ainda possam surgir da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. *Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Buarque, H. C. (1978). *Pedaço de mim*. Polygram/Phillips
- Catão, P. L. (2011). Sublima-dor. Considerações sobre dor e sublimação nos limites do pulsional. *Reverso*, 33(62), 79-84.
- Costa, A., & Bonfim, F. (2014). Um percurso sobre o falo na psicanálise: Primazia, querela, significante e objeto a-. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(2), 229-245.
- Crizóstomo, C. D., Nery, I. S., & Barros Luz, M. H. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, 11(1), 98-104.
- Gáiva, M. A. M., & Tavares, C. M. A. (2002). O nascimento: Um ato de violência ao recém-nascido? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 23(1), 132-145.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1992). A formação do apego. *Artes Médicas*. Porto Alegre.
- Labaki, M. E. P. (2007). Ter filhos é o mesmo que ser mãe? *Jornal de Psicanálise*, 40(72), 75-87.
- Maldonado, M. T. (2004). Psicologia da gravidez, parto e puerpério. *Saraiva* (16ª ed.). São Paulo.
- Rei, V. A. F., Ramírez, X. Y. A., & Berlinck, M. T. (2014). As dores do parto. Reflexões psicopatológicas em torno da angústia e do narcisismo primitivo. *Estilos da Clínica*, 19(1), 67-77.
- Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, 10(1), 3-13.
- Souza, T., Gaiva, M. A. M., & Modes, P. S. S. A. (2011). A humanização do nascimento: Percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 479-486.
- Tornquist, C. S., (2002). Armadilhas da Nova Era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 483-492.
- Velho, M. B., Santos, E. K. A., Brüggemann, O. M., & Camargo, B. V. (2012). Vivência do parto normal ou cesáreo: Revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto contexto – Enfermagem*, 21(2), 458-466.

CURA RECONECTIVA™: DO DESCONHECIMENTO GENERALIZADO À EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E SUAS IMPLICAÇÕES

Rute F. Meneses¹ (✉ rmeneses@ufp.edu.pt)

¹ FCHS – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, CTEC – Centro Transdisciplinar de Estudos da Consciência, FP-B2S – Centro de Investigação em Ciências Sociais e do Comportamento, HE – Hospital-Escola, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Nos últimos anos, os *media*, formações/congressos, a literatura científica e os próprios clientes têm apresentado aos psicólogos em geral, e aos da saúde em particular, um número crescente de abordagens, o que reflecte um interesse crescente do público por tais abordagens (e.g., Furnham, 2002). Assim, os psicólogos vão experienciando e manifestando, designadamente em contextos de ensino-aprendizagem e de consulta, atitudes mais ou menos negativas em relação a todas/algumas destas abordagens (e.g., Hughes, 2008).

Muitas delas podem ser integradas no que tende a ser designado, na literatura anglo-saxónica, por CAM – *Complementary and Alternative Medicine*. É, todavia, de referir que esta denominação não é consensual. Por exemplo, na *webpage* dos National Institutes of Health dos Estados Unidos da América, mais concretamente, do National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH; 2016), é feita distinção entre saúde complementar, alternativa e integrativa, sendo clarificado que o “NCCIH generally uses the term “complementary health approaches” when we discuss practices and products of non-mainstream origin. We use “integrative health” when we talk about incorporating complementary approaches into mainstream health care”.

De modo complementar, o National Cancer Institute (2015) distingue *complementary medicine* de *alternative medicine* e de *integrative medicine*, distinguindo-as ainda de *standard medical care*, referindo que este último, com diversas denominações, é praticado por profissionais de saúde como os psicólogos e que alguns destes profissionais também praticam CAM. Do

outro lado do Atlântico, no Reino Unido, o National Health Service (2016) defende que não há uma definição consensual de CAM, enfatizando que pode haver sobreposição entre as categorias complementar e alternativa.

Este tema é também alvo de publicações em Português (e.g., Carvalho, Lopes, & Gouveia, 2012; Nagai & Queiroz, 2011; Neto, Faria, & Figueiredo, 2009). Por exemplo, o Governo do Brasil (2017) informa, *online*, que “o Sistema Único de Saúde (SUS) agora oferece terapias alternativas, como meditação, arteterapia, reiki, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático e tratamento quiroprático”.

Em termos de terminologia, é de enfatizar que, em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (2017) utiliza a expressão “Terapêuticas Não Convencionais (TNC)”, definindo-as como “as práticas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias” e listando na sua *webpage* os profissionais das TNC a quem foi atribuída cédula para o exercício da profissão. Clarifica ainda que “são reconhecidas como TNC as praticadas pela acupuntura, homeopatia, osteopatia, medicinal tradicional chinesa, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia”, nos termos da Lei n.º 71/2013, de 2 de Setembro.

Tal remete para a reconhecidamente elevada diversidade entre as CAM (ao nível da filosofia, metodologia, investigação), bem como entre as CAM e a medicina tradicional (Furnham, 2004). Neste contexto, Kremser e colaboradores (2008, p. 393) concluíram que “*given the diversity of interventions considered to be complementary therapies, a general recommendation regarding their use for women with breast cancer is inappropriate*”. Paralelamente, face às elevadas taxas de uso de CAM (e.g., Can, Erol, Aydiner, & Topuz, 2009; Farooqui et al., 2016; Kadir, Hamid, & Mohammad, 2015), a investigação tem explorado a diversidade dos clientes, procurando identificar perfis. Assim, na amostra estudada por Carvalho et al. (2012), em Portugal, as mulheres, os indivíduos entre os 30 e os 69 anos, com escolaridade superior e rendimento mensal entre os 1000 e os 1500€ eram os maiores utilizadores de CAM.

Em indivíduos com cancro (da Alemanha, Malásia, Turquia e Holanda), constatou-se que os factores associados ao uso de CAM variavam com o tipo de CAM, estando, todavia, o seu uso associado a uma escolaridade mais elevada, ser mulher, ser mais jovem, solteiro/a, com maior rendimento mensal e melhor estatuto laboral (estar empregado), ter maior abertura à experiência e um nível clínico de *distress*, e ter metástases, sendo o tipo de cancro também relevante, ao contrário do controlo percebido (Can et al.,

2009; Farooqui et al., 2016; Lo-Fo-Wong, Ranchor, de Haes, Sprangers, & Henselmans, 2012; Tautz, Momm, Hasenburg, & Guethlin, 2012).

Em indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2 (da Coreia), os preditores do uso de CAM foram: ter salário mais elevado, neuropatia diabética, auto-monitorização regular da glicose sanguínea e ausência de história de acidente cerebrovascular (Kim et al., 2011). Em indivíduos com diabetes tipo 2 e/ou doença cardiovascular (da Austrália), a existência de condições crônicas simultâneas revelou-se um forte preditor do uso de CAM, estando este uso associado a pior qualidade de vida (Spinks, Hollingsworth, Manderson, Lin, & Canaway, 2013). Ter frequentado um programa de auto-gestão de doença crônica e frequentar um grupo de apoio social ou relacionado com a saúde também se mostrou associado a maior probabilidade de usar CAM. Em sobreviventes de acidente vascular (da Malásia), o uso de CAM estava associado a um melhor estado funcional aquando da alta e a acidente vascular menos grave (Kadir et al., 2015).

Os resultados obtidos em voluntários (15-60 anos, da Finlândia) não apoiam o desenvolvimento de crenças sobre CAM como expressão de valores (Saher & Lindeman, 2005). Neste estudo, a tendência para o pensamento intuitivo associou-se positivamente com a crença na CAM, enquanto a preferência pelo pensamento racional não. Os melhores preditores das crenças na CAM foram acreditar no paranormal e ter crenças mágicas sobre alimentação e saúde.

Em síntese, e de acordo com Furnham (2004), a investigação parece sugerir que não há um utilizador típico, ainda que revele características sociodemográficas, clínicas e psicológicas que estão mais associadas ao uso de CAM. Vários estudos têm também identificado uma variedade de razões para o uso de CAM, que parecem diferir em função da categoria e tipo de CAM (Kremser et al., 2008; Lo-Fo-Wong et al., 2012).

Entre estas, contam-se fortalecer o sistema imunitário, melhorar os efeitos da terapia, sentir-se melhor física e emocionalmente, reduzir os efeitos secundários do tratamento e tal ter sido indicado por um médico ou enfermeira (Can et al., 2009; Kremser et al., 2008; Lo-Fo-Wong et al., 2012). Entre os motivos para não usar CAM, pode citar-se: considerar a terapia convencional suficiente e não ter pensado nisso, sendo de sublinhar que diversos doentes referem não ter encontrado informação de confiança sobre o assunto e que o seu médico o desaconselhara (Tautz et al., 2012).

Neste contexto, a identificação das fontes de informação sobre CAM torna-se relevante, tendendo estas a ser diversificadas: família e amigos

(muito frequentes), médico (de clínica geral), *media* – jornais e televisão, pacientes, internet (Can et al., 2009; Farooqui et al., 2016; Kremser et al., 2008; Tautz et al., 2012). É, contudo, de sublinhar que a investigação tem mostrado uma certa relutância dos doentes para falar sobre este tema com os (seus) profissionais de saúde. Algumas das justificações para tal são: não lhes ter sido perguntado ou considerarem que o contexto de internamento ou o respectivo especialista não eram adequados para tal, por não o aprovarem (Tautz et al., 2012), ou não ser importante discuti-lo com o profissional (Farooqui et al., 2016). Seja como for, o uso de CAM parece ser estável ao longo do tempo (Lo-Fo-Wong et al., 2012) e não implicar diferenças significativas nos custos com a medicina convencional (Kim et al., 2011).

Assim, com base no seu estudo, Spinks et al. (2013, p. 51) sublinham que *“‘integration’ from the perspective of the consumer already exists – arguably what we now need is a better partnership from both CAM and conventional practitioners to communicate and coordinate patient care”*, opinião esta partilhada, implícita ou explicitamente, noutros estudos revistos, com maior ou menor tónica na comunicação profissionais-utentes (e.g., Can et al., 2009; Farooqui et al., 2016).

Assim, é defensável que *“one area of innovation and one vision for the future of psychological practice involves integrating Complementary and Alternative Medicine (CAM) into ongoing psychological practice. It is important to recognize that some psychologists may already be integrating many forms of CAM, such as biofeedback, hypnosis, or progressive muscle relaxation, without recognizing that they are a part of this growing field of integrative health care”* (Barnett & Shale, 2012, p. 576). Barnett e Shale (2012) vão ainda mais longe, ao propor que cada psicólogo deve ter diversos conhecimentos sobre CAM e sobre o seu uso, apoiando a sua integração na prática psicológica e fornecendo recomendações para que tal seja feito de modo ético e competente.

O reconhecimento deste ponto de vista levou a que, no ‘CE [continuing education] Corner’ da *webpage* da American Psychological Association se possa encontrar um artigo condensado do artigo de 2012 de Barnett e Shale, impresso no *Monitor on Psychology* (Barnett & Shale, 2013). Dentre as diversas CAM, a cura reconectiva™ conta com várias pessoas habilitadas para a prática em Portugal, como se pode constatar com uma simples busca na *internet*.. Neste contexto, o objectivo do presente estudo é rever a literatura sobre cura reconectiva™.

MÉTODO

Procedimento

A 4/10/2017 (bem como a 29/12/2017), recorreu-se ao RCAAP, SciELO e Pubmed e à palavra-chave *reconnective healing / cura reconectiva / cura reonectiva*, sem limites (de tempo, língua, tipo de documento, ou faixa etária). Foi constituída uma tabela para organizar os dados/variáveis a extrair dos artigos (Quadro 1).

Quadro 1

Caracterização dos Artigos sobre Cura Reconectiva (n=4)

Autor, ano	Tipo e Objectivo do estudo	Amostra	Material e Procedimento	Principais resultados/conclusões
Baldwin & Trent, 2017	Revisão integrativa; Fornecer uma avaliação crítica da cura reconectiva (CR) como uma modalidade de cura	N=5 artigos	Bases de dados: PubMed, CINAHL, PsycINFO, AMED e Web of Science; até Julho de 2016	<i>“it is not possible at this point to reach conclusions about the general effectiveness of RH”</i> (p. 596)
Baldwin & Hammerschlag, 2014	Revisão sistemática; Identificar e avaliar estudos que avaliem biomarcadores fisiológicos validados em curadores de biocampo (<i>biofield</i>) num estado de cura	N=22 artigos	Bases de dados: PubMed, CINAHL, PsychINFO, AMED e Alt HealthWatch; Fevereiro de 2012	A CR produziu alterações na variabilidade da frequência cardíaca (VFC) indicativas de arousal aumentado; <i>“two main impediments ...: extensive heterogeneity in research design and a generally low quality of reporting”</i> (p. 159)
Baldwin, Fullmer, & Schwartz, 2013	Estudo experimental; Comparar a manipulação manual (fisioterapia) com CR e Reiki em doentes com amplitude de movimento (AdM) limitada	N=78 indivíduos com AdM de 1 ou 2 ombros limitada: 37 H e 41 M; 20-89 anos	Uma sessão única de 10 minutos: CR, Reiki, tratamento placebo, fisioterapia, sem tratamento; Expectativa de sucesso do tratamento, AdM, Dor, VFC, ritmo respiratório, AdM; Tratamento; Reavaliação	A sessão de CR ou Reiki foi tão efectiva como a fisioterapia na AdM; a CR, ao contrário do Reiki, foi significativamente mais efectiva que a efisioterapia
Baldwin & Schwartz, 2012	Estudo experimental; Caracterizar e comparar os efeitos do Reiki e CR no sistema nervoso autónomo e na perfusão sanguínea das pontas dos dedos dos praticantes durante a auto-prática	n=31 mestres de Reiki (7 H e 24 M; 18-65 anos) + n=50 peritos Em CR (16 H e 34 M; 30-69 anos) + n=32 controlos (10 H e 22 M; 20-75 anos)	FC, VFC e perfusão sanguínea cutânea dos dedos – antes, durante e após a auto-prática (5 + 5 + 5 min)	A CR esteve associada a diminuição da VFC, indicando actividade parassimpática reduzida, consistente com esforço mental; a CR não produziu uma resposta clássica de relaxamento

RESULTADOS

Seguindo a lógica do fluxograma proposto pelo Prisma Statement (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009), a pesquisa na Pubmed permitiu identificar 4 artigos, no RCAAP e na SciELO zero, pelo que não foram detectados duplicados. O rastreio, baseado no título e no resumo, levou a não excluir nenhum dos artigos, sendo os 4 artigos em texto completo avaliados para elegibilidade. Uma vez mais, nenhum foi excluído, pelo que foram incluídos os 4 estudos na síntese qualitativa. No Quadro 1 é sintetizada a informação recolhida dos 4 artigos analisados na íntegra.

A análise do Quadro 1 mostra que todos os artigos tinham o primeiro autor em comum, sendo os mais antigos estudos empíricos e os dois mais recentes revisões da literatura. Para além disso, os seus objectivos, amostras, materiais e procedimentos são de tal modo diversos que a comparação se torna, no mínimo, difícil.

DISCUSSÃO

Indo ao encontro das revisões de Baldwin e Hammerschlag (2014) e Baldwin e Trent (2017), considera-se que os artigos analisados não permitem tirar conclusões sobre a eficácia ou as bases biológicas do processo de cura reconectiva™. De facto, ainda que os 4 artigos revistos incluam dados promissores, eles são insuficientes para confirmar ou infirmar a eficácia da cura reconectiva™. Estes devem, por isso, ser utilizados cuidadosamente por parte dos psicólogos da saúde no âmbito das suas actividades profissionais.

Ainda que não faça parte das TNC reconhecidas pelo Serviço Nacional de Saúde (2017), havendo diversos profissionais certificados para o seu uso em Portugal, considera-se relevante, na sequência do que tem sido feito para outras CAM, conhecer melhor (em termos demográficos, clínicos e psicológicos) os clientes, as razões para o seu uso e treino, as fontes de informação utilizadas, bem como explorar melhor as bases biológicas do processo e os seus efeitos, de modo a que os psicólogos da

saúde possam posicionar-se em relação a esta prática de modo ético e competente (e.g., Barnett & Shale, 2012). O desconhecimento já não é generalizado, mas a evidência científica ainda é insuficiente.

REFERÊNCIAS

- Baldwin, A. L., & Hammerschlag, R. (2014). Biofield-based therapies: A systematic review of physiological effects on practitioners during healing. *Explore*, *10*(3), 150-161. doi: 10.1016/j.explore.2014.02.003
- Baldwin, A. L., & Schwartz, G. E. (2012). Physiological changes in energy healers during self-practice. *Complementary Therapies in Medicine*, *20*(5), 299-305. doi: 10.1016/j.ctim.2012.05.005
- Baldwin, A. L., & Trent, N. L. (2017). An integrative review of scientific evidence for reconnective healing. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *23*(8), 590-598. doi: 10.1089/acm.2015.0218
- Baldwin, A. L., Fullmer, K., & Schwartz, G. E. (2013). Comparison of physical therapy with energy healing for improving range of motion in subjects with restricted shoulder mobility. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2013*, 329731. doi: 10.1155/2013/329731
- Barnett, J. E., & Shale, A. J. (2012). The integration of complementary and alternative medicine (CAM) into the practice of psychology: A vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(6), 576-585. doi: 10.1037/a0028919
- Barnett, J. E., & Shale, A. J. (2013). Alternative techniques. *Monitor on Psychology*, *44*(4), 48. <http://www.apa.org/monitor/2013/04/ce-corner.aspx>
- Can, G., Erol, O., Aydinler, A., & Topuz, E. (2009). Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, *13*(4), 287-294. doi: 10.1016/j.ejon.2009.03.007
- Carvalho, C., Lopes, S. C., & Gouveia, M. J. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health*, *1*(1), 81-94. doi: 10.5964/pch.v1i1.10
- Farooqui, M., Hassali, M. A., Shatar, A. K., Farooqui, M. A., Saleem, F., Haq, N. U., & Othman, C. N. (2016). Use of complementary and alternative

- medicines among Malaysian cancer patients: A descriptive study. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 6(4), 321-326. doi:10.1016/j.jtcme.2014.12.008
- Furnham, A. (2002). Complementary and alternative medicine. *The Psychologist*, 15(5), 228-231.
- Furnham, A. (2004). The psychology of complementary and alternative medicine. *Evidence-Based Integrative Medicine*, 1(1), 57-64. doi: 10.2165/01197065-200301010-00010
- Governo do Brasil. (2017). *SUS passa a oferecer terapias alternativas para a população*. <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/01/sus-passa-a-oferecer-terapias-alternativas-para-a-populacao>
- Hughes, B. M. (2008). How should clinical psychologists approach complementary and alternative medicine? Empirical, epistemological, and ethical considerations. *Clinical Psychology Review*, 28, 657-675. doi: 10.1016/j.cpr.2007.09.005
- Kadir, A. A., Hamid, A. H. A., & Mohammad, M. (2015). Pattern of complementary and alternative medicine use among Malaysian stroke survivors: A hospital-based prospective study. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 5, 157-160. doi: 10.1016/j.jtcme.2014.11.010
- Kim, H. J., Chun, K. H., Kim, D. J., Han, S. J., Kim, Y. S., Woo, J. T., ... Lee, K. W. (2011). Utilization patterns and cost of complementary and alternative medicine compared to conventional medicine in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(1), 115-122. doi: 10.1016/j.diabres.2011.03.031
- Kremser, T., Evans, A., Moore, A., Luxford, K., Begbie, S., Bensoussan, A., ... Zorbas H. (2008). Use of complementary therapies by Australian women with breast cancer. *The Breast*, 17(4), 387-394. doi: 10.1016/j.breast.2007.12.006
- Lei n.º 71/2013 de 2 de Setembro. *Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais*.
- Lo-Fo-Wong, D. N., Ranchor, A. V., de Haes, H. C., Sprangers, M. A., & Henselmans, I. (2012). Complementary and alternative medicine use of women with breast cancer: Self-help CAM attracts other women than guided CAM therapies. *Patient Education and Counseling*, 89(3), 529-536. doi: 10.1016/j.pec.2012.02.019
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-

Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed1000097

Nagai, S. C., & Queiroz, M. S. (2011). Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1793-1800. doi: 10.1590/S1413-81232011000300015

National Cancer Institute. (2015). *Complementary and alternative medicine*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam>

National Center for Complementary and Integrative Health. (2016). *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>

National Health Service. (2016). *Complementary and alternative medicine*. <https://www.nhs.uk/Livewell/complementary-alternative-medicine/Pages/complementary-alternative-medicines.aspx>

Neto, J. F. R., Faria, A. A., & Figueiredo, M. F. S. (2009). Medicina complementar e alternativa: Utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(3), 296-301.

Saher, M., & Lindeman, M. (2005). Alternative medicine: A psychological perspective. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1169-78. doi: 10.1016/j.paid.2005.04.008

Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Terapêuticas Não Convencionais*. <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/23/terapeuticas-nao-convencionais/>

Spinks, J., Hollingsworth, B., Manderson, L., Lin, V., & Canaway, R. (2013). Costs and drivers of complementary and alternative medicine (CAM) use in people with type 2 diabetes or cardiovascular disease. *European Journal of Integrative Medicine*, 5(1), 44-53. doi: 10.1016/j.eujim.2012.08.003

Tautz, E., Momm, F., Hasenburg, A., & Guethlin, C. (2012). Use of complementary and alternative medicine in breast cancer patients and their experiences: A cross-sectional study. *European Journal of Cancer*, 48(17), 3133-3139. doi: 10.1016/j.ejca.2012.04.021

INVISIBILIDADE FEMININA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO EM TECNOLOGIA E CIÊNCIAS

Salette Silva Farias¹ (✉ saletefarias@gmail.com) & Alcina de Oliveira Martins²

¹ Centro de Estudos Interdisciplinares em Educação e Desenvolvimento (CeIED), Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa, Portugal; ² Centro de Estudos Interdisciplinares em Educação e Desenvolvimento (CeIED), Universidade Lusófona do Porto, Porto, Portugal

Todos os anos, o WEF (*World Economic Forum*), sediado em Genebra, através do seu *Global Gender Gap Report*, quantifica o tamanho das desigualdades de gênero, mostrando o seu progresso ao longo do tempo, com foco nos *gaps* entre homens e mulheres, nas áreas da educação, saúde, economia e política. Após dez anos de estudos o progresso ainda é lento. Na área educacional, apesar desse *gap* se estreitar, as mulheres continuam sub-representadas na área das STEM (*Science, Technology, Engineering, and Mathematics*), onde o *global gender gap* se mantém nos 47%, sendo 30% homens e 16% mulheres. Segundo este mesmo Relatório, tal deve-se à existência de estereótipos negativos e consequente falta de modelos positivos, o que faz com que meninas e mulheres não tenham aspirações, no sentido de seguir a carreira das STEM. Outros estudos mostram o desconhecimento, por parte das mulheres, sobre as pesquisas e conquistas alcançadas por outras mulheres nesta área, pois muitas tiveram seu protagonismo ocultado ao longo da história.

Neste contexto, este artigo tem como objetivo central compreender a relação entre a invisibilidade feminina, os estereótipos e as representações sociais associadas ao *global gender gap*, tal como referido pela literatura científica atual, e quais outros conceitos que permeiam a realidade da sub-representação das mulheres na área da STEM.

A opção por uma revisão selecionada da literatura visa a possibilidade de contribuir para uma sistematização de conceitos e teorias, em relação com as áreas da Ciência, Educação e Tecnologias. A sustentação teórica de conceitos-base explicitam as percepções das mulheres, na relação com elas mesmas, com as outras mulheres e o mundo tecnológico ao seu redor.

MÉTODO

Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, com recurso a revisão da literatura, incidiu em alguns conceitos relevantes. O recurso a este procedimento deveu-se ao fato de o mesmo fazer parte de um estudo inicial de uma tese de doutoramento, cruzando o conhecimento de várias visões acerca de gênero, tecnologias e representações sociais.

Como base de dados, foram utilizados as seguintes fontes de coleta: 1) O *Global Gender Gap Report* (2016), publicado pelo WEF (*World Economic Forum*), sediado em Genebra, que consiste num relatório anual, existente desde 2006, o qual quantifica o tamanho das desigualdades de gênero, mostrando o seu progresso ao longo do tempo, com foco nos *gaps* entre homens e mulheres, nas áreas da Educação, Saúde, Economia e Política; 2) O *Gender in the Global Research Landscape* (2017), publicado pela Elsevier, que analisa o desempenho da pesquisa através da optica de gênero em 20 anos, 12 países e 27 áreas temáticas ; 3) estudos recentes na área (Cheryan, Ziegler, Montoya & Jiang, 2017; Jung, Clark, Patterson & Pence, 2017; Leslie, Cimpian, Meyer, & Freeland, 2015; Monnerat, 2017; Sanchez 2017; Vedres, Vasarhelyi e Szell , 2017; Wagner, 2016; Wang, Hong, Ravitz & Ivory, 2015) e 4) Várias bases de dados eletrônicas, como por exemplo a PsycARTICLES, entre outras, tendo, como critério de inclusão, a publicação nos últimos cinco anos (2012-2017).

Os artigos selecionados para a revisão de literatura privilegiam uma diversidade atual e representativa, referenciando os principais estudos e respetivos resultados, que se apresentam a seguir.

RESULTADOS

As questões sobre gênero, tecnologia, bem como a utilização do termo *gender gap* são hoje muito discutidos por vários autores, o que tem suscitado discussões, acerca das suas causas e consequências.

O termo *Gender Gap* aparece em vários artigos, e também nos principais relatórios selecionados, como anteriormente referido, significando uma sub-representação das mulheres em muitas áreas do conhecimento, principalmente na Computação (Cheryan, Ziegler, Montoya & Jiang,

2017; Jung, Clark, Patterson, & Pence, 2017; Wagner, 2016). Na pesquisa feita por Jung et al. (2017), a análise incidiu nas influências da diferença de gênero, com estudantes de Ciências da Computação, Informática e Sistemas de Informação de Gestão de uma universidade da Carolina do Norte (USA). Nesse estudo foi abordado se a percepção da tecnologia é vista como um campo apenas para os homens, dado que a mídia retrata as mulheres na tecnologia como “geeky”, seguindo modelos que reforçam estereótipos tratando ainda do encorajamento parental, entre outros fatores que poderiam influenciar a confiança nas habilidades técnicas entre as mulheres. Este estudo chegou a 5 possíveis causas deste *gap* entre os gêneros: (1) Influência do marketing, (2) a representação da mídia de mulheres na tecnologia, (3) modelos, (4) incentivo social e (5) impacto da educação, que iremos seguir como modelo de discussão.

Wagner (2016) aborda que, na Ciência da Computação, a diferença de gênero existe em todos os níveis de carreira. Um estudo sobre desempenho acadêmico, com alunos de 129 universidades do Reino Unido, em um período de 11 anos, permitiu verificar que alunos do sexo masculino receberam mais recompensas e melhores notas, em oposição a alunas do sexo feminino, sendo que esta diferença não acontece em outras áreas.

Por sua vez, Vedres, Vasarhelyi e Szell (2017) fizeram uma análise sobre o sucesso que as pessoas podem ter na carreira, quanto à área de Desenvolvimento de Software (uma área predominantemente masculina) baseada no gênero. Para esse efeito, os investigadores estudaram mais de 10 milhões de perfis de usuários, de uma rede social de códigos, chamada *GitHub*. Ao fim da análise, que envolveu atividades de um período de 7 anos, chegaram à conclusão de que as mulheres da plataforma obtêm mais sucesso em suas carreiras, quando as mesmas adotam padrões de colaboração e atividades tipicamente masculinos.

No estudo de Cheryan et al. (2017), as mulheres obtêm cerca de metade dos títulos de graduação dos EUA em Biologia, Química e Matemática, mas são menos de 20% em Ciência da Computação, Engenharia e Física. Os autores analisam criticamente os fatores que podem explicar os *gaps* de gênero na STEM, abordando, entre os mais importantes: (1) culturas orientadas para homens em detrimento das mulheres e sub-representação das mulheres e (2) falta de experiência inicial suficiente com esses campos, a fim de contrariar suas culturas orientadas para homens. As possíveis soluções apontam para a mudança de culturas orientadas para o

homem e a possibilidade de dar aos alunos experiências iniciais iguais, que suscitem o sentimento de pertença. Um fator decisivo é a influência da família, a qual desempenha um papel crítico, no encorajamento e na exposição, pelo que todos os esforços devem se concentrar nas formas de envolver os pais (Wang, Hong, Ravitz, & Ivory, 2015).

Neste entendimento, Leslie, Cimpian, Meyer e Freeland (2015), chegaram à conclusão de que as mulheres estão sub-representadas em alguns campos, nos quais os profissionais acreditam que o talento inato é o principal requisito para o sucesso, e as mulheres são estigmatizadas como não possuindo tal talento.

No relatório *Global Gender Gap Report* (WEF, 2016), foi evidenciado que os *gaps* de gênero, no mundo globalizado, resultam de vários fatores sócio-econômicos, variáveis políticas e culturais. Um dos objetivos deste relatório, além de compilar dados de várias fontes, é o de abordar a necessidade de medidas consistentes e abrangentes, para a igualdade de gênero. O Relatório fornece um conjunto abrangente de dados e um método claro para rastrear *gaps* em indicadores críticos, para que os países possam estabelecer prioridades dentro de suas próprias políticas econômicas, políticas e contextos culturais. Entre outros aspectos, torna-se evidente que os países que desejam permanecer competitivos e inclusivos precisam fazer da igualdade de gênero uma parte crítica do seu desenvolvimento do capital humano.

Em muitas sociedades, mesmo quando as mulheres entram no mercado de trabalho, mantêm a responsabilidade principal por trabalho não remunerado, como cuidados e tarefas domésticas. Em média, os homens fazem 34% do trabalho não remunerado em relação às mulheres. Esse desequilíbrio começa cedo, com as meninas gastando 30% mais do tempo em trabalho não remunerado do que meninos, o que acontece nos trinta países analisados pelo Relatório.

O preconceito de gênero nos sistemas educacionais surge, desde logo, nos materiais de aprendizagem, os quais reforçam os estereótipos de gênero, cerceando as conquistas e possibilidades educacionais das meninas. A educação e a formação se refletem nos mercados de trabalho, em empregos tradicionalmente “masculinos” e “femininos”. Segundo o relatório do WEF, essa realidade pode ter um impacto ainda mais forte na desigualdade de renda no futuro, exigindo ação dos governos. Como previsão, o crescimento residirá nas famílias com empregos que, atualmente, empregam poucas

mulheres, em campos computacionais e matemáticos e também Arquitetura e Engenharia. É necessário mais investimento na educação STEM, para evitar as futuras disparidades de gênero na força de trabalho.

No relatório *Gender in the Global Research Landscape* (Elsevier, 2017), que avaliou 12 países, sendo eles: Austrália, União Europeia, Brasil, Japão, Canadá, México, Chile, Portugal, França, Reino Unido, Dinamarca e Estados Unidos, revelou que, na pesquisa científica, alguns progressos foram feitos para a equidade de gênero. Na análise, é exibida uma maior participação de mulheres entre pesquisadores e inventores entre 2011 a 2015, em comparação com os anos de 1996 a 2000.

Os dados também mostram que, de 2011 a 2015, os homens publicaram mais do que as mulheres para onze dos doze países comparados. O Relatório também encontrou diferenças na representação de gênero entre os campos de pesquisa, com mulheres melhor representadas nas Ciências da Saúde e da Vida, e sub-representadas nas Ciências Físicas. Essa diferença é sobretudo significativa

Em Ciência da Computação, Energia, Engenharia, Matemática e Física e Astronomia, nas quais as mulheres representam menos de 25% dos pesquisadores na maioria dos países. Em Engenharia, área em que as mulheres estão em maior número do que os homens entre os pesquisadores, são menos propensas a ser a primeira autora em seus artigos científicos, do que os homens. Por outro lado, em Enfermagem, em que as mulheres tendem a superar, em número, os homens entre as pesquisas, são as mais propensas a serem a primeira autora em seus artigos. Segundo o Relatório de 2017 (Ibidem), esse padrão, observado nestes dois campos, comprova a sub-representação de acordo com os estereótipos de gênero.

A análise mostra ainda que, entre pesquisadores, as mulheres colaboram menos do que homens a nível internacional. A mobilidade internacional pode ajudar os pesquisadores a expandirem suas redes e propagarem suas idéias e publicações. Os pesquisadores que atravessam as fronteiras nacionais são geralmente mais citados do que aqueles pesquisadores não-migratórios. Estudos de caso, em quatro países destacados neste relatório (Reino Unido, Canadá, Brasil e Japão), mostram uma representação excessiva das mulheres na categoria de pesquisadores não-migratórios, o que significa que, entre pesquisadores, as mulheres tendem a ter menos mobilidade internacional.

Com relação à pouca representatividade e à falta de modelos, o que resulta em uma invisibilidade feminina, as mulheres passam por esse problema não só na área da STEM. No Brasil, por exemplo, as mulheres são menos de 10% dos personagens em manuais e obras literárias usados em escolas públicas. Este resultado pode ser encontrado em um artigo publicado pela *Gênero e Número* que dá visibilidade a dados e a evidências relevantes, de forma a suscitar um debate sobre equidade de gênero. A *Gênero e Número* utiliza dados abertos e trabalhos acadêmicos, como apresentado no estudo científico “A Ladainha do Homem Branco: Indústria de Livros Didáticos no Brasil e a Reprodução de Velhos Cânones”, de Sanchez (2017), que comprova que, dos 859 personagens mencionados na coleção “História, Sociedade e Cidadania”, somente 70 são mulheres, e estas aparecem muito mais do que os homens, em rodapés e caixas laterais, fora do eixo central da narrativa, ou seja 91,8% são homens e 8,2%, são mulheres. Sanchez (2017) ainda na sua análise do conteúdo da coleção em questão, revelou que as mulheres são mais citadas como membros de família (“mulher de fulano”, “irmã de sicrano”) do que os homens, em função de seu parentesco com um homem e não pelo seu protagonismo.

Em interligação, Monnerat (2017), em seu artigo: “Teto de vidro” na ciência: apenas 25% na categoria mais alta do CNPq são mulheres”. Esta sub-representação no cenário brasileiro traduz-se em carreiras mais tardias, com dificuldades em alcançar postos mais avançados no meio científico. No Brasil, as mulheres representam 49% da produção científica. Segundo o relatório intitulado *Gender in the Global Research Landscape* (2017), apenas Portugal apresenta um cenário de equidade dentro deste âmbito.

Monnerat (2017) aponta ainda que, nas chamadas “ciências duras”, como por exemplo, nas Engenharias e na Computação, são 4,9 mil pesquisadoras do CNPq em todo o país, 36% do total neste campo. Já em Ciências Exatas e da Terra, são apenas 34%, com 7,2 mil representantes. Em todas as outras áreas existem mais cientistas mulheres que homens.

Segue-se a discussão da análise dos resultados dos estudos selecionados.

DISCUSSÃO

A partir do que foi analisado, observamos que em todas as pesquisas, a percentagem de mulheres na área das STEM são menores do que as

relativas aos homens. Tal não constitui um fenômeno local, porém acontece no mundo global, mesmo com toda a diversidade cultural e econômica existente. Em alguns países o *gap* é menos evidente, em outros nota-se de forma ampla, mas o problema está longe de ser ultrapassado, apresentando alguns pontos centrais convergentes, anteriormente explicitados.

Assim, e como primeiro fator de influência, surge o *marketing*, o qual revela o ponto de vista da sociedade, que se traduz numa distância evidente entre gêneros, reforçando a primazia do público-alvo masculino, relativamente à aquisição de um determinado produto, incluindo materiais tecnológicos.

No que se refere à *representação das mulheres na mídia e na tecnologia*, apresenta forte influência nas crenças sociais. Com representações mais positivas na mídia, num campo que é dominado por homens, mais mulheres poderiam considerar a tecnologia como uma opção, diminuindo as percepções negativas das mulheres e aumentando as suas aspirações de liderança.

Assim, a divulgação de modelos estereotipados femininos legitima uma cultura *orientada para homens na área da Tecnologia e das Ciências, conducente à invisibilidade feminina*. O baixo nível de confiança de muitas mulheres leva a um comportamento defensivo, que se traduz na adoção de um padrão comportamental masculino, visando serem respeitadas.

A fim de inverter esta situação, é urgente o *encorajamento social*, através do estreitamento da relação escola/família, com apoio de pais e professores. Lembra-se que um dos fatores mais assinalados nas pesquisas incluídas nesta revisão de literatura, é o incentivo dos pais e a ocupação dos mesmos na área.

Neste sentido, *o impacto da educação constitui um fator preponderante de mudança de paradigma de gênero*. Expor as meninas a modelos femininos que são bem-sucedidos na área das STEM, desde o início da escolaridade obrigatória, pode ajudar na luta contra o estereótipo de que as meninas não são bem sucedidas. Por exemplo, a exposição precoce à Ciência da Computação gera familiaridade, suscitando na criança interesse e curiosidade, e estabelecendo um senso de competência.

Em síntese, a análise crítica da literatura pesquisada, evidencia que os estudos convergem na falta de modelos femininos na área da tecnologia, o

que pode resultar em uma invisibilidade feminina forçada, visto que, embora existam modelos, estes não são apresentados na mídia e/ou na escola e na literatura vigente, devido a uma cultura educacional predominantemente masculina. Tal deve-se à existência de estereótipos negativos e consequente falta de modelos positivos, o que faz com que meninas e mulheres não tenham aspirações, no sentido de seguir a carreira das STEM. Consequentemente, esta pesquisa também nos leva a refletir sobre o papel da escola, dos seus materiais didáticos e o verdadeiro impacto da educação nas meninas e mulheres. As mulheres estão sendo expostas a estereótipos e que nem sempre se sentem representadas nas áreas tecnológicas e científicas. Desta forma, é necessário mais investimento nas políticas educativas, visando o STEM, para evitar futuras disparidades de gênero na força de trabalho.

Atendendo à focalização e âmbito deste estudo, não estão representadas todas as teorias nesta área, pelo que uma proposta para discussões e trabalhos futuros é analisar uma base de dados mais alargada. Esta forma de análise de dados volumosos tem relação ao conceito de Big Data, que são conceitos que envolvem tecnologias, processos e pessoas, permitindo repensar o “como” as coisas acontecem, o que permitirá um nível de análise mais aprofundado em ligação com a psicologia dos rastros de dados que as pessoas deixam no mundo digital. Hoje é possível ver além do que as pessoas fazem ou dizem fazer, é possível ver mais do que o seu gênero, saber como as pessoas pensam e porquê, com base no que publicam no meio digital. Em aspectos psicológicos e educacionais, um grande volume de dados pode facilitar em uma análise crítica do porquê dos fenômenos elencados nesta revisão de literatura.

REFERÊNCIAS

- Cheryan, S., Ziegler, S. A., Montoya, A., & Jiang, L. (2016). Why are some STEM fields more gender balanced than others? *Psychological Bulletin*, 143(1), Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000052>
- Elsevier. (2017). *Gender in the Global Research Landscape*. Retrieved from https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0008/265661/ElsevierGenderReport_final_for-web.pdf

- Jung, L., Clark, U., Patterson, L., & Pence, T. (2017). Closing the Gender Gap in the Technology Major. *Information Systems Education Journal (ISEDJ)*, 15(1). Retrieved from <http://iscap.info>
- Leslie, S.-J., Cimpian, A., Meyer, M., & Freeland, E. (2015). Expectations of brilliance underlie gender distributions across academic disciplines. *Science*, 347(6219), 262. Retrieved from <http://science.sciencemag.org/content/347/6219/262.abstract>
- Machi, L. E., & McEvoy, B.T. (2009). *The Literature Review: Six Steps to Success*. Thousand Oaks: Corwin Sage.
- Monnerat, A. (2017, September 12). “Teto de vidro” na ciência: Apenas 25% na categoria mais alta do CNPq são mulheres [Web log post]. Retrieved from <http://www.generationnumero.media/2mulheres-representam-metade-da-producao-cientifica-no-brasil-mas-sao-apenas-25-em-categoria-mais-alta-do-cnpq/>
- Sanchez, G. (2017, October 5). *Mulheres são menos de 10% dos personagens em livro de história usado em escolas públicas*. [Web log post]. Retrieved from <http://www.generationnumero.media/no-rodape-da-historia-mulheres-sao-menos-de-10-de-personagens-em-livro-didatico-usado-nas-escolas-publicas/>
- Vedres, B., Vasarhelyi, O., & Szell, M. (2017). *Gendered creative careers in software development*. <https://doi.org/10.1145/1235>
- Wagner, I. (2016). Gender and Performance in Computer Science. *ACM Transactions on Computing Education*, 16(3), 1-16. <https://doi.org/10.1145/2920173>
- Wang, J., Hong, H., Ravitz, J., & Ivory, M. (2015). Gender Differences in Factors Influencing Pursuit of Computer Science and Related Fields. *Proceedings of the 2015 ACM Conference on Innovation and Technology in Computer Science Education – ITiCSE '15*, 117-122. <https://doi.org/10.1145/2729094.2742611>
- World Economic Forum. (2016). *The Global Gender Gap Report*. Geneva: World Economic Forum. Retrieved from http://www3.weforum.org/docs/GGGR16/WEF_Global_Gender_Gap_Report_2016.pdf

ASMA INFANTIL E ESTRESSE FAMILIAR: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE INTERVENÇÕES FAMILIARES

Sandra Amaral¹ (✉ cairosandra@gmail.com), Filipa Pimenta², & Clemax Sant'Anna¹

¹ UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil; ² ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

A asma é uma doença que afeta pessoas de todas as idades (Trinca, Bicudo, & Pelicioni, 2011), porém, maior parte dos casos começa na infância (Salomão Júnior et al., 2008) e a maioria dos sintomas e manifestações clínicas iniciam-se antes dos 2 anos de idade (Mocelin & Sant'Anna, 2002; Sant'Anna & March, 2008). Considera-se que seja uma das doenças crônicas mais comuns na infância (Wood, Miller, & Lehman, 2015) e, apesar dos avanços e tratamentos no manejo da asma infantil, essa doença continua a ser um importante problema de saúde pública, principalmente em populações menos favorecidas (Mocelin & Sant'Anna, 2002; Wood, Miller, & Lehman, 2015) e nos países em desenvolvimento (Solé & Camelo-Nunes, 2008; Teixeira, 2003). Por ser uma doença complexa, contempla a interação de fatores genéticos, alérgicos, socioeconômicos, além de fatores psicológicos e ambientais (Mendes & Cairo, 2013; Teixeira, 2003; Wood, Miller, & Lehman, 2015).

Apesar de ser uma doença de baixa letalidade, a asma causa sofrimento no doente e no familiar (Campos & Lemos, 2009; Fernandes et al., 2013; Silva & Silva, 2013). A instabilidade das condições de saúde, a necessidade de tratamentos complexos e extensos, a utilização de medicamentos que podem desenvolver efeitos colaterais, visitas constantes a médicos e serviços de urgência, (Cohen, 1993; Frota, Martins, & Santos, 2008; Salomão Júnior et al., 2008), são alguns dos fatores que causam impacto significativo no doente e na família, podendo tornar-se fontes geradoras de estresse e prejudicar a qualidade de vida de todo o grupo familiar (Souza & Sant'Anna, 2011). Dessa forma, a asma pode se tornar um estressor que afeta tanto o desenvolvimento da criança, como os

integrantes da família e suas relações (Castro & Piccinini, 2002; Wood, Miller, & Lehman, 2015).

O estresse, considerado uma resposta complexa do organismo que envolve reações psicofisiológicas (Lipp, 2003), passa a ser reconhecido como fator de risco no desenvolvimento e agravamento da asma (Mendes & Cairo, 2013; Teixeira, 2003), além de provocar efeitos na qualidade de vida dos cuidadores (Souza & Sant'Anna, 2011; Wood, Miller, & Lehman, 2015). Apesar da bibliografia sugerir que o estresse familiar e parental influencia a asma pediátrica e que essa relação compromete o funcionamento familiar e a qualidade de vida dos pais/cuidadores (Souza & Sant'Anna, 2011, Wood, Miller, & Lehman, 2015), raros estudos são encontrados no sentido de promover intervenções tendo como foco reduzir o estresse das famílias com crianças que sofrem de asma.

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo fornecer uma revisão das intervenções destinadas a promover a redução do estresse em familiares de crianças com asma.

MÉTODO

A pesquisa bibliográfica foi realizada mediante a busca eletrônica de artigos publicados nas bases Ebsco, bOn, Pubmed, Scielo e Web of Science, utilizando a combinação das palavras: program/intervention/management/training/treatment/reduction/control/inoculation e stress; e mother/family/parents/caregiver; e infant/childhood/children/pediatric asthma.

A amostra compreendeu artigos selecionados a partir do título e resumos anexados, partindo dos seguintes critérios de inclusão: a) artigos publicados na íntegra em língua portuguesa, inglesa e espanhola; b) artigos disponíveis e possíveis de acesso livre; c) artigos que apresentavam medida de estresse e resultados quantitativos aferidos através de instrumento de estresse. As consultas incluíram artigos publicados até junho de 2017.

Utilizando-se os critérios de inclusão, foi realizado levantamento através de leitura analítica dos resumos dos artigos encontrados, com o objetivo de síntese dos resultados e seleção dos principais achados.

RESULTADOS

A pesquisa resultou na identificação de 5 artigos. Desses, foi excluído 1 artigo de revisão e 1 artigo não estava acessível, apenas seu resumo. Dessa forma, restaram 3 artigos (Carson, Council Jr., & Schauer, 1991; Celano, Holsey, & Kobrynski, 2012; Yeh et al., 2016) que encontravam-se de acordo com os critérios de inclusão definidos. Para melhor organização e compreensão, foi elaborada tabela incluindo a análise de itens norteadores de cada trabalho, seguindo a identificação dos seguintes pontos: autores e ano, descrição da amostra, dados das crianças, objetivo do estudo e da intervenção, duração da intervenção, profissionais envolvidos, instrumentos de medida de estresse, avaliações e principais resultados. Com isso, foi possível obter um panorama detalhado da produção científica sobre o tema asma infantil e intervenções para redução do estresse familiar (Quadro 1).

Quadro 1

Informações dos estudos seguindo os itens norteadores de análise.

Estudos	David K Carson, James R Council, Roger W. Schauer (1991)	Marianne P. Celano, Chanda Nicole Holsey, Lisa J. Kobrynski (2012)	Hsiu-Ying Yeh, Wei-Fen Ma, Jing-Long Huang, Kai-Chung Hsueh, Li-Chi Chiang (2016)
Descrição da amostra	Pais e crianças Grupo de intervenção – 20 pais e 16 crianças Grupo de acompanhamento – 22 pais e 12 crianças Grupo de comparação – 22 pais e 15 crianças	41 famílias (cuidadores e crianças) Grupo de Intervenção – 21 Grupo Controle – 20	65 famílias (pais, avós ou outros parentes) Grupo experimental – 34 Grupo de comparação – 31
Dados das crianças	Crianças de 4 a 12 anos com asma muito grave a grave.	Crianças de 8 a 13 anos com asma mal controlada.	Crianças de 6 a 12 anos com asma moderada a severa.
Objetivo do estudo	Examinar a eficácia de um programa familiar de asma projetado para crianças pré-escolares, escolares e seus pais. O estudo incluiu comparação com famílias que haviam frequentado um programa similar anterior (de um a três anos) e famílias que nunca participaram desse tipo de programa.	Avaliar a eficácia de um programa integrando educação sobre a asma e estratégias para enfrentar o estresse, utilizando o modelo de pesquisa participativa na comunidade, em comparação com o tratamento aprimorado de costume (uma visita domiciliar para desenvolver um plano escrito de ação para asma).	Avaliar a eficácia de um programa de empoderamento familiar para pais sobre estresse parental, função familiar e função pulmonar de crianças e sintomas da asma, comparado com famílias que têm apenas autogestão.

PROMOVER E INOVAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Intervenção – Objetivo	Family Asthma Programa	Programa Home-Based Family Intervention (HBFI)	Asthma Family Empowerment Programa (AFEP)
	<p>Sessões separadas para pais e crianças.</p> <p>Pais – foram ensinados sobre o sistema respiratório e aspectos psicológicos da asma, medicações, indicação de intervenções médicas, fatores ambientais, prevenção e minimização das crises severas de asma, importância da cooperação pais-criança e caminhos para encorajar e manter autoestima.</p> <p>Crianças – educação da asma e como manter o controle da asma. Também foi fornecido oportunidade para nadar, assistir demonstrações de karate e participar de outros grupos de atividades orientadas.</p> <p>Não foi apresentado conteúdo detalhado do programa.</p>	<p>O manual do HBFI consistiu de uma introdução, oito módulos sobre o manejo da asma e oito módulos sobre questões psicossociais. Todos os módulos visavam reformular os problemas em termos positivos e/ou relacionais, fortalecer os laços familiares, identificar e promover forças familiares e usar problemas para lidar com o estresse ou barreiras ao manejo eficaz da asma.</p> <p>Durante a primeira visita, foram discutidos os desafios específicos de gerenciamento de asma, identificados a partir da avaliação de linha de base. As famílias escolhiam três a quatro objetivos correspondentes aos módulos preparados, com pelo menos dois dedicados ao gerenciamento de asma e um a dois relacionados a questões psicossociais (regras e disciplinas familiares, comunicação familiar e estresse ou depressão do cuidador).</p> <p>Não apresentou conteúdo detalhado do programa.</p>	<p>O programa preparava a família nas capacidades dos cuidadores para resolução de problemas (escolher alternativas e ideias, reforçar a tomada de decisão e testar e atuar em suas soluções). Cada família recebeu a autogestão regular da asma com o diário de asma, folheto e CD sobre asma e um medidor de fluxo de pico. O folheto forneceu informações sobre o cuidado de crianças asmáticas e lista de recursos para grupos de apoio social.</p> <p>Primeira sessão – Identificar a família (escuta ativa, facilitar o compartilhamento, priorizar as necessidades da família).</p> <p>Segunda Sessão – Problemas e conflitos na família.</p> <p>Terceira Sessão – Engajamento no diálogo e no pensamento crítico (tomada de decisão, avaliação dos benefícios e as barreiras das soluções, reforço da gestão familiar da asma).</p> <p>Quarta sessão – Aplicar conhecimento e atuação (compartilhar experiências de atuação, percepção da nova família e resumo).</p>
Duração da intervenção	6 semanas	4 a 6 reuniões conduzidas nas casas dos participantes durante um período de 4 meses.	4 sessões de tratamento. O programa foi projetado para adaptar as intervenções para cada família individualmente.

Profissionais envolvidos	2 médicos, 2 enfermeiras e 1 terapeuta respiratório do hospital onde era realizado o programa, junto com um farmacêutico da comunidade.	Counselors treinados no campo da asma, uma pessoa pós-doutorado em psicologia e um terapeuta respiratório.	O material foi editado por médicos especialistas em asma e enfermeiros. Programa conduzido pelo primeiro autor, com experiência em clínica pediátrica.
Instrumentos (medida estresse)	Index of Family Relations (IFR) Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III)	Parenting Stress Index–Short Form (PSI-SF) Crisis in Family Systems-Revised (CRISYS-R) Brief Symptom Inventory (BSI) O PSI-SF e o CRISYS-R foram aplicados a todos os participantes entrevistados; o BSI somente se não cumprissem a elegibilidade do estresse com base nas outras medidas (cuidadores que atendiam o critério de elegibilidade ao estresse T score \geq percentil 90 no PSI-SF ou uma pontuação elevada no CRISYS-R).	Parental Stress Index (PSI)
Avaliações	Pré-teste Pós-teste	Início do programa Pós-intervenção Follow-up 6 meses após a intervenção	Pré-teste (recrutamento) Pós-teste (após 3 meses da intervenção) Follow-up após 1 ano
Resultados – estresse	Não foram encontradas diferenças nos níveis de estresse familiar, coesão e adaptabilidade familiar e coping. Não houve diferenças significativas entre famílias do grupo de intervenção e os 2 outros grupos no pós-teste, no que diz respeito a características do estresse familiar e coping.	Houve redução no estresse do cuidador. Os participantes tiveram ganhos significativos desde o baseline, para o pós, e da baseline para o follow-up aos 6 meses no nível de estresse dos cuidadores, mas a variável do grupo de intervenção não contribuiu com variância adicional significativa.	O programa diminuiu os níveis de estresse. Houve redução significativa no estresse parental. O score médio do PSI foi significativamente reduzido do baseline para três meses e para um ano no grupo experimental, em relação ao grupo de comparação medido nos mesmos tempos.
Resultados – gerais	Os pais tiveram um aumento do conhecimento geral sobre asma e capacidade para ajudar a criança a gerenciar a asma.	Os participantes em ambos os grupos demonstraram melhorias na gestão da asma e funcionamento familiar.	O programa aumentou a função familiar (coesão, expressão, solução de conflitos e independência).

Dos 3 artigos incluídos, 1 apresentou intervenção envolvendo apenas a família e 2 intervenções para famílias e crianças. Todos os artigos demonstraram aumento em medidas relacionadas à família (função familiar, gestão e conhecimento da asma) e 2 deles apresentaram também redução do nível estresse.

DISCUSSÃO

Todos os artigos analisados apresentaram em suas intervenções informações sobre a asma, o que demonstrou em seus resultados um aumento do conhecimento e habilidades para o gerenciamento. Vários autores apontam a importância da inclusão de informações sobre a doença numa intervenção para famílias de crianças com doença crônica. Segundo Mullins et al. (2007), é fundamental que os pais tenham informação sobre a doença, pois a falta dessa informação é um dos fatores que pode gerar incerteza, o que poderá contribuir para o estresse da família. Zhang et al. (2005) acrescentam que se a informação e a comunicação entre médicos e pais forem inadequadas, ocorrem dificuldades na compreensão do caráter crônico da doença, levando ao descontentamento e abandono do tratamento da criança. Dessa forma, tanto a ausência como dificuldades em relação às informações comprometem a atuação dos cuidadores, podendo se tornar uma fonte geradora de estresse.

Dos estudos que foram analisados, além de incluírem informações sobre a doença, dois deles indicaram a atenuação do estresse parental/familiar como um dos seus objetivos. Esses estudos tiveram como resultado, além do aumento do conhecimento da asma, a diminuição dos níveis de estresse. O estudo que apresentou como objetivo primário apenas a aquisição de conhecimentos sobre a asma e habilidades de gerenciamento da doença, não apresentou diminuição nos níveis de estresse. Apesar da importância destacada do conhecimento e gestão da asma infantil pela família, a análise dos estudos demonstra que facilitar o conhecimento e a gestão da asma infantil é um fator importante, porém, não é suficiente para reduzir o nível de estresse familiar.

Com relação ao conteúdo dos programas, um deles apresentou informações sobre o manejo da asma e módulos sobre questões psicossociais (tendo um módulo específico optativo sobre estresse), outra teve como objetivo a capacitação familiar para pais sobre estresse parental, função familiar e autogestão da asma e a terceira focou a educação sobre a asma, cooperação pais-filhos e autoestima. Os resultados de diminuição do estresse foram apresentados nas duas intervenções que incluíam informações sobre a doença e conteúdos direcionados ao tema estresse. Dessa forma, podemos supor que as intervenções com abordagem psicoeducativa, isso é,

intervenções que proporcionaram o suporte informativo, além do suporte emocional com a problemática também do estresse, foram mais eficazes na diminuição desses níveis. Segundo Herman e Miyazaki (2007), a realização de programas de intervenção psicoeducativos é capaz de favorecer mudanças no repertório comportamental dos pais e, como consequência, no comportamento da criança.

Com relação aos instrumentos de medição do estresse, os dois estudos que apresentaram resultados positivos utilizaram medida de estresse parental (PSI e PSI-SF), sendo que um dos estudos incluiu mais dois instrumentos relacionados ao estresse (CRISYS-R e BSI). O estudo que não apresentou alterações no resultado utilizou dois instrumentos de estresse familiar (IFR e FACES III). Vale ressaltar a diferença dos instrumentos utilizados para a avaliação dos níveis de estresse. Enquanto o PSI tem como objetivo definir os níveis de estresse parental, o IFR e o FACES III são instrumentos que oferecem medidas familiares.

Apesar do pequeno número de artigos encontrados, dois dos três estudos apresentaram resultados positivos em relação aos níveis de estresse após a realização das intervenções. Esse número reforça a necessidade de novos estudos sobre esse tema, além de trabalhos que sublinhem a eficácia de intervenções com familiares de crianças com asma e que averiguem o estresse particular.

Vale ressaltar que famílias que convivem com crianças asmáticas podem ter na doença uma fonte geradora de estresse que afeta o desenvolvimento da criança e os integrantes da família (Castro & Piccinini, 2002), e que vários fatores podem influenciar na situação de cuidar de uma criança. Dessa forma, o estresse ocorre num contexto muito mais amplo e níveis elevados de estresse podem comprometer o funcionamento familiar, resultando em consequências negativas, tanto para as crianças, para os pais e cuidadores, como para toda a família (Ribeiro, Porto, & Vandenberghe, 2013).

REFERÊNCIAS

Campos, H. S., & Lemos, A. C. M. (2009). A asma e a DPOC na visão do pneumologista. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(4), 301-309.

- Carson, D. K., Council, J. R., & Schauer, R. W. (1991). The effectiveness of a family asthma program for children and parents. *Child Health Care, Spring, 20*(2), 114-119. doi: 10.1207/s15326888chc2002_7
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: Algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(3), 625-635.
- Celano, M. P., Holsey, C. N., & Kobrynski, L. J. (2012). Home-Based Family Intervention for Low-Income Children With Asthma: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Family Psychology, 26*(2), 171-178.
- Cohen, M. H. (1993). The unknown and the unknowable: Managing sustained uncertainty. *Western Journal of Nursing Research, 15*(1), 77-96. <http://dx.doi.org/10.1177/019394599301500106>
- Fernandes, A. G. O., Souza-Machado, C., Souza-Machado, A., & Cruz, A. A. (2013). Fatores de risco para morte por asma. *Brazilian Journal of Allergy and Immunology, 1*(3), 143-148.
- Frota, M. A., Martins, M. C., & Santos, R. C. A. N. (2008). Significados culturais da asma infantil. *Revista de Saúde Pública, 42*(3), 512-516.
- Herman, A. R. S., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Intervenção psicoeducacional em cuidador de criança com câncer: Relato de caso. *Arquivos de Ciências da Saúde, 14*(4), 238-244.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2003). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicação Clínica* (3ª ed., pp. 17-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, M. A., & Cairo, S. (2013). Estresse e Asma na Infância e Adolescência. *Pulmão RJ, 22*(3), 43-47.
- Mocelin, H., & Sant'Anna, C. C. (2002). *Asma Pediátrica: Corticoterapia na asma infantil – Mitos e fatos*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cursos/asma/asma_pediatica02.pdf
- Mullins, L. L., Wolfe-Christensen, C., Pai, A. L. H., Carpentier, M. Y., Gillaspay, S., Cheek, J., & Page, M. (2007). The Relationship of Parental Overprotection, Perceived Child Vulnerability, and Parenting Stress to Uncertainty in Youth with Chronic Illness. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(8), 973-982. doi: 10.1093/jpepsy/jsm044
- Ribeiro, M. F. M., Porto, C. C., & Vandenberghe, L. (2013). Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: Revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(6), 1705-1715.

- Salomão Júnior, J. B., Miyazaki, M. C. O. S., Cordeiro, J. A., Domingos, N. A. M., & Valerio, N. I. (2008). Asma, competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes. *Estudos de Psicologia Campinas*, 25(2), 185-192.
- Sant'Anna, C. C., & March, M. F. B. P. (2008). Asma na Infância. *Pulmão RJ, Supl 1*, S38-S41.
- Silva, E. M., & Silva, G. A. (2013). Mortalidade relacionada à asma no Município do Rio de Janeiro, Brasil, no período de 2000-2009: Análise de causas múltiplas. *Caderno de Saúde Pública*, 29(4), 667-680.
- Solé, D., & Camelo-Nunes I. C. (2008). A Dimensão do problema da asma e da rinite alérgica no Brasil: Prevalência, hospitalizações e mortalidade. *Gazeta Médica da Bahia*, 78 (Supl 2), 3-10.
- Souza, P. G., Sant'Anna, C. C., & March, M. F. B. P. (2011). Qualidade de vida na asma pediátrica: Revisão da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(4), 640-644.
- Teixeira N. A. (2003). Stress psicológico e asma. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicação Clínica* (3ª ed., pp. 107-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trinca, M. A., Bicudo I. M. P., & Pelicioni M. C. F. (2011). A interferência da asma no cotidiano das crianças. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(1), 70-84.
- Wood B. L., Miller B. D., & Lehman H. K. (2015). Review of Family Relational Stress and Pediatric Asthma: The Value of Biopsychosocial Systemic Models. *Family Process*, 54, 376-389. doi:10.1111/famp.12139.
- Yeh H. Y., Ma W. F., Huang J. L., Hsueh K. C., & Chiang L. C. (2016). Evaluating the effectiveness of a family empowerment program on family function of children with asthma: A randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 133-144. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.013>.
- Zhang L., Costa M. G., Ávila L. H., Bonfanti T., & Ferruzzi E. H. (2005). Conhecimentos de pais de crianças asmáticas sobre a doença no momento da admissão em serviço especializado. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(6), 342-347.

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO IPOP-A

Sara Bailote Silva¹ (✉ sarabailote@hotmail.com), Marta Pedreira¹, & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ²ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

A perturbação de personalidade é um padrão estável de experiência interna e de comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura; é global, inflexível e principia na adolescência ou no início da idade adulta, sendo estável ao longo do tempo e originando sofrimento ou incapacidade (DSM-V; American Psychiatric Association [APA], 2014).

No caso dos adolescentes torna-se difícil de diagnosticar a perturbação de personalidade, pois nesta fase a mente do jovem procura constantemente a liberdade, o êxito, a aprovação dos outros, o reconhecimento e a prática de um novo modo de vida, configurando a iniciação de novos hábitos, atividades e valores que conduzem à integração e à adaptação na sociedade. Deste modo, surge o desejo de correr riscos e imitar algo que os cativa fortemente, como forma de afirmação e de reagir ao sentimento de inferioridade em relação ao adulto, o que por vezes, pode ser confundido com sintomas patológicos (Cole & Cole, 2003).

O diagnóstico de perturbação de personalidade na adolescência, durante muito tempo, foi algo controverso, o que levou a prevalecer a existência de estudos na população adulta (Marcelli & Braconnier, 2013). Atualmente, com a concordância face ao diagnóstico nesta fase de desenvolvimento, verifica-se uma lacuna do número de investigações, particularmente sobre os instrumentos de avaliação. A tendência é adaptar da população adulta, focada na avaliação de uma determinada perturbação de personalidade e estruturados com base numa perspetiva categorial (Haslam, 2003; Livesley, 2007). Perante os resultados das investigações recentes, verifica-se que a perspetiva dimensional assume uma maior relevância na compreensão das perturbações de personalidade na adolescência, sendo de extrema

importância que os instrumentos estejam diretamente ligados a esta mudança de perspectiva (Buica, Mihai, Tocaci, & Rad, 2015).

Neste âmbito, têm sido realizados trabalhos significativos, como a *Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A)* (Ammaniti et al., 2011), que tem como objetivo conhecer melhor a capacidade de avaliação sobre a presença de perturbação de personalidade na adolescência. O ponto de partida é uma compreensão integrativa da organização da personalidade nesta faixa etária, pelo que é necessário ampliar os trabalhos realizados e aprofundar o estudo sobre a capacidade de avaliar a personalidade na adolescência.

O propósito deste trabalho insere-se nesta problemática e tem como principal objetivo avaliar se a versão portuguesa da IPOP-A (Ammaniti et al., 2011) se revela uma ferramenta válida e fiável para diferenciar um adolescente com perturbação de personalidade de um adolescente com uma personalidade normativa.

MÉTODO

Através de um estudo descritivo, exploratório e comparativo, pretende-se verificar como se comporta um instrumento adaptado para a população portuguesa, estabelecendo critérios de validade, através da análise de respostas de uma amostra clínica e de uma amostra comunitária.

Participantes

A amostra total é constituída por 44 adolescentes, dos quais 22 correspondem à população clínica e os restantes 22 corresponde à população comunitária. A população clínica é composta por adolescentes de ambos os sexos que estão a ser seguidos a nível psiquiátrico e/ou psicológico na Unidade de Pedopsiquiatria (UP) do Hospital Garcia da Orta (HGO). A idade dos participantes varia entre os 13 e 18 anos, sendo a média de 15 anos de idade ($DP=1.60$). Entre os eventos stressantes mais referidos, destacam-se: o divórcio/separação dos pais, a doença do próprio ou de um familiar e as dificuldades na dinâmica familiar.

A população comunitária é composta por adolescentes de ambos os sexos, residentes na região do Algarve, que frequentam o ensino básico e/ou secundário. A idade dos participantes varia entre os 13 e os 18 anos, com uma média de 16 anos de idade ($DP=1.71$). Entre os eventos stressantes referidos pelos participantes, destacam-se: a doença do próprio ou de um familiar, o divórcio/separação dos pais e as dificuldades na dinâmica familiar.

Procedimento

O presente trabalho insere-se num projeto de investigação que decorreu no centro de investigação *William James Research Center* do ISPA-IU em parceria com o Hospital Garcia da Horta. O projeto é designado por PAPA (Psicopatologia e Ajustamento Psicológico). Neste âmbito, foi estabelecido contacto com os autores da IPOP-A (Ammaniti et al., 2012), explicando o objetivo da investigação e solicitando autorização para utilizar a entrevista e respetivo manual de cotação.

Seguidamente foi realizada a tradução da entrevista para língua portuguesa de forma a adequar-se à população do estudo. Após a elaboração do consentimento informado e do questionário sociodemográfico deu-se início à recolha dos dados. O contacto com os participantes resultou de um processo de amostragem não probabilística, de conveniência que ocorreu entre dezembro de 2015 e março de 2016.

A participação do estudo foi dividida em três etapas num único encontro. A primeira etapa consistiu na apresentação do consentimento informado, a segunda etapa no preenchimento do questionário sociodemográfico e por último a realização da entrevista. O consentimento informado esclarecia qual o tipo de formato da participação e qual o tempo exetável relativamente à duração do mesmo. Reforçava-se a ideia de que o participante tinha direito a interromper ou desistir a qualquer momento sem existir qualquer dano para o próprio. Garantia-se a confidencialidade bem como o anonimato durante todo o estudo, incluindo a fase de tratamentos de dados.

Após a recolha de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra. Para assegurar o critério de anonimato dos participantes cada entrevista foi designada por um código numérico. O material foi analisado de acordo com a técnica de tratamento de dados designada por análise de conteúdo e

com base no manual de codificação elaborado pelos seus autores (Ammaniti et al., 2011).

Material

O questionário sociodemográfico foi elaborado especificamente para esta investigação e tem como objetivo obter um conjunto de informações determinantes para a caracterização da amostra. Este instrumento permite identificar o sexo, a idade, as habilitações literárias, a tipologia familiar, a existência ou não de um relacionamento amoroso e os acontecimentos de vida significativos, como sejam: doença do próprio ou de um familiar, divórcio/separação dos pais, morte dos pais/cuidadores, adoção, institucionalização, maus-tratos, abandono, abuso sexual e dificuldades na dinâmica familiar.

A IPOP-A (Ammaniti et al., 2012) é uma entrevista semiestruturada dirigida a adolescentes (entre os 13 e 21 anos). É constituída por 42 questões que avaliam três dimensões específicas: Consolidação da identidade, Qualidade das relações de objeto e Regulação afetiva. As questões referentes à dimensão da consolidação da identidade remetem para a diferença entre a crise de identidade normal e a difusão de identidade e avalia as questões relacionadas com a consolidação da identidade, a representação de si e de outras pessoas significativas, a autoestima, a integração de mudanças corporais e sexuais, a capacidade de investimento escolar e de lazer, e os objetivos e ambições futuras. As questões referentes à dimensão da qualidade das relações com o objeto avaliam a qualidade do funcionamento interpessoal com os colegas, os cuidadores e as relações amorosas. Por fim, a regulação afetiva está relacionada com a capacidade de identificar, experienciar e modular as experiências afetivas como sejam raiva, vergonha, culpa, entre outros (Ammaniti et al, 2012; Ammaniti et al., 2015).

Tratamento dos dados

A fase de tratamento de dados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo, segundo o manual de codificação proposto pelos autores (Ammaniti et al, 2011). O manual de codificação divide os adolescentes

em 3 faixas etárias *early adolescence* (12-15), *middle adolescence* (16-18) e *late adolescence* (19-21), esta divisão é feita para que se possa atribuir a cotação daquilo que é esperado (ou não) para cada faixa etária. O valor 0 corresponde a aspetos saudáveis, o 1 a dificuldades moderadas, o 2 a dificuldades de elevado risco e o 9 a ausência de resposta.

RESULTADOS

A análise dos dados revelou que as três dimensões que compõem o instrumento seguem uma distribuição aproximadamente normal e apresentam uma consistência interna satisfatória.

Como referido anteriormente pretendeu-se verificar se a IPOP-A tem capacidade para diferenciar um adolescente com perturbação de personalidade de um adolescente com uma personalidade normativa, no que diz respeito à Consolidação da identidade, Qualidade das relações com o objeto e Regulação afetiva. Assim, começou por se analisar qual das dimensões se encontra mais comprometida, em ambos os grupos, tendo-se verificado que é a Consolidação da identidade.

Após a verificação da presença de todos os pressupostos necessários para que a análise dos dados pudesse prosseguir, realizou-se uma comparação inter e intra grupos, recorrendo-se para o efeito a testes paramétricos de diferenças de médias. Assim, num primeiro momento foram comparadas as dimensões da IPOP-A entre o Grupo clínico e o Grupo comunitário e posteriormente a comparação das mesmas em função do sexo, idade, habilitações literárias e tipo de família dentro de cada grupo.

O teste *t-student* para amostras independentes revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da IPOP-A em função do grupo a que os adolescentes pertencem [Consolidação da identidade: $t_{(42)}=4.322$, $p<0.001$; Qualidade das relações com o objeto: $t_{(42)}=2.941$, $p=0.005$; Regulação afetiva: $t_{(42)}=2.288$, $p=0.027$], sendo os resultados médios dos adolescentes pertencentes ao Grupo clínico superiores aos dos adolescentes pertencentes ao Grupo comunitário.

Procurou-se, ainda verificar se o número de eventos stressantes difere em função do grupo de pertença dos adolescentes, tendo-se constatado que 17 sujeitos nunca experienciou um acontecimento causador de *stress*. Também foi possível constatar que os jovens pertencentes ao Grupo clínico apresentam um maior número de eventos stressantes que os jovens do Grupo comunitário, sendo o acontecimento mais referido o que diz respeito ao Divórcio/separação dos pais.

Verificou-se, ainda, que não existem diferenças significativas no Grupo comunitário em função do sexo, da idade e das habilitações literárias, apesar de serem os adolescentes do sexo feminino; os que têm idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos; e os que possuem habilitações literárias ao nível do Ensino secundário que apresentam valores mais elevados nas dimensões Consolidação da identidade e Qualidade das relações com o objeto. Por outro lado, são os adolescentes do sexo masculino; os que têm idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos; e os que frequentam o ensino básico que apresentam valores médios superiores na dimensão Regulação afetiva.

Os resultados obtidos, no Grupo clínico, demonstram a existência de diferenças significativas na Qualidade das relações com o objeto em função do tipo de família [$F_{(2,19)}=5.423, p=0.014$]. Uma análise *post-hoc* revelou que essas diferenças ocorrem entre a família do tipo Nuclear e o tipo Monoparental. Relativamente ao Grupo comunitário não se verificaram diferenças significativas em função do tipo de família. Todavia, os adolescentes cujas famílias não são do tipo nuclear, nem monoparental apresentam resultados médios mais elevados em todas as dimensões.

DISCUSSÃO

A perturbação de personalidade é um padrão estável de experiência interna e de comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura; é global, inflexível e principia na adolescência ou no início da idade adulta, sendo estável ao longo do tempo e originando sofrimento ou incapacidade (DSM-V; APA, 2014). No caso dos adolescentes torna-se difícil de diagnosticar, porque a adolescência é

um tempo de crescimento que se caracteriza por profundas mudanças físicas, emocionais e sociais, cujo efeito se reflete nas relações com eles próprios, com os seus amigos, as suas famílias e com a sociedade em geral (Cerqueira-Santos, Neto, & Koller, 2014).

É na adolescência que os indivíduos constroem a sua identidade, de acordo com o que são no presente e desejam vir a ser no futuro, de forma a garantir um vínculo com a sociedade em que vivem. Esta fase é, ainda, caracterizada pela qualidade das relações com o objeto, que remete para a qualidade do relacionamento com a família, os amigos e a interação com o meio em que os jovens se encontram inseridos (e.g., escola, instituições culturais, sociedade).

A Consolidação da identidade, a Qualidade das relações com o objeto e a Regulação afetiva são a base da IPOP-A, uma entrevista semiestruturada desenvolvida por Ammaniti e colaboradores (2012), que visa avaliar a personalidade dos adolescentes e cuja versão portuguesa revela adequadas características psicométricas, pelo que pode ser considerada uma ferramenta válida para diferenciar os adolescentes com perturbação de personalidade dos adolescentes com uma personalidade normativa.

Como limitações do presente estudo reportamos a dimensão da entrevista e a morosidade da sua aplicação (entre 50 a 90 minutos) o que, por vezes, levou à saturação e insatisfação por parte dos participantes. Também é de sublinhar que a população do Grupo clínico é proveniente de Lisboa e a do Grupo comunitário da região do Algarve, o que transporta consigo o inconveniente de serem ambientes culturais distintos.

Reconhecendo que este estudo não permite tirar conclusões ou dar respostas definitivas, consideramos, que poderá dar algum contributo a esta reflexão em torno da validação da IPOP-A para a população (adolescente) portuguesa.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Ammaniti, M., Fontana, A., Clarkin, A., Nicolais, G., & Kernberg, O. (2012). *Assessment of Adolescent Personality Disorders Through the Interview of*

Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): Clinical and Theoretical Implications. *Adolescent Psychiatry*, 2(1), 36-45. doi: 10.2174/2210676611202010036

Ammaniti, M., Fontana, A., Kernberg, O., Clarkin, J., & Clarkin, A. (2011). *Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A)*: Rome: Department of Dynamic and Clinical Psychology & New York: Personality Disorder Institute, Weill Medical College. Unpublished Manuscript.

Ammaniti, M., Fontana, A., & Nicolais, G. (2015). Borderline Personality Disorder in Adolescence Through the Lens of the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): *Clinical Use and Implications*. *Journal of Infant, Child, and Adolescence Psychotherapy*, 14(1), 82-97. doi: 10.1080/15289168.2015.1003722

Buica, A., Mihai, G., Tocaci, G., & Rad, F. (2015). Constancy of personality disorders in adolescents. *Romanian Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 3(1), 23-27.

Cerqueira-Santos, E., Neto, O., & Koller, S. (2014). Adolescentes e Adolescências. In L. Habigzang, E. Diniz, & S. Koller (Eds.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. (pp. 17-29). Porto Alegre: Artmed.

Cole, M., & Cole, S. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Artmed.

Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: the taximetric evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 696-704. doi: 10.1080/j.1440-1614.2003.01258.x

Livesley, W. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of personality disorders*, 21(2), 199. doi: 10.1521/pedi.2007.21.2.199

Marcelli, D., & Braconnier, A. (2013). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson.

DIFERENÇAS DE GÉNERO NO BEM-ESTAR SEXUAL EM IDOSOS

Sara Silva¹ (✉ ssapesi@hotmail.com), Sofia von Humboldt², & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ²ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

O bem-estar sexual (BES) refere-se à avaliação individual, cognitiva e afetiva dos diferentes domínios da sexualidade, mas para melhor entender este conceito é importante ter em conta os conteúdos que o constituem, como os comportamentos sexuais (atividades sexuais, e.g., masturbação), a afetividade e as cognições sexuais (autoconfiança sexual, atitudes sexuais e satisfação sexual), a motivação sexual (e.g., interesse sexual) e o funcionamento sexual (e.g., disfunções ou dificuldades sexuais) (Santos-Iglesias, Byers, & Moglia, 2016). O facto deste construto ser considerado um conceito vasto e prolongado, torna difícil a construção de um instrumento de avaliação que seja global e abranja todas as suas áreas de estudo em ambos os sexos, na maior parte dos estudos realizados até à atualidade, são utilizados métodos qualitativos, como é o caso da entrevista, tal como ocorre no estudo de Von Humboldt, Leal e Monteiro (2016).

Num estudo realizado por Bastos e colegas (2012), com 1078 idosos de nacionalidade brasileira, foi avaliado a importância das relações sexuais, sendo que 542 sujeitos relataram que consideravam as relações sexuais como “muito importantes” ou “importantes”, sendo 16,6% do sexo masculino e 7% do sexo feminino, por sua vez, 30,3% dos homens e 47,2% das mulheres relataram o sexo como sendo “pouco importante”. Outro estudo, realizado por Gott e Hinchliff (2003), foram recolhidas 44 entrevistas, sendo que 6 mulheres e 3 homens avaliaram as relações sexuais como “não importantes”, representando 20,4% da amostra, sendo que destes participantes 8 seriam viúvos ou divorciados. Por sua vez, 15 participantes classificaram a relação sexual como “moderadamente importante”, os restantes classificaram o sexo como “muito importante” ou extremamente

importante”, no entanto, a maior parte destes participantes associava a importância da relação sexual ao afeto e proximidade com o companheiro.

Num estudo focado na faixa etária dos 80 aos 102 anos foram recolhidos dados de 202 participantes, 100 homens e 102 mulheres, foi observado que 19% dos homens e 12% das mulheres referiam ter fantasias, de forma frequente, sobre envolverem-se de forma íntima e próxima com o sexo oposto, sendo que 66% dos homens e 38% das mulheres, referiram que a prática sexual faria parte das suas vidas, sendo importante para a vida presente (Bretschneider & McCoy, 1988). O estudo presente surge no decorrer da investigação baseada no conceito de bem-estar sexual e tem como objetivo analisar se existem diferenças de género nas diferentes variáveis que constituem o bem-estar sexual.

MÉTODO

Participantes

A amostra constitui-se por 121 participantes, com idades entre os 65 e os 88 anos ($M=72.71$; $SD= 6.05$), sendo 54,5% do sexo feminino, 44.6% são viúvos, 36.4% são casados ou estão em união de facto, e 11.6% são divorciados. Cerca de metade dos participantes frequentaram o Ensino Secundário (45.5%), os restantes frequentaram o Ensino Primário (35.5%) e o Ensino Superior (9.9%), sendo que apenas 7.4% da amostra revelou ser analfabeta. A maioria dos participantes revelaram ser autónomos (50.4%) ou viverem com o respetivo cônjuge (38.8%). Cerca de 91% da amostra revelou não ter sido sujeita a nenhum tratamento ou terapia sexual no último ano, no entanto, das disfunções sexuais reportadas, a Dispareunia (2.5%) e a Disfunção Erétil (2.5%), foram as que foram mais frequentes. A recolha de dados ocorreu em centros de dia, universidades sénior e farmácias, nos conselhos de Almada e de Lisboa.

Material

Com base no estudo de Von Humboldt, Leal e Monteiro (2016) foram selecionados 5 fatores que definem e constituem o BES: a Importância das

relações sexuais, o Desejo Sexual, a Atração física pelo outro, a Intimidade com o parceiro e a Satisfação emocional. Neste sentido, recorreu-se ao instrumento MMSE, como critério de exclusão, sendo ainda utilizado 3 escalas diferentes a EVASI, EASAVIC e ETAS-R. O Mini-exame do estado mental, fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, a sua pontuação varia entre 0 (maior grau de comprometimento cognitivo) e 30 (melhor capacidade cognitiva). Por sua vez, a escala de vivências afetivas e sexuais do idoso (EVASI) avalia as vivências sexuais dos idosos, sendo constituída por 38 itens, com uma consistência interna entre 0.71 e 0.96 (Vieira & Coutinho, 2013). Apenas serão utilizados os itens 9, 10, 20 e 32, para avaliar a “Importância da relação sexual”.

A Escala de autoavaliação da satisfação conjugal (EASAVIC), representa a avaliação pessoal e subjetiva da conjugalidade, com 44 itens, tendo intercorrelações nas duas dimensões variando entre 0.34 e 0.87, com Validade Concorrente entre -0.43 e 0.73, e com consistência interna entre 0.90 e 0.97 (Narciso & Costa, 1996). Apenas serão utilizadas 3 áreas, a “Sexualidade”, a “Intimidade Emocional” e “Sentimentos e expressão de Sentimento”, para avaliar o “Desejo Sexual” e a “Satisfação Emocional”. A versão reduzida da escala Triangular do amor de Sternberg (ETAS-R), revelou 3 dimensões, com coeficientes de confiabilidade superiores a 0.80, com consistência interna entre 0.80 e 0.92, com correlações entre itens entre 0.14 e 0.77, e por fim, com correlações entre as dimensões entre 0.58 e 0.67, revelando uma correlação moderada forte (Gouveia, Fonseca, Cavalcanti, Diniz, & Dória, 2009). Apenas será utilizado as dimensões “paixão” e “intimidade”, para avaliar a “Atratividade física pelo outro” e a “Intimidade com o parceiro”.

Procedimento

Para a administração do protocolo, foram contactadas as instituições do concelho de Almada e de Lisboa. Aquando a autorização, foram estabelecidas datas previstas para ocorrer a recolha de dados. Foi entregue o consentimento informado e informado do direito ao anonimato e do poder de decisão na participação e interrupção do preenchimento caso surgisse algum desconforto.

RESULTADOS

Para assegurar que as 5 variáveis selecionadas são representativas do conceito a ser avaliado, o bem-estar sexual, foi realizada uma análise fatorial confirmatória, avaliando a qualidade de ajustamento do modelo proposto, podendo prosseguir-se a análise do modelo, após verificar a adequabilidade da base de dados e do modelo em si (Filho & Júnior, 2010). O modelo fatorial da BES original ajustado a uma amostra de 121 participantes revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2/df=3.072$; $CFI=0.803$; $GFI=0.584$; $NFI=0.735$; $TLI=0.785$; $PGFI=0.505$; $PCFI=0.737$; $RMSEA=0.131$). Depois de eliminados os itens E2, E4, E5, EA9, EA11, EA12, EA17, EA18, EA19, ET2, ET3 e ET7, cujos índices de modificação sugeriam saturação em fatores diferentes dos sugeridos na versão original, e por sua vez, correlacionados os erros e8 e e10, e13 e e14, e18 e e19, e19 e e21, foi possível obter os índices e estatísticas de ajustamento do novo modelo ($\chi^2/df=1.983$; $CFI=0.934$; $GFI=0.795$; $NFI=0.876$; $TLI=0.923$; $PGFI=0.629$; $PCFI=0.808$; $RMSEA=0.091$). É possível observar que o índice GFI , apresenta um valor menor que 0.9, indicando um mau ajustamento dos dados, no entanto, é necessário ter em conta que este índice tem tendência a aumentar com o aumento da dimensão da amostra e com o número de variáveis no modelo, por sua vez o índice $RMSEA$, apresenta um valor entre 0.08 e 0.10, indicando um ajustamento considerado medíocre, no entanto, estes critérios podem não ser os adequados, devido a este índice ser sobrestimado para amostras pequenas e para modelos com poucos graus de liberdade, favorecendo modelos mais complexos (Marôco, 2014). Neste sentido, é possível referir que existe uma qualidade de ajustamento aceitável, com limitações, devido principalmente à amostra ter dimensões reduzidas, como tal, prossegue-se com a análise através do modelo modificado.

Para avaliar o objetivo, recorreu-se ao teste t -Student, para amostras independentes. Não foi verificada a distribuição normal, pelo teste Kolmogorov-Sminorv, mas de acordo com o teorema do limite central, assume-se que em amostras superiores a 25-30, a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal (Marôco, 2014). Ao se observar os valores de assimetria e de curtose, é possível se verificar o pressuposto, por sua vez, verifica-se a homogeneidade de variâncias em

todos os grupos, através do teste de Levene [$F(1,119)=0.172$; $p=0.679$; $F(1,119)=3.664$; $p=0.058$; $F(1,119)=0.468$; $p=0.495$; $F(1,119)=0.013$; $p=0.910$; $F(1,119)=0.391$; $p=0.533$] (Quadro 1). De acordo com o teste *t*-Student, não existem diferenças significativas observadas [$t(119)=0.235$; $p=0.815$; $t(119)=1.545$; $p=0.125$; $t(119)=0.248$; $p=0.805$; $t(119)=0.015$; $p=0.988$; $t(119)=-0.500$; $p=0.618$], como tal, é possível concluir que não existem diferenças entre mulheres e homens nas variáveis do BES.

Quadro 1

Teste t-Student para amostras independentes – Significância da diferença entre o género e as variáveis do BES

	Levene's Test for Eq of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	95% C Interval of the Difference						
			T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Differenc	Std. Error Difference	Lower	Upper
Imp_Sexo	,172	,679	,235	119	,815	,0575	,24513	-,42780	,54295
Sat_Emoc	3,664	,058	1,545	119	,125	,3700	,23947	-,10410	,84425
Des_Sex	,468	,495	,248	119	,805	,0618	,24925	-,43172	,55536
Intim	,013	,910	,015	119	,988	,0030	,20699	-,40683	,41289
Atrac	,391	,533	-,500	119	,618	-,1037	,20774	-,51514	,30756

DISCUSSÃO

Quanto ao objetivo principal, não foi possível observar diferenças significativas entre género, no entanto, estes resultados vêm contrariar alguns estudos enunciados. Nos estudos de Bastos e colegas (2012) e Gott e Hinchliff (2003), averiguou-se a existência de diferenças entre homens e mulheres na importância da relação sexual, no entanto, os instrumentos de avaliação diferenciam-se dos utilizados neste estudo, utilizando-se questões únicas ou entrevistas, através de métodos qualitativos, por sua vez, a amostra do estudo compreende uma faixa etária entre os 30 e os 92 anos, não tendo um foco na adultícia avançada. Num estudo longitudinal realizado por Lee, Nazroo, O'Connor, Blake e Pendleton (2016), observou-se que numa amostra de 6201 participantes ($M=66.9$, $SD=9.0$), 55.7% eram mulheres, tendo-se averiguado diferenças de género, isto é, as

mulheres consideraram a relação sexual como menos importante para a sua vida do que os homens.

A variável “satisfação emocional” também não revelou diferenças significativas, não indo ao encontro dos resultados do estudo de Laumann e colegas (2005), pois averiguou-se que os homens teriam uma maior satisfação emocional do que as mulheres, tendo-se observado os mesmos resultados em três grupos culturais diferentes. No entanto, é preciso ter em conta que este estudo incorpora uma faixa etária diferente (40 aos 80 anos), incluindo indivíduos empregados e com dinâmicas familiares distintos, que vem influenciar os resultados obtidos, tal como a própria dimensão da amostra. Não foram verificadas diferenças significativas entre o género no “desejo sexual” e na “intimidade”, vindo a corroborar com os resultados de alguns estudos, como é o caso de DeLamater e Sill (2005), que se verificou que o desejo sexual nos homens se elevava em relação ao das mulheres, por sua vez, no estudo presente averiguou-se o oposto ($Mm=4.382$, $SD=0.164$; $Mh=4.320$, $SD=0.1886$), esta diferença pode-se dever a aspetos culturais, mas também à dimensão da amostra.

No que se refere aos resultados da variável “intimidade”, estes vêm corroborar com o estudo de Müller e colegas (2014), numa amostra de 553 participantes, entre os 63 e 74 anos, sendo 52% do sexo masculino, foi possível averiguar que a intimidade e o afeto têm a mesma importância tanto para homens como mulheres, sendo vivida de forma significativa. No caso da variável “atração física pelo outro”, não foi enunciado nenhum estudo para comparação que avalia a atração entre homens e mulheres, no entanto, para Capodiecici (2000), a idade avançada é vivida a amar de forma mais profunda, conseguindo purificar o amor, que se retrata como mais sensual do que genital, como tal, um olhar ou uma carícia podem valer mais do que muitas declarações de amor ou atrações.

De uma forma global, os homens relatam uma maior atividade sexual, uma maior liberdade nas atitudes sexuais, maiores correlações de prazer, e por fim, uma identidade sexual mais estável do que em comparação com as mulheres, no entanto, segundo Petersen e Hyde (2011), estas diferenças estão a revelar-se cada vez mais pequenas, diminuindo ao longo do tempo. O BES deve ser conceptualizado como um conceito que adquire múltiplos conteúdos, encorajando a investigação a construir modelos que integrem o BES nas variáveis biológicas, psicológicas e interpessoais, como um conceito multifacetado (Graf & Patrick, 2014).

É possível evidenciar algumas limitações, como, a reduzida dimensão da amostra, a redução de participantes de algumas faixas etárias significativas (>85 anos), por sua vez, não foi tido em conta o impacto de vários fatores físicos, como doenças fisiológicas (e.g., diabetes, hipertensão), no funcionamento sexual, na dinâmica relacional e no bem-estar sexual, influenciando a percepção que os participantes teriam da sua sexualidade, por outro lado, a linguagem do questionário poderá ter remetido para as vivências anteriores, enviesando os resultados e a veracidade da análise em questão. Por fim, a inexistência de um instrumento único que avalie o BES, que pode ter afetado a recolha de dados, devido à linguagem remetida para a sexualidade centralizada na vida matrimonial.

Em suma, é possível verificar que não se constataram diferenças entre homens e mulheres no bem-estar sexual, no entanto, este construto permanece pouco explorado, tornando-se pertinente repensá-lo e construir uma medida que ajude a investigação científica a explorar este conceito, que merece ser desmistificado.

REFERÊNCIAS

- Bastos, C. C., Closs, V. E., Pereira, A. M. V. B., Batista, C., Idalêncio, F. A., Carli, G. A., Gomes, I., & Schneider, R. H. (2012). Importância atribuída ao sexo por idosos do município do Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 87-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100010>
- Bretschneider, J. G., & McCoy, N. L. (1988). Sexual interest and behaviour in healthy 80- to 102-year-olds. *Archives of Sexual Behavior*, 17(2), 109-129. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01542662>
- Capodieci, S. (2000). *A idade dos sentimentos: Amor e sexualidade após os sessenta anos*. Bauru, SP: EDUSC.
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, 42, 138-149. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490509552267>
- Filho, D. B. F., & Júnior, J. A. S. (2010). Visão além do alcance: Uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, 16(1), 160-185. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762010000100007>

- Graf, A. S. & Patrick, J. H. (2014). The influence of sexual attitudes on mid-to late-life sexual well-being: Age, not gender, as salient factor. *The International Journal of Aging and Human Development*, 79(1), 55-79. <http://dx.doi.org/10.2190/AG.79.1.c>
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56(8), 1617-1628. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00180-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00180-6)
- Gouveia, V. V., Fonseca, P. N., Cavalcanti, J. P. N., Diniz, P. K. C., & Dória, L. C. (2009). Versão abreviada da Escala Triangular do Amor: Evidências de validade fatorial e consistência interna. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 31-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100005>
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 39-57. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250>
- Lee, D. M., Nazroo, J., O'Connor, D. B., Blake, M., & Pendleton, N. (2016). Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English longitudinal study of ageing. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 133-144. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0465-1>
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações* (2ª ed.). Sintra: ReportNumber.
- Müller, B., Nienaber, C. A., Reis, O., Kropp, P., & Wolfgang, M. (2014). Sexuality and affection among elderly German men and women in long-term relationships: Results of a prospective population-based study. *Open Access Journal PLOS ONE*, 9(11), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0111404>
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Petersen, J. L., & Hyde, J. S. (2011). Gender differences in sexual attitudes and behaviors: A review of meta-analytic results and large datasets. *Journal of Sex Research*, 48 (2-30), 149-165. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.551851>
- Santos-Iglesias, P., Byers, E. S., & Moglia, R. (2016). Sexual well-being of older men and women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(5), 86-98. <http://dx.doi.org/10.3138/cjhs.252-A4>
- Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. L. (2013). Validação da escala de vivências afetivas e sexuais do idoso – EVASI. Comunicação apresentada no III Congresso Internacional de Envelhecimento Humanos, Campinas Grande, Brasil.

Von Humboldt, S., Leal, I., & Monteiro, A. (2016). Are older adults well sexually? Sexual well-being among a cross-national sample of older adults. *Review of European Studies*, 8(1), 134-144. <http://dx.doi.org/10.5539/res.v8n1p134>

FATORES QUE INFLUENCIAM O BEM-ESTAR SEXUAL: ESTUDO EXPLORATÓRIO EM IDOSOS

Sara Silva¹ (✉ ssapesi@hotmail.com), Sofia von Humboldt², & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ²ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

O bem-estar sexual (BES) refere-se de forma mais específica, à avaliação individual, cognitiva e afetiva dos diferentes domínios da sexualidade, como os comportamentos sexuais (masturbação), a afetividade e as cognições sexuais (autoconfiança; satisfação sexual), a motivação sexual (interesse sexual) e o funcionamento sexual (disfunções sexuais) (Santos-Iglesias, Byers, & Moglia, 2016). Apesar de já existirem estudos concebidos, estes mantêm-se focados na visão médica da sexualidade, desenvolvendo tratamentos que abordam o BES apenas nas condições sexuais médicas dos idosos, neste sentido Von Humboldt, Leal e Monteiro (2016) desenvolveram um estudo para compreender como os sêniores perspetivam o BES, utilizando uma amostra de 163 participantes, sendo averiguado que na amostra portuguesa, obteve-se 3 fatores principais, “intimidade, saúde e desejo”, “afetos e bem-estar” e “Atividade sexual”.

A expressão da sexualidade sofre influências de fatores biopsicossociais e as mudanças fisiológicas conduzidas pelo envelhecimento, podem ser suavizadas e vividas de forma mais prazerosa através do exercício físico (Araújo, 2011). Segundo Anderson (1998), as pessoas idosas que praticam exercício físico de forma regular, tendem a manter-se sexualmente ativos, comparativamente com idosos que não se consideram desportistas. Além da prática de atividade física, existem outros fatores que podem influenciar e prever um bem-estar sexual, num estudo realizado por Papaharitou e colegas (2007), com 454 participantes ($M=69.04$ anos; $SD=6.5$), observou-se que em relação à frequência da prática sexual, existia uma correlação significativa com a duração da relação do casamento e o aumento da idade, sendo que a frequência

diminuía com estes dois fatores a aumentarem. Por sua vez, observou-se que existiam uma maior quantidade de homens a relatar interesse sexual, desejo sexual, a ver filmes eróticos e a seduzir a companheira, em comparação com as mulheres. Já no que se refere à idade, verificou-se que os seniores entre os 60 e 68 anos, revelam namorar e ter desejo sexual pelo companheiro, de forma mais frequente, do que os de 69 anos para cima. O nível de educação dos seniores foi outro dos fatores que revelou influências na sexualidade, os participantes que frequentaram a escola primária, relataram ingressar com mais frequência em comportamentos sexuais. Assim, o estudo presente tem como objetivo identificar fatores que possam influenciar o BES e explorar a existência de diferenças nas influências dos fatores no género.

MÉTODO

Participantes

A amostra constitui-se por 121 participantes, com idades entre os 65 e os 88 anos ($M=72.71$; $SD=6.05$), sendo 54,5% do sexo feminino, 44.6% são viúvos, 36.4% são casados ou estão em união de facto, e 11.6% são divorciados. Cerca de metade dos participantes frequentaram o Ensino Secundário (45.5%), os restantes frequentaram o Ensino Primário (35.5%) e o Ensino Superior (9.9%), sendo que apenas 7.4% da amostra revelou ser analfabeta. A maioria dos participantes revelaram ser autónomos (50.4%) ou viverem com o respetivo cônjuge (38.8%). Cerca de 91% da amostra revelou não ter sido sujeita a nenhum tratamento ou terapia sexual no último ano, no entanto, das disfunções sexuais reportadas, a Dispareunia (2.5%) e a Disfunção Erétil (2.5%), foram as que se manifestaram mais frequentemente. A recolha de dados ocorreu em centros de dia, universidades sénior e farmácias, nos conselhos de Almada e de Lisboa.

Material

Com base no estudo de Von Humboldt, Leal e Monteiro (2016) foram selecionados 5 fatores que definem e constituem o BES: a Importância das

relações sexuais, o Desejo Sexual, a Atração física pelo outro, a Intimidade com o parceiro e a Satisfação emocional. Neste sentido, recorreu-se ao instrumento MMSE, como critério de exclusão, sendo ainda utilizado 3 escalas diferentes a EVASI, EASAVIC e ETAS-R. O Mini-exame do estado mental, fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, a sua pontuação varia entre 0 (maior grau de comprometimento cognitivo) e 30 (melhor capacidade cognitiva). Por sua vez, a escala de vivências afetivas e sexuais do idoso (EVASI) avalia as vivências sexuais dos idosos, sendo constituída por 38 itens, com uma consistência interna entre 0.71 e 0.96 (Vieira & Coutinho, 2013). Apenas serão utilizados os itens 9, 10, 20 e 32, para avaliar a “Importância da relação sexual”.

A Escala de autoavaliação da satisfação conjugal (EASAVIC), representa a avaliação pessoal e subjetiva da conjugalidade, com 44 itens, tendo intercorrelações nas duas dimensões variando entre 0.34 e 0.87, com Validade Concorrente entre -0.43 e 0.73, e com consistência interna entre 0.90 e 0.97 (Narciso & Costa, 1996). Apenas serão utilizadas 3 áreas, a “Sexualidade”, a “Intimidade Emocional” e “Sentimentos e expressão de Sentimento”, para avaliar o “Desejo Sexual” e a “Satisfação Emocional”. A versão reduzida da escala Triangular do amor de Sternberg (ETAS-R), revelou 3 dimensões, com coeficientes de confiabilidade superiores a 0.80, com consistência interna entre 0.80 e 0.92, com correlações entre itens entre 0.14 e 0.77, e por fim, com correlações entre as dimensões entre 0.58 e 0.67, revelando uma correlação moderada forte (Gouveia, Fonseca, Cavalcanti, Diniz, & Dória, 2009). Apenas será utilizado as dimensões “paixão” e “intimidade”, para avaliar a “Atratividade física pelo outro” e a “Intimidade com o parceiro”.

Procedimento

Para a administração do protocolo, foram contactadas as instituições do concelho de Almada e de Lisboa. Aquando a autorização, foram estabelecidas datas previstas para ocorrer a recolha de dados. Foi entregue o consentimento informado e informado do direito ao anonimato e do poder de decisão na participação e interrupção do preenchimento caso surgisse algum desconforto.

RESULTADOS

Para assegurar que as 5 variáveis selecionadas são representativas do conceito a ser avaliado, o bem-estar sexual, foi realizada uma análise fatorial confirmatória, avaliando a qualidade de ajustamento do modelo proposto, podendo prosseguir-se a análise do modelo, após verificar a adequabilidade da base de dados e do modelo em si (Filho & Júnior, 2010). O modelo fatorial da BES original ajustado a uma amostra de 121 participantes revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2/df=3.072$; $CFI=0.803$; $GFI=0.584$; $NFI=0.735$; $TLI=0.785$; $PGFI=0.505$; $PCFI=0.737$; $RMSEA=0.131$). Depois de eliminados os itens E2, E4, E5, EA9, EA11, EA12, EA17, EA18, EA19, ET2, ET3 e ET7, cujos índices de modificação sugeriam saturação em fatores diferentes dos sugeridos na versão original, e por sua vez, correlacionados os erros e8 e e10, e13 e e14, e18 e e19, e19 e e21, foi possível obter os índices e estatísticas de ajustamento do novo modelo ($\chi^2/df=1.983$; $CFI=0.934$; $GFI=0.795$; $NFI=0.876$; $TLI=0.923$; $PGFI=0.629$; $PCFI=0.808$; $RMSEA=0.091$). É possível observar que o índice GFI , apresenta um valor menor que 0.9, indicando um mau ajustamento dos dados, no entanto, é necessário ter em conta que este índice tem tendência a aumentar com o aumento da dimensão da amostra e com o número de variáveis no modelo, por sua vez o índice $RMSEA$, apresenta um valor entre 0.08 e 0.10, indicando um ajustamento considerado medíocre, no entanto, estes critérios podem não ser os adequados, devido a este índice ser sobrestimado para amostras pequenas e para modelos com poucos graus de liberdade, favorecendo modelos mais complexos (Marôco, 2014). Neste sentido, é possível referir que existe uma qualidade de ajustamento aceitável, com limitações, devido principalmente à amostra ter dimensões reduzidas, como tal, prossegue-se com a análise através do modelo modificado.

Para avaliar o objetivo principal, realizou-se três regressões lineares múltiplas. Foram averiguados todos os pressupostos, sendo que através da análise dos valores absolutos dos coeficientes de regressão estandardizados é possível concluir que as variáveis *Idade_CAT* e *N. de Filhos_CAT* apresentam as maiores contribuições relativas para explicar o comportamento do BES, como tal, apenas estas duas variáveis afetam significativamente a variável dependente. Deste modo, é possível concluir que quanto

maior a idade e o nº de filhos, maior será os valores do bem-estar sexual (Quadro 1).

Quadro 1

Coefficientes de Regressão Linear

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std.Error	Beta	T		Tolerance	VIF
(Constant)	1,651	,760		2,171	,034		
Idade_CAT	,253	,190	,162	1,329	,189	,829	1,206
N. de filhos_CAT	1,422	,320	,682	4,439	,000	,518	1,929
N. de netos_CAT	-,297	,162	-,259	-1,833	,072	,612	1,635
Hab. Literárias	,111	,110	,123	1,012	,316	,833	1,201
Ag. Familiar	,114	,125	,107	,910	,367	,891	1,122
T. Livres 2	-,026	,077	-,039	-,341	,734	,926	1,080
At. Fisica 2	,162	,237	,087	,683	,498	,752	1,331

a. Dependent Variable: BES

b. Selecting only cases for which Género=Feminino

Na segunda regressão linear averiguou-se que no género feminino, apenas a variável *N. de filhos_CAT* afeta significativamente a variável dependente, sendo possível afirmar que quanto maior o número de filhos, maior será os valores do bem-estar sexual no sexo feminino (Quadro 2).

Quadro 2

Coefficientes de Regressão Linear: Feminino

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std.Error	Beta	T		Tolerance	VIF
(Constant)	2,764	,856		3,229	,002		
Idade_CAT	,492	,205	,298	2,406	,020	,919	1,089
N. de filhos_CAT	,680	,270	,353	2,516	,001	,716	1,396
N. de netos_CAT	,119	,260	,066	,457	,650	,680	1,472
Hab. Literárias	-,096	,204	-,057	-,471	,640	,958	1,044
Ag. Familiar	,145	,221	,080	,657	,514	,948	1,055
T. Livres 2	-,032	,365	-,015	-,089	,930	,498	2,009
At. Fisica 2	-,272	,359	-,125	-,757	,453	,516	1,937

a. Dependent Variable: BES

b. Selecting only cases for which Género=Masculino

Quanto ao género masculino verificou-se que as variáveis *N. de filhos_CAT* e *Idade_CAT* afetam significativamente a variável dependente, no entanto, utilizando a correção de Bonferroni, apenas a variável *N. de filhos_CAT*, é tida como significativa, deste modo, é possível observar que quanto maior o número de filhos, maior será os valores de bem-estar sexual no sexo masculino (Quadro 3).

Quadro 3

Coefficientes de Regressão Linear: Masculino

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients			Collinearity Statistics	
	B	Std.Error	Beta	T	Sig.	Tolerance	VIF
(Constant)	2,362	,537		4,395	,000		
Idade_CAT	,405	,130	,251	3,106	,002	,975	1,026
N. de filhos_CAT	,924	,194	,467	4,757	,000	,662	1,510
N. de netos_CAT	-,095	,132	-,069	-,717	,475	,691	1,448
Hab. Literárias	,053	,096	,045	,550	,583	,941	1,062
Agreg. Familiar	,104	,109	,078	,954	,342	,966	1,035
Tempos Livres 2	-,066	,079	-,068	-,829	,409	,946	1,057
Atividade Fisica2	-,166	,169	-,083	-,985	,327	,889	1,125

a. Dependent Variable: BES

Como tal, pode-se afirmar que tanto o género feminino como o masculino são fortemente influenciados pelo número de filhos, não existindo diferenças de género significativas, na influência dos fatores no BES.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicam que as variáveis *Idade* e o *Número de filhos* afetam significativamente o BES, no caso da variável *Idade*, os resultados obtidos vêm corroborar com vários estudos. Segundo Trompeter, Bettencourt e Barret-Connor (2012), a satisfação sexual aumenta com a idade, por sua vez, noutros estudos averiguou-se que esta diminuía com a idade (Pedersen & Blekesaune, 2003; Træen & Schaller, 2010), tal como no National Social Life, Health, and Aging Project (Waite, Laumann, Das, & Schumm, 2009), maior parte dos idosos até aos 74 anos atribuem

importância aos comportamentos sexuais, no entanto, segundo este estudo dos 75 aos 84 anos esta importância diminui, que vem contra os resultados obtidos, porém, o número de participantes do estudo presente com idade superior a 85 anos, são escassos, como tal as conclusões obtidas não devem ser generalizadas.

Na variável *Número de filhos*, foi possível observar que foi a única variável que influencia significativamente o BES, tanto nas mulheres como nos homens, não existindo diferenças significativas de gênero nos fatores que influencia o BES. Apesar de não existir uma investigação que relacione o BES com esta variável, vários são os estudos que correlacionem a parentalidade com a satisfação marital e o com o bem-estar. Segundo Kim e Hicks (2015) a maior parte das medidas de bem-estar relacionam-se positivamente com o número de filhos, no seu estudo realizado, com 2647 mulheres e 2316 homens, com idades entre 28 e 84 anos ($M=55.4$; $SD=12.4$), que reportaram ter de 0 a 17 filhos, revelou-se que o bem-estar e o número de filhos influenciam-se mutuamente, e que por sua vez, pode prever a procriação de novos membros da família. Apesar do conceito bem-estar não se relacionar diretamente com a sexualidade, o BES, inclui-se dentro do largo conceito que é o bem-estar e a própria qualidade de vida, a sua influência foi testemunhada em várias investigações (Thiele, 2002), como tal, a variável *Número de filhos* que influencia o bem-estar e a qualidade de vida do casal, influencia indiretamente a sexualidade dos sujeitos envolvidos no meio familiar.

Este estudo apresenta algumas limitações, como a reduzida dimensão da amostra, os participantes podem ter sentido alguma pressão para responder, não foi tido em conta o impacto de vários fatores físicos, como doenças fisiológicas, a linguagem do questionário poderá ter remetido para as vivências anteriores, não retratando o bem-estar sexual no presente, e por fim, a inexistência de um instrumento único que avalie o BES. É possível concluir, que não ficou clara a influência do número de filhos no BES dos idosos, no entanto, denotou-se a importância da parentalidade para a adultícia avançada, por sua vez, foi possível verificar que as diferenças de gênero permanecem pouco claras, existindo a necessidade de novas investigações na desmistificação da sexualidade do idoso.

REFERÊNCIAS

- Anderson, P. (1998). Sexuality and senior olympians. *Electronic Journal of Human Sexuality*. Acedido em 28 de janeiro de 2017, em <http://www.ejhs.org/volume1/anderson/olympian.htm>
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de envelhecimento ativo* (pp. 13-36). Lisboa: Lidel.
- Filho, D. B. F., & Júnior, J. A. S. (2010). Visão além do alcance: Uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, 16(1), 160-185. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762010000100007>
- Gouveia, V. V., Fonseca, P. N., Cavalcanti, J. P. N., Diniz, P. K. C., & Dória, L. C. (2009). Versão abreviada da Escala Triangular do Amor: Evidências de validade fatorial e consistência interna. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 31-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100005>
- Kim, J., & Hicks, J. (2015). Parental bereavement and the loss of purpose in life as a function of interdependent self-construal. *Frontiers in Psychology*, 6(1078), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01078>
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações* (2ª ed.). Sintra: ReportNumber.
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Kirana, P., Giaglis, G., Moraitou, M., & Hatzichristou, D. (2007). Factors associated with sexuality in later life: An exploratory study in a group of greek married older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2007.03.008>
- Pedersen, W., & Blekesaune, M. (2003). Sexual Satisfaction in Young Adulthood: Cohabitation, Committed Dating or Unattached Life? *Acta Sociologica*, 46(3), 179-193. <http://dx.doi.org/10.1177/00016993030463001>
- Thiele, A. (2002). *Middle-aged men: Sexuality and well-being. Lecture given on the 5th European Congress on Menopause, Copenhagen, Denmark, 1-4 Julho, 2000*, International Congress Series, 1229, 53-60.
- Træen, B., & Schaller, S. (2010). Subjective sexual well-being in web sample of heterosexual Norwegians. *International Journal of Sexual Health*, 22(3), 180-194. <http://dx.doi.org/10.1080/19317611003776087>
- Trompeter, S. E., Bettencourt, R., & Barret-Connor, E. (2012). Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. *The American*

Journal of Medicine, 125(1), 37-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.07.036>

Santos-iglesias, P., Byers, E. S., & Moglia, R. (2016). Sexual well-being of older men and women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(5), 86-98. <http://dx.doi.org/10.3138/cjhs.252-A4>

Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. L. (2013). Validação da escala de vivências afetivas e sexuais do idoso – EVASI. Comunicação apresentada no III Congresso Internacional de Envelhecimento Humanos, Campinas Grande – Brasil.

von Humboldt, S., Leal, I., & Monteiro, A. (2016). Are older adults well sexually? Sexual well-being among a cross-national sample of older adults. *Review of European Studies*, 8(1), 134-144. <http://dx.doi.org/10.5539/res.v8n1p134>

Waite, L. J., Laumann, E. O., Das, A., & Schumm, L. P. (2009). Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the national social life, health, and aging study. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(1), 56-66. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp038>

DESAFIOS PSICOLÓGICOS NUM CONTEXTO DE TERAPIA CENTRADA NA PESSOA: A PERSPETIVA DOS IDOSOS

Sofia von Humboldt¹ (✉ shumboldt@ispa.pt) & Isabel Leal¹

¹ ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

A investigação com idosos demonstra que a idade avançada implica um nível de incompletude, vulnerabilidade e imprevisibilidade bio-culturais (Baltes & Smith, 2003). No nosso trabalho, observamos um conjunto de perdas (e.g., profissionais, relacionais, físicas, cognitivas ou psicológicas) que desencadeou desafios psico-emocionais específicos para idosos. Esses desafios podem afetar profundamente o crescimento dos idosos e bloquear o seu desenvolvimento (Pörtner, 2008). Usando o caso de uma professora aposentada de 73 anos, argumentamos que uma série de desafios psicológicos experimentados por idosos. Os exemplos incluídos neste artigo foram extraídos da prática profissional dos autores com idosos no ambiente terapêutico. Durante uma série de sessões de terapia, Olga demonstrou apatia persistente, desmotivação profunda e solidão. Olga viveu uma vida de dedicação à sua família e focada exclusivamente em cuidar dos seus filhos e das responsabilidades domésticas. Além disso, ela foi responsável pelo suporte à sua mãe de 96 anos que sofria de demência.

Identificação dos desafios psico-emocionais dos idosos

Como terapeutas, estamos abertos ao mundo interno dos nossos clientes. Este é um processo de movimento, enquanto tentamos acompanhar o cliente. Tendo em mente este alinhamento com a experiência dos clientes idosos, exploramos cinco desafios psico-emocionais nas seguintes secções: capacidade cognitiva, perspetiva temporal, autonomia, perda e reminiscência, e o corpo em envelhecimento.

Capacidade cognitiva: Enfrentar os desafios na adultícia avançada

Na nossa experiência como terapeutas, os idosos frequentemente revelam medo de sofrer incapacidades cognitivas e, em alguns casos, até serem tomados como dementes. Olga ilustrou isso expressando: “Os meus filhos pensam que eu sou muito velha para entender. Eles não fazem um esforço, em vez disso, às vezes infantilizam-me.” A literatura indica que o comportamento dos idosos é afetado pelas respostas influenciadas por estereótipos dos outros (Birren & Schaie, 2006) e que, quando esta situação persiste por um longo período, a sua experiência torna-se estática, e transforma-se na sua forma de ser, em oposição ao que Rogers (1951), bem como Snygg e Combs (1949) destacaram, como a natureza fluida e não estática da experiência. Olga ilustrou este impasse: “Eu sinto como se eu estivesse presa num barco no mar... não sou capaz de navegar e encontrar o caminho de volta para a costa “. Outro exemplo disso seria quando os idosos perderam contato com a sua própria experiência e respondem a situações de maneiras muito restritas e rígidas que correspondem às baixas expectativas de família e sociedade. Olga descreveu as suas atividades diárias e queixas de vida, dizendo que ela evita falar com pessoas diferentes ou sair da casa. Os idosos podem manter a sua realidade consistente para possuir um sentido de controlo. Isto impede-os de seguir em frente (Gendlin, 1964). Para Gendlin (1997), este é um momento de bloqueio, uma paralisação do processo que afeta todo o modo de estar no seu ambiente. Na terapia, Olga expressou a sua sensação de estar num beco sem fim existencial: “Um pouco de mim morre todos os dias. Eu sinto-me como se estivesse a desaparecer. A reforma é uma das mudanças experimentadas à medida que as pessoas envelhecem. A antecipação positiva dos anos de reforma pode dar lugar a uma realidade inesperada (Pörtner, 2008): sem trabalho, os dias tornam-se internamente direcionados (Luborsky & LeBlanc, 2003). Na terapia, os idosos expressam que, depois da reforma, estão ansiosos para aprender, serem generativos, dar um significado existencial aos problemas da vida. Eles também relatam que esperam diminuir a velocidade nesta fase da vida. Olga verbalizou: “Preciso do meu próprio tempo, mais do que nunca. Sinto-me como se estivesse sempre lá para outra pessoa: o meu marido, os meus filhos, a minha mãe...”. Além disso, eles indicam que na terapia eles não querem este processo de desaceleração associado à hipótese de

diminuição da capacidade cognitiva. Olga continuou: “Se eu fizer as minhas próprias roupas, o meu marido critica-me. Ele diz que eu sou muito imaginativa, e sinto-me magoada porque ele me vê como uma velha hippy ridícula”.

Perspetiva temporal: Viver entre dois mundos

Na terapia, os idosos expressam dificuldade em equilibrar a sua vida presente com o sentimento de pertencer ao passado. Eles têm dificuldade em ver a sua vida como um todo integrado e existencial. Olga ilustrou como o seu passado estava mais cheio do que a sua vida atual: “Oh, se as coisas pudessem ser como quando eu era jovem... quando eu ensinava qualquer coisa, eu olhava para a frente”. Os idosos enfatizam experiências de vida específicas do passado e bloqueiam outras. Como exemplo, Olga lembrou-se de memórias de infância que deram origem a sentimentos ambivalentes: “Estou feliz em lembrar-me quando costumava alimentar a galinha da minha avó. Eu sentia-me muito adulta a fazer isso sozinha”. Consistente com isso, Coupland, Coupland, Giles e Henwood (1991) sugeriram dois processos principais através dos quais os idosos tornam a identidade da idade saliente: características relacionadas à idade (e.g., relacionadas papéis associados à idade) e enquadramento temporal (e.g., associação do self com o passado). Os outros membros da família vêem os idosos como os mais velhos, contribuindo para a criação de uma condição muito solitária (Coupland et al., 1991). Os idosos raramente falam sobre o seu futuro na terapia; esse fenómeno pode estar relacionado à perda de compreensão da totalidade da sua existência e à falta de perspetiva. Olga fez previsões para o seu futuro em termos pessimistas: “Eu acho que o mundo só pode piorar.” “Liguei a TV e só vejo tristeza. Eu acho que eles nos querem matar com todas estas más notícias”.

Autonomia: Lutar pelo controlo

Como resultado de uma falta de autonomia, os idosos podem experimentar limitações sociais (Ford et al., 2000). Na terapia, os idosos verbalizam o desafio de lidar com a complexidade da sua realidade diária. Alguns interesses que eles manifestavam anteriormente pode tornar-se

prejudicado, por exemplo, com a falta de visão ou audição, articulações rígidas e falta de seguro médico. A diminuição da visão é talvez uma das limitações mais perturbadoras para esses clientes (Birren & Schaie, 2006). Os idosos expressam na terapia que o medo de perder o controle devido às limitações físicas é muitas vezes ultrapassado pelo medo de que eles não serem mais pessoas autônomas e plenamente funcionais (Pörtner, 2008). Além disso, as limitações físicas afetam as oportunidades de socializar (Birren & Schaie, 2006). Olga colocou isso nas suas próprias palavras: “Só posso manter os amigos se continuar a ir a casa deles, por isso é importante viver perto dos seus amigos”. Por essa razão, limitou o seu círculo social a vizinhos próximos. Na terapia, os idosos frequentemente concentram-se em aspetos como conforto, acessibilidade e segurança, o que pode indicar a necessidade de garantir uma realidade previsível, a sua autonomia e controle. O elogio da juventude está entrincheirado na nossa sociedade e tem um profundo efeito nos idosos (Baltes & Smith, 2003; Birren & Schaie, 2006). Olga observou uma vez que “era difícil encontrar histórias infantis para os meus netos, com heróis mais velhos”. Além disso, o chamado “viver felizes para sempre” raramente era explorado ou ligado à idade avançada. E ela continuou: “Os heróis mais velhos raramente são escolhidos para assumir um papel de liderança nessas histórias. No final, troco a história e digo aos meus netos que os heróis mais velhos são corajosos, independentes e extrovertidos”.

Perda e reminiscência: Abordar o sentido de limite

Os idosos são profundamente afetados pelas suas expectativas dos limites da sua vida e, também, pela morte de pessoas significativas. Estas expectativas podem resultar nos sentimentos ambivalentes de culpa, alívio, solidão e alegria em idosos. A literatura fornece uma imagem incompleta das preocupações dos idosos sobre a morte (Moody, 2010). Para os idosos, a morte pode representar uma fatalidade, por um lado, e a libertação da vida, por outro. Esses sentimentos ambivalentes podem afetar profundamente os idosos (Pörtner, 2008). Como Olga indicou na terapia: “Entende, eu nunca quis que o meu pai morresse... sinto-me culpada por dizer isso, mas de certa forma também me sinto aliviada por ele ter ido embora. Eu não podia suportar a crueldade dele a sofrer diante de mim”. O processo de reminiscência é uma forma eficaz de ajudar os

idosos a aceitar as suas perdas, pois pode ajudá-los a sentirem-se melhor em relação a si mesmos, e aliviar a depressão, a ansiedade e a desesperança. Além disso, o perdão pode ajudar os idosos a fazerem a paz com acontecimentos passados. A PCT coloca o foco no aqui e agora e não em olhar para trás ou para frente (Rogers, 1951).

O corpo em envelhecimento: O corpo desligado

Os idosos expressam atitudes dicotômicas em relação aos seus corpos. Por um lado, eles mencionam dores crônicas, doenças ou limitações físicas. Por outro lado, com a mesma frequência, expressam a sensação de se desconectar e, assim, não sentir, os seus próprios corpos como um todo. A atenção à experiência não verbal e corporal tem sido um aspeto importante da psicoterapia (Fleisch, 2009; Gendlin, 1996; Rogers, 2000). Às vezes, durante as sessões do PCT, quando os idosos se afastam da dicotomia da dor versus nenhuma dor, a percepção de seu corpo é muitas vezes comprometida como resultado. Olga revelou que não tinha consciência de algumas partes de seu corpo. Assim, ela evitou falar sobre certos aspectos físicos, como prazer, atração e beleza: “Eu acho que perdi os meus encantos ao longo do caminho. Estes são para os jovens. Por enquanto não sinto nenhuma dor, não me preocupo muito com o resto”. De acordo com Hurd (2000), isso pode refletir a mudança que ocorre nas prioridades à medida que as pessoas atingem a idade avançada. A ênfase em parecer atraente aos olhos dos outros é substituída por uma sobre saúde. Da mesma forma, Tornstam (2005) destacou o desenvolvimento da transcendência do corpo na idade avançada: o cuidado do corpo continua, mas a preocupação com ele termina.

CONCLUSÕES

O reconhecimento dos desafios psico-emocionais proeminentes na experiência de alguns clientes mais velhos é um esforço complexo e desafiador para os terapeutas. Usando o caso da Olga, mostramos maneiras pelas quais os terapeutas centrados na pessoa podem desenvolver a sua

própria compreensão do carácter distintivo existencial dos idosos e enfrentar os seus próprios pressupostos sobre as perspectivas dos clientes mais antigos. Como sugeriu Rogers (1961, p. 158), a pessoa que funciona plenamente não é rígida nas suas construções, mas torna-se um “processo integrado de mudança”. É através da ligação fenomenológica com os idosos que permitimos uma profundidade relacional em que os clientes podem sentir-se seguros o suficiente para começar a divulgar aspectos do self que são dolorosos, vergonhosos e ocultos (Rogers, 1980). A experiência de descobrir atitudes e emoções dentro de si mesmo que nunca antes foram reconhecidas na consciência constitui um dos fenómenos mais profundos e mais significativos da terapia. Como Rogers afirmou quando estava nos últimos anos: “Sinto-me como se uma nova profundidade de intimidade fosse descoberta em mim” (Rogers, 1980, p. 84). Como terapeutas, somos constantemente desafiados a exceder as limitações e a focar a pessoa como um todo organísmico (Fleisch, 2009; Pörtner, 2008; Rogers, 1959). Como Pörtner (2008) indicou, trabalhar de forma centrada na pessoa é mais uma atitude do que um método. Assim, a PCT com idosos, parece ser um meio apropriado para restaurar o foco nas necessidades específicas da população mais velha. Perspectivas diferentes sobre o envelhecimento são lançadas na discussão do envelhecimento bem sucedido versus envelhecimento consciente (Moody, 2010). A abordagem patogénica tradicional de cuidar de idosos está a desenvolver-se no sentido de um conceito mais amplo de bem-estar dos idosos (Baltes & Smith, 2003). Desta forma, a PCT pode conter os meios pelos quais os idosos podem tornar-se mais como os mesmos que querem ser, movendo-se em direção à sua realização.

REFERÊNCIAS

- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49*, 123-135. doi: 10.1159/000067946
- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (2006). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego, CA: Academic Press.

- Coupland, J., Coupland, N., Giles, H., & Henwood, K. (1991). Formulating age: Dimensions of age identity in elderly talk. *Discourse Processes, 14*, 87-106. doi: 10.1080/01638539109544776
- Fleisch, G. (2009). Right in their hands: How gestures imply the body's next steps in focusing-oriented therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies Journal, 8*(3), 173-188. doi: 10.1080/14779757.2009.-9688487
- Ford, A. B., Haug, M. R., Stange, K. C., Gaines, A. D., Noelker, L. S., & Jones, P. K. (2000). Sustained personal autonomy: A measure of successful aging. *Journal of Aging and Health, 12*, 470-489. doi: 10.1177/08982643000-1200402
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 100-148). New York, NY: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focused-oriented therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Gendlin, E. T. (1997). *A process model*. New York, NY: The Focusing Institute.
- Hurd, L. C. (2000). Older women's body image and embodied experience: An exploration. *Journal of Women & Aging, 12*, 77-97. doi: 10.1300/J074v12n03_06
- Luborsky, M. R., & LeBlanc, I. M. (2003). Cross-cultural perspectives on the concept of retirement: An analytic redefinition. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 18*(4), 251-271. doi: 10.1023/B:JCCG.0000004898.24738.7b
- Moody, H. (2010). *Aging: Concepts and controversies* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Pörtner, M. (2008). *Being old is different: Person-centred care for old people*. Ross-on-Wye: PCCS Book.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science* (pp. 184-256). New York, NY: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, N. (2000). *The creative connection: Expressive arts as healing*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Snygg, D., & Combs, A. W. (1949). *Individual behavior: A new frame of reference for psychology*. New York, NY: Harper and Brothers.

Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York, NY: Springer.

ESTUDO SOBRE O MAL-ESTAR SEXUAL NA ADULTÍCIA AVANÇADA: ANÁLISE DE UMA AMOSTRA A TRANSNACIONAL DE IDOSOS

Sofia von Humboldt¹ (✉ shumboldt@ispa.pt) & Isabel Leal¹

¹ ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

O mal-estar sexual (MAS) foi definido pela ausência de satisfação sexual e a incapacidade de manter as suas relações sexuais devido a problemas de saúde física e mental (Syme, Cordes, Cameron, & Mona, 2015). Embora, idosos identifiquem a sua vida sexual como importante para o seu bem-estar e envelhecimento bem-sucedido, um conjunto de variáveis pode afetar o SWB e contribuir com o MAS, incluindo os seguintes: perda do companheiro, problemas de saúde crónicos, menopausa, baixa libido, problemas de aparência, problemas de funcionamento erétil e disfunções sexuais em geral (Syme et al., 2015).

Em vista do número limitado de estudos que focalizam esse conceito na idade avançada, este estudo tem como objetivo ajudar a preencher essa lacuna. Assim sendo, o objetivo deste estudo era analisar as principais categorias que contribuíram para o MAS de idosos na comunidade; e explorar os construtos latentes que podem funcionar como principais contribuintes para o MAS.

MÉTODO

Participantes

A amostra para este estudo é composta por 54 idosos não institucionalizados, com idade igual ou superior a 65 anos ($M=70.1$, $SD=5.99$), 65,1% mulheres, 69,7% casados e 67,0% profissionalmente inativas.

Material

Os participantes receberam uma breve descrição do estudo ou pessoalmente e foram entrevistados presencialmente para identificar as suas considerações e opiniões sobre o MAS. As entrevistas semi-estruturadas foram baseadas num guião de entrevista e estas duraram 15 a 45 minutos. Cada entrevista começou com um conjunto de questões de fundo, seguidas de uma pergunta aberta: “Eu gostaria de entender o que, no seu ponto de vista, pode contribuir para o seu mal-estar sexual”.

Análise de dados

Os dados foram analisados usando a análise de conteúdos: a) criação de grandes categorias emergentes, mutuamente exclusivas, que refletiram as 54 entrevistas, para as categoria pré-existent: (a) indicadores do MAS; b) criação de uma lista de sugestões de codificação; c) análise de citações textuais e descrições de melhor ajustamento para uma dada categoria emergente d) definição de subcategorias, dentro e entre as narrativas, preservando o princípio de homogeneidade da categoria e e) derivação de categorias emergentes principais até ao ponto de a saturação teórica ser alcançada (Hsieh & Shannon, 2015).

Uma análise independente das 54 entrevistas foi implementada por um júri de dois psicólogos e uma co-resolução do grupo quanto às categorias. A consistência da avaliação do júri de investigadores foi avaliada através do Kappa de Cohen. Todas as categorias mostraram um valor acima de .80 ($.865 \leq k \leq .914$), sugerindo assim uma elevada taxa de concordância. As representações das associações entre as categorias emergentes foram avaliadas por uma Análise de Correspondência Múltipla (MCA).

RESULTADOS

Análise de conteúdos

Das entrevistas com idosos, emergiram cinco categorias: (a) “saúde sexual reduzida”; (b) “reduzida comunicação sexual”; (c) “dificuldades de

relacionamento e intimidade”; (d) “saúde física reduzida”; e (e) “instabilidade econômica”.

A resposta mais frequente desses participantes foi a “reduzida comunicação sexual” (27,1%), enquanto que a “saúde física reduzida” foi o indicador menos referido de MAS (10,2%).

A “dificuldades de relacionamento e intimidade” foi o indicador mais verbalizado de MAS para os participantes alemães (25,0%) e “reduzida comunicação sexual” para os participantes portugueses (31,9%). A “instabilidade econômica” foi o indicador de MAS menos indicado pelos participantes portugueses (9,4%) e “saúde sexual reduzida” (11,2%) para os participantes alemães.

Saúde sexual reduzida

Estes participantes indicaram ter uma saúde sexual insatisfatória, nomeadamente em relação à função sexual. A dor durante a penetração e a secura vaginal foram verbalizadas por idosas, enquanto a disfunção erétil e a dor com penetração foram indicadas por idosos.

“Eu não sinto mais dor nenhuma durante o sexo. Isto realmente melhorou a minha vida sexual.” (Participante 12)

Reduzida comunicação sexual

Os participantes verbalizaram que a insuficiência de comunicação sexual contribuía negativamente para o seu bem-estar sexual.

“Ele já não fala comigo. Quando estamos juntos, alivia-se e acabou. Nunca mais foi preocupado e romântico como era dantes” (Participante 40)

Dificuldades de relacionamento e intimidade

Estes participantes verbalizaram que a falta de manifestações de intimidade e problemas no relacionamento contribuíram para o MAS.

“Eu adoraria que o meu marido me abraçasse tanto quanto antes. Eu sinto-me excluída no nosso relacionamento.” (Participante 48)

Saúde física reduzida

A saúde física reduzida foi apontada por esses participantes como contribuindo para o MAS. Esses participantes relataram que a diminuição

das capacidades sensoriais e algumas condições físicas, como depressão e doenças cardiovasculares, próteses e medicamentos, foram indicadas como contribuindo para o MAS.

“Eu tenho uma doença crónica e isso afeta a minha sexualidade.”
(Participante 25)

Instabilidade económica

A instabilidade económica foi indicada pelos participantes como contribuindo para o MAS. Idosos relataram que a dependência, dificuldades e escassez económica afetam significativamente o MAS.

“As minhas economias estão a diminuir e sinto-me muito insegura no momento. Eu poderia dizer isso desde que me aposentei e não trabalho mais, a minha vida sexual piorou.” (Participante 32).

Análise de correspondência múltipla dos domínios emergentes

Os resultados indicaram um modelo de duas dimensões (representando 91,2% da variância total), composto por: “reduzida comunicação sexual e intimidade”, e “instabilidade económica e dificuldades de relacionamento”, como uma solução melhor para os participantes alemães (Quadro 1).

Quadro 1

Representação tridimensional do “MAS” para idosos alemães: loading de cada fator para cada dimensão e % de inércia (variância) explicada

Categorias	Dimensões		Média
	Resumida comunicação sexual e intimidade	Instabilidade económica e dificuldades de relacionamento	
Saúde sexual reduzida	.743	.169	.456
Reduzida comunicação sexual	.441	.495	.468
Dificuldades de relacionamento e intimidade	.747	.111	.429
Saúde física reduzida	.442	.498	.470
Instabilidade económica	.213	.538	.376
Eigenvalue	2.671	1.809	2.240
Total Inertia	.535	.361	.449
% de variabilidade	53.514	36.141	44.828

Além disso, os resultados também sugeriram um modelo de duas dimensões (representando 89,7% da variância total), composto por “problemas de saúde e reduzida expressividade sexual” e “problemas familiares e instabilidade financeira” como a melhor solução adaptada aos participantes portugueses (Quadro 2).

Quadro 2

Representação tridimensional do MAS para idosos portugueses: Loading de cada fator para cada dimensão e % de inércia (variância) explicada

Categorias	Dimensões		Média
	Problemas de saúde e reduzida expressividade sexual	Problemas familiares e instabilidade financeira	
Saúde sexual reduzida	.439	.233	.335
Reduzida comunicação sexual	.713	.108	.411
Dificuldades de relacionamento e intimidade	.304	.501	.403
Saúde física reduzida	.459	.438	.449
Instabilidade económica	.281	.531	.406
Eigenvalue	2.196	1.811	2.004
Total Inertia	.531	.347	.439
% de variabilidade	53.114	34.722	43.918

DISCUSSÃO

A “reduzida comunicação sexual” (27,1%), o que corrobora a literatura recente (Robinson & Molzahn, 2007). Por outro lado, a “saúde física reduzida” foi o indicador menos referido de MAS (10,2%), que valida estudos anteriores que enfatizam a pertinência da saúde sexual na idade avançada (DeLamater & Sill, 2005). Da mesma forma, os participantes alemães sublinharam que “dificuldades de relacionamento e intimidade” era o indicador mais importante de MAS (25,0%) e a “saúde sexual reduzida” era o indicador menos referido do MAS (11,2%). A literatura apontou para fatores emocionais, problemas de saúde crónicos, menopausa, baixa libido, problemas de funcionamento erétil e disfunções sexuais globais contribuem para o MAS (Syme et al., 2015). Por outro lado, noutro estudo transnacional com idosos, carinho e cuidados, a saúde

sexual e física foram os indicadores mais prevalentes do SWB (von Humboldt, Leal, & Monteiro, 2016).

Os idosos portugueses indicaram “reduzida comunicação sexual” (31,9%) como o contribuidor mais frequente para o MAS e “instabilidade económica” (9,4%) como o contribuidor menos frequente do MAS. A literatura sugeriu que estressores e falta de abertura sexual podem contribuir para diminuir a atividade sexual e consequentemente diminuir a satisfação sexual (Bodenmann & Atkins, 2010).

A estrutura correlacional do MAS sugere que esse conceito é explicado por um modelo de dois fatores, para cada nacionalidade. Em relação aos participantes alemães, o maior fator “reduzida comunicação sexual e intimidade” representou 53,5% da variância total, enquanto que a “instabilidade económica e dificuldades de relacionamento” foi o fator menos representativo para esses participantes (36,1% da variância total). Para estes participantes, “saúde sexual reduzida” e “dificuldades de relacionamento e intimidade” constituíram o primeiro fator (“reduzida comunicação sexual e intimidade”).

Os idosos continuam a apreciar, valorizar e se engajar na atividade sexual, com mais ênfase no toque sexual e menos foco no orgasmo ou na relação sexual (Galinsky, 2012).

“Reduzida comunicação sexual”, “saúde física reduzida” e “instabilidade económica” compreendiam a segunda dimensão (“instabilidade económica e dificuldades de relacionamento”). A literatura indicava que os idosos podem permanecer sexualmente interessados e capazes, mesmo na presença de doenças físicas (Moreira, Glasser, & Gingell, 2005).

Quanto aos participantes portugueses, a maior dimensão dos “problemas de saúde e reduzida expressividade sexual” representou 53,1% da variância total, enquanto que “problemas familiares e instabilidade financeira” foi a dimensão menos ilustrativa para esses participantes (34,7% da variância total).

O primeiro fator (“problemas de saúde e reduzida expressividade sexual”) incluiu “reduzida comunicação sexual” e “saúde física reduzida”; portanto, estes idosos estavam focados nas suas dificuldades de comunicação e nos problemas relacionados à sua saúde. Hamilton e Julian (2014) indicaram que os estressores diários predisseram valores inferiores na satisfação sexual e atividade sexual e que os estressores diários, depressão e ansiedade estavam altamente correlacionados entre si. O segundo fator

(“problemas familiares e instabilidade financeira”) incluiu “dificuldades de relacionamento e intimidade” e “instabilidade econômica”; portanto, esses idosos estavam menos satisfeitos com sua intimidade e estavam focados em dificuldades financeiras.

Os idosos podem ver a sexualidade como uma expressão de carinho e uma oportunidade contínua de crescimento e experiência (Kalra et al., 2011). Previsores significativos de falta de satisfação sexual em um estudo diferente incluíram falta de satisfação com o apoio conjugal e menor saúde conjugal. Além disso, a investigação reiterou atitudes negativas e restritivas em relação à sexualidade entre idosos (Gott, 2005). Os estressores financeiros relacionados ao baixo status socioeconômico estavam relacionados com as menores pontuações em vários aspectos do funcionamento sexual, em particular para as mulheres (Hamilton & Julian, 2014).

As limitações deste estudo devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Utilizamos uma amostra não probabilística, portanto, os resultados não podem ser generalizados para toda a população idosa.

A sexualidade dos idosos é multidimensional e culturalmente diversa, e deve ser considerada de forma mais ampla do que outros estudos que analisaram apenas a disfunção ou frequência sexual. Por isso, consideramos que as questões sobre MAS são aspectos fundamentais para indivíduos idosos envelhecerem bem e, ao estudar essas questões em maior profundidade, os pesquisadores podem esclarecer sem julgamento o valor de uma sexualidade saudável e satisfatória.

REFERÊNCIAS

- Bodenmann, G., & Atkins, D. C. (2010). The association between daily stress and sexual activity. *Journal of Family Psychology, 24*(3), 271-279. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019365>
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research, 42*, 138-149. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490509552267>
- Galinsky, A. M. (2012). Sexual touching and difficulties with sexual arousal and orgasm among U. S. older adults. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 875-890. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-011-9873-7>

- Gott, M. (2005). *Sexuality, Sexual Health and ageing*. London: Open University Press.
- Hamilton, L., D., & Julian, A., M. (2014). The relationship between daily hassles and sexual function in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(5), 379-95. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2013.864364>
- Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2015). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian J Psychiatry*, 53(4), 300-306. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.91902>
- Moreira, E., Glasser, D., & Gingell, C. (2005). Sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviours in middle-aged and older adults in Spain: A population survey. *World J Urol*, 23(6), 422-429. <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-005-0035-1>
- Robinson, J. G., & Molzahn, A. E. (2007). Sexuality and quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(3), 19-27.
- Syme, M.L., Cordes, C.C., Cameron, R.P., & Mona, L.R. (2015). Sexual health and well-being in the context of aging. In P.A. Lichtenberg, B. Carpenter (Eds.), *APA Handbook of Clinical Geropsychology*. Washington DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14459-015>
- von Humboldt, S., Leal, I., & Monteiro, A. (2016). Are older adults well sexually? Sexual well-being among a cross-national sample of older adults. *Review of European Studies*, 8(1), 134-144. <http://dx.doi.org/10.5539/res.v8n1p134>

AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO E PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NA ARTRITE REUMATÓIDE

Sónia Alves¹ (✉ sonia.alves@hotmail.com), Ana Isabel Cunha¹, Marta Pereira Alves¹, & Cláudia Vaz²

¹ Universidade da Beira Interior, Portugal; ² Unidade Local de Saúde da Guarda, Portugal

As doenças reumáticas são definidas como doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática, podendo englobar mais de uma centena de entidades, com vários subtipos (Epireuma, 2014). Atingindo pessoas de todas as idades, estas doenças podem trazer graves consequências físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas, quando não diagnosticadas ou tratadas de forma atempada e corretamente (DGS, 2004). Ainda segundo o Programa Nacional para as Doenças Reumáticas, estas são as principais responsáveis por elevados custos de saúde, nomeadamente em consultas, internamentos, medicamentos e tratamentos de reabilitação e também causa de incapacidade temporária, que resulta num elevado número de baixas por doença e de reformas antecipadas (DGS, 2004).

A Artrite Reumatóide (AR) é umas das doenças reumáticas mais frequentes. O *Global Burden of Disease Study-2010* (Cross et al., 2014) estimou, para esse ano, uma prevalência global de AR de 0,24%, com uma ocorrência duas vezes superior em mulheres, comparativamente aos homens. Em Portugal, o Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas (Epireuma, 2014) sugeriu que os doentes com AR representam 0,7% da população portuguesa, verificando-se maior prevalência nas mulheres (1,1%) do que nos homens (0,3%) e nas regiões do Alentejo, Algarve e Açores. Trata-se de uma doença crónica inflamatória, de causa desconhecida, que afeta sobretudo as articulações e os tendões, provocando dor e progressivas limitações funcionais (SPR, 2013).

O impacto da AR em vários domínios da vida dos doentes tem sido evidenciado na literatura. Ao nível do funcionamento psicológico, diversos estudos têm analisado a presença de sintomatologia psicopatológica em doentes com AR, nomeadamente depressão e ansiedade. Uma meta-análise realizada por Matcham, Rayner, Steer e Hotop (2013) veio confirmar que a depressão apresenta uma elevada prevalência na AR, estimando-se que a depressão major esteja presente em 16,8% destes doentes. A revisão de Iaquina e McCrone (2015) veio apontar para taxas de prevalência da depressão entre 6,6% a 66,25%, identificando como categorias de risco variáveis sociodemográficas, dor, *coping*, suporte social capacidade/incapacidade funcional e fatores clínicos. Recentemente, em Portugal, Cunha, Ribeiro e André (2016) analisaram a prevalência de depressão, numa amostra de 80 doentes com AR, com idades compreendidas entre os 21 e os 80 anos, sugerindo a presença de altos níveis de depressão em 35% dos doentes, apresentando os homens significativamente menos sintomas depressivos, quando comparados com as mulheres. Tem sido sugerido que doentes com AR com depressão exibem também altos níveis de ansiedade (Dario, Kulkamp, Faraco, Gavaerd, & Domenech, 2010; VanDyke et al., 2004). No seu estudo, Cunha et al. (2016) reportaram que 37,5% dos doentes apresentavam níveis moderados a altos de ansiedade.

A literatura tem também destacado os efeitos da AR na qualidade de vida e perceção do estado de saúde nos doentes. O MOS SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) é um instrumento que tem sido amplamente utilizado para avaliar este campo nas doenças crónicas, incluindo a AR. Uma meta-análise conduzida por Matcham et al. (2014), com 31 estudos que utilizaram este instrumento, veio sugerir um maior impacto da doença no domínio físico da qualidade vida, comparativamente ao bem-estar mental. Os mesmos autores concluíram que os doentes com AR apresentam uma qualidade de vida mais reduzida, quando comparados tanto com outras doenças físicas, como com a população normativa.

O estudo aqui apresentado tem como objetivo comparar o ajustamento psicológico (presença de sintomatologia psicopatológica) e a perceção do estado de saúde (componente física) entre participantes com AR e participantes sem doença crónica.

MÉTODO

Participantes

O procedimento de amostragem decorreu de forma não probabilística e por conveniência. Foram constituídos dois grupos designados por grupo clínico (participantes com diagnóstico de AR) e grupo de comparação (participantes sem doença crónica). Os critérios de inclusão do grupo clínico incluíram: ter diagnóstico de AR, ser seguido em consulta de Reumatologia e ter mais de 18 anos e os do grupo de comparação: não apresentar diagnóstico de doença crónica e ter mais de 18 anos.

A amostra total é composta por 87 participantes. O grupo clínico é constituído por 41 participantes, na sua maioria do sexo feminino (82,9%), com idades compreendidas entre os 28 e os 80 anos ($M=56,95$; $DP=14,06$). A maioria tem o 4º ano de escolaridade (61%), 14,6% têm o 9º ano, 14,6% têm o 12º ano e 9,7% têm formação superior (licenciatura ou mestrado). O tempo de diagnóstico médio da doença ronda os 9 anos e 3 meses, com um tempo mínimo de 2 meses e um tempo máximo de 50 anos. O grupo de comparação é composto por 46 participantes e a maioria é também do sexo feminino (67,4%). A média de idades é de 45,48 anos ($DP=12,55$), com um mínimo de 30 e um máximo de 83 anos. No que diz respeito às habilitações literárias, 37% dos participantes detêm uma licenciatura, 28% o 12º ano, 21,7% o 9º ano e 13% estudaram até ao 4º ano.

Material

O instrumento utilizado para avaliar o ajustamento psicológico, foi o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1977) validado para a população portuguesa por Canavarro (1999). É composto por 53 itens, que permitem a avaliação dos sintomas psicopatológicos, em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais (total de sintomas positivos; índice geral de sintomas e índice de sintomas positivos). Os estudos psicométricos da versão portuguesa apontam para níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, variando entre 0,7 e 0,8, exceto as escalas de ansiedade fóbica e a de psicoticismo que apresentavam valores ligeiramente inferiores (Canavarro, 2007). Para

avaliar a percepção do estado de saúde, foram utilizadas as dimensões de saúde física do questionário de estado de saúde SF-36v2 (MOS SF36; Ware & Sherbourne, 1992) adaptado para a população portuguesa por Ferreira (1998). Este instrumento é constituído por 36 itens, que avaliam o estado de qualidade de vida em geral, sendo dividido em oito dimensões. O seu conteúdo pode referir-se tanto à saúde física como à saúde mental (Ferreira, 1998, 2000). O instrumento obteve valores de alfa de Cronbach globais de 0,82 e 0,87 respetivamente para as dimensões física e mental, o que remete para uma boa consistência interna (Ferreira, 1998). Foi utilizado um questionário para recolha de informação sociodemográfica dos participantes. O questionário destinado ao grupo clínico continha ainda informações de natureza clínica, enquanto o dos participantes do grupo de comparação incluía uma lista de condições de saúde crónicas que, em caso de resposta afirmativa, permitiu excluir os respondentes da participação no estudo.

Procedimentos

A recolha de dados referentes ao grupo clínico decorreu na consulta de Reumatologia da Unidade Local de Saúde da Guarda. Inserido num projeto mais alargado (Projeto CRON 2016), o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do referido hospital. O diagnóstico de AR dos participantes foi confirmado pelos médicos reumatologistas. No que diz respeito ao grupo de comparação, a recolha decorreu no âmbito da rede de contactos da equipa de investigação e em instituições públicas ou privadas. Em ambas as situações, os participantes foram informados relativamente aos objetivos da investigação, sendo garantido o anonimato dos dados, assim como a confidencialidade das suas respostas, efetuando-se sempre o preenchimento do consentimento informado.

A análise de dados foi realizada através do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 24. A consistência interna das escalas e subescalas foram avaliadas por meio do índice de alfa de Cronbach, sendo considerados adequados valores $\geq 0,70$, sendo que apenas as escalas “ansiedade fóbica” e “saúde em geral” pontuaram abaixo do valor referido. Dado que as variáveis não seguiam uma distribuição normal, foi escolhido o teste não paramétrico para amostras independentes de Mann-Whitney U.

RESULTADOS

No Quadro 1 encontram-se os resultados médios relativos à frequência de sintomatologia psicopatologia e à percepção do estado de saúde físico nos participantes do grupo clínico e do grupo de comparação.

Quadro 1

Descrição das variáveis do ajustamento psicológico e da percepção do estado de saúde físico

	Grupo clínico (n=41)		Grupo de comparação (n=46)	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Somatização	1,21	0,65	0,48	0,46
Obsessão-compulsão	1,52	0,76	0,93	0,65
Sensibilidade interpessoal	0,89	0,80	0,59	0,50
Depressão	0,99	0,8	0,64	0,55
Ansiedade	1,09	0,75	0,62	0,45
Ansiedade Fóbica	0,54	0,61	0,31	0,42
Ideação Paranóide	1,06	0,81	0,83	0,63
Psicoticismo	0,59	0,65	0,4	0,4
Hostilidade	0,84	0,66	0,66	0,49
Função física	54,62	26,72	84,35	24,53
Desempenho físico	46,44	29,86	80,44	19,44
Dor física	39,29	24,07	67,89	22,57
Saúde em geral	38,39	16,4	67,95	18,54

A comparação entre os grupos revelou a existência de diferenças significativas nas dimensões somatização ($U=322,00$; $Z=-5,298$; $p<0,001$), obsessão-compulsão ($U=533,50$; $Z=-3,499$; $p<0,001$), depressão ($U=701,50$; $Z=-2,064$; $p=0,039$), ansiedade ($U=593,50$; $Z=-2,993$; $p=0,003$), ansiedade fóbica ($U=697,50$; $Z=2,157$; $p=0,031$), apresentando os participantes com AR pontuações superiores. Não foram encontradas diferenças significativas nas restantes dimensões.

Quando comparada a percepção do estado de saúde física, entre os participantes dos dois grupos, verificaram-se diferenças significativas em todas as dimensões estudadas. Deste modo, os participantes com AR pontuaram valores inferiores nas dimensões função física ($U=328,00$; $Z=-5,280$; $p<0,001$), desempenho físico ($U=350,50$; $Z=-5,075$; $p<0,001$), dor física ($U=350,00$; $Z=-5,074$; $p<0,001$) e saúde em geral ($U=232,00$; $Z=-6,049$; $p<0,001$), quando comparados com os participantes sem doença crónica.

DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu contribuir para a compreensão do impacto da AR comparando o ajustamento psicológico e a perceção do estado de saúde físico em doentes com esta doença e participantes sem doença crónica. A amostra clínica é composta maioritariamente por participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 28 e os 80 anos e com baixo grau de escolaridade. O tempo de diagnóstico de AR apresenta uma grande amplitude, variando entre 2 meses aos 50 anos.

O nosso estudo revelou que os doentes com AR percecionam mais sintomas psicopatológicos, comparativamente aos participantes sem doença crónica. As diferenças encontradas ao nível da presença de sintomatologia de ansiedade e depressão vão ao encontro de outros estudos que sugerem que a ansiedade e a depressão são mais prevalentes nesta patologia do que na população normativa (Dickens, McGowan, Clark-Carter, & Creed, 2002; VanDyke et al., 2004). O nosso estudo aponta ainda para diferenças nas dimensões de somatização e obsessão-compulsão, sugerindo que os doentes com AR estão mais concentrados nas queixas relacionadas com o funcionamento somático e com a avaliação das cognições e comportamento recorrentes, indesejados e egodistónicos.

Os resultados apontam para uma perceção de pior estado de saúde nos participantes do grupo clínico. Com efeito, os doentes com AR avaliam como mais baixas as dimensões função física, desempenho físico, dor física e saúde em geral, o que pode sugerir a perceção de pior qualidade de vida. Embora não tenha sido estudada a dimensão da saúde mental, os nossos resultados vão ao encontro de outros estudos que sugerem que a dimensão física da qualidade de vida é a mais afetada na AR (Matcham et al., 2014; Sallaffi, Carotti, Gasparini, Intorcchia, & Grassi, 2009) e que esta é inferior em relação à população geral (Altinkesen & Gelecek, 2011; Campos, Silva, Castro & Gramina, 2013). A dimensão que pontuou valores inferiores no grupo clínico foi a “saúde em geral”, que está relacionada com a perceção holística da saúde (Ferreira, 1998), o que pode sugerir uma visão negativa em relação à saúde como um todo nos doentes com AR.

Este estudo apresenta algumas limitações, como o reduzido tamanho da amostra que não permite a sua representatividade. Há ainda que ter em consideração que os grupos comparados diferem ao nível de algumas variáveis sociodemográficas (e.g. idade e habilitações literárias), o que poderá ter influência na leitura dos resultados. Destacamos por outro lado, a forma como o ajustamento psicológico foi conceptualizado incluindo o estudo de outras dimensões psicopatológicas, para além da ansiedade e depressão.

Em conclusão, este estudo vem sugerir maiores dificuldades ao nível do ajustamento psicológico e a perceção de pior qualidade de vida (domínio físico), em doentes com AR. Tem sido reforçada a importância de, na intervenção com doentes reumáticos, manter o foco não apenas na incapacidade e função física, mas também nas consequências da doença ao nível mental e social (Sallaffi, Carotti, Gasparini, Intorcia, & Grassi, 2009). Assim, a avaliação do ajustamento psicológico dos doentes com AR torna-se relevante, não só como forma de monitorizar o *distress* psicológico, mas também de oferecer intervenções adequadas de âmbito psicossocial (Dirik & Karanci, 2010). Neste contexto, será, ainda, importante enfatizar a necessidade de ampliar este tipo de estudos, incluindo outro tipo de variáveis, de modo a contribuir para o conhecimento científico dos profissionais de saúde, e assim levar a uma diminuição ou eliminação das perturbações psicopatológicas e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Cunha et al., 2016).

REFERÊNCIAS

- Altinkensen, E., & Gelecek, N. (2011). Functional status and quality of life in patients with early and late stage rheumatoid arthritis. *Fizyoterapy Rehabilitasyon*, 22, 93-99.
- Campos, A., Silva, C., Castro, S., & Graminha, C. (2013). Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. *Revista de Fisioterapia e Pesquisa*, 20(4), 401-407. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000400016>

- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (pp. 305-333). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Carmona, L., Wolfe, F., Vos, T., Williams, B., Gabriel, S., Lassere, M., Johns, N., Buchbinder, R., Woolf, A., & Marc, L. (2014). The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(7), 1316-1322. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204627
- Cunha, M., Ribeiro, A., & André, S. (2016). Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 217, 337-343. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.098>
- Dario, A., Kulkamp, W., Faraco, H., Gevaerd, M., & Domenech, S. (2010). Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatóide. *Motricidade*, 3(6), 21-30.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64, 52-60.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2004). Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas: Plano nacional de saúde 2004-2010. Retirado de http://www.spreumatologia.pt/files/page/15_programa-nacional-contra-as-doencas-reumaticas_file.pdf
- Dirik, G., & Karanci, A. (2010). Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. *Psychology and health*, 25(5), 617-632. doi: 10.1080/08870440902721818
- Epireuma. (2014). Estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal. Retirado de http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf
- Ferreira, P. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa dos MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 33-66.
- Iaquinta, M., & McCrone, S. (2015). An integrative review of correlates and predictors of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Archives of*

Psychiatric Nursing, 29, 265-278. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.04.003>

- Matchm, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 12(52), 2136-2148. doi: 10.1093/rheumatology/ket169
- Matcham, F., Scott, I., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G., Norton, S., Scott, D., & Steer, S. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2(44), 123-130. doi: 10.1016/j.semarthrit.2014.05.001
- Salaffi, F., Carotti, M., Gasparini, S., Intorcchia, M., & Grasse, W. (2009). The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health and quality of life outcomes*, 7-25. doi: 10.1186/1477-7525-7-25
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia. (2013). *Manual informativo para o doente com artrite reumatóide*. Retirado de http://www.spreumatologia.pt/upload/Manual_DT_AR_01.pdf
- VanDyke, M., Parker, J., Smarr, K., Hewett, J., Johnson, G., Slaughter, J., & Walker, S. (2004). Anxiety in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 51(3), 408-412. doi: 10.1002/art.20474
- Ware, J., & Sherbourne, C., (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E QUALIDADE DE VIDA DO AMAZONAS (BRASIL)

Tatiane de Aguiar Romano¹ (✉ tatiromano2015@gmail.com) & Suely Mascarenhas¹

¹ Universidade Federal do Amazonas, Humaitá, Amazonas, Brasil

No contexto atual, discussões sobre desenvolvimento sustentável, qualidade de vida e a função estratégica que a educação desempenha na sociedade são de grande relevância na região amazônica. A experiência histórica do cenário amazônico tem demonstrado que não há desenvolvimento regional se não acompanhado de desenvolvimento econômico e socioambiental. Segundo Gonçalves (2013), o desenvolvimento econômico possui como uma de suas finalidades o aumento da renda e da qualidade de vida das populações. Enquanto, o desenvolvimento socioambiental almeja a conciliação entre a preservação ambiental às demandas sociais, diminuindo os riscos à saúde pública e ao meio ambiente, gerando oportunidade de renda, cidadania e conhecimento.

Neste sentido, a educação profissional torna-se de suma importância, pois exerce impacto determinante sobre as oportunidades de emprego e renda em todos os contextos sociais. De acordo com Frigotto (2000), a educação profissional é um fator indispensável para o processo de desenvolvimento, pois amplia a capacidade de adquirir e utilizar informações, aprofundando conhecimentos, vivenciando novas experiências, aumentando as chances de realização pessoal, profissional e social, à medida que contribui para a melhoria da qualidade de vida das populações.

A perspectiva deste artigo é demonstrar que o acesso à educação profissional pública de qualidade exerce impacto importante na sociedade, pois, a ampliação do acesso a cursos de formação profissional nas diversas áreas, aumenta o leque de oportunidade de emprego e renda dos cidadãos, favorecendo a construção de equidade social no cenário amazônico. Consequentemente contribuindo com a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento socioambiental da região, através da valorização da

relação entre o homem e a natureza, contemplando as dinâmicas e interações sociais e ambientais.

No que se refere ao histórico da educação profissional no Brasil, a formação do trabalhador foi marcada desde seu início com o estigma da servidão, por terem sido os índios e os escravos os primeiros aprendizes de ofício. Com isto, "... habituou-se o povo de nossa terra a ver aquela forma de ensino como destinada somente a elementos das mais baixas categorias sociais" (Fonseca, 1961, p. 68). De acordo com o autor, outros fatores influenciaram para a cristalização dessa mentalidade: (I) o trabalho pesado e as profissões manuais eram destinadas aos escravos; levando ao agravamento do pensamento generalizado de que os ofícios eram destinados aos deserdados da sorte, impedindo também, por questões econômicas, os trabalhadores livres de exercerem certas profissões; (II) a educação eminentemente intelectual que os jesuítas ministravam aos filhos dos colonos afastava os "elementos socialmente mais altos" de qualquer trabalho físico ou profissão manual.

Falar sobre o marco histórico da educação profissional no Brasil só é possível se antes, for realizado uma viagem no tempo. Pois, ao estudar a história da educação profissional no Brasil, pode-se perceber que até o século XIX não existia propostas sistemáticas de experiências de ensino, uma vez que prevalecia a educação propedêutica voltada para as elites e sua formação como dirigentes. Em 1809 foi realizada a criação do Colégio das Fábricas, pelo Príncipe Regente, futuro D. João VI, a partir desta data, pode ser considerado o início da educação profissional no Brasil (Romano et al., 2017, p.214).

A educação profissional no Brasil foi se estabelecendo de acordo com o movimento histórico da educação em nosso país. Permanecendo sempre na pauta da política educacional brasileira, com forte característica economicista, destinada à classe trabalhadora, sendo influenciada pelo modelo de desenvolvimento adotado em nosso país.

Se levarmos em consideração o contexto de crise político-econômica dos investimentos públicos, de acordo com a Proposta de Emenda à Constituição (PEC – 241/16), que propõe limitar, por 20 anos, os investimentos públicos em educação, saúde, segurança, infraestrutura etc., pode-se afirmar que a educação profissional, assim como o ensino superior, modalidade de ensino que deve estar acessível a todos os brasileiros, enquanto

categoria importante da educação profissional; estaremos cada vez longe de atingir a meta proposta no PNE (2014-2024).

O cenário amazônico historicamente sofre com a carência da oferta de educação profissional. O que gera uma dívida social histórica significativa, pois, impacta diretamente no processo desenvolvimento econômico e socioambiental do Amazonas. Prejudicando diretamente a qualidade de vida e o desenvolvimento das capacidades e potencialidades dos indivíduos, influenciando nas efetivas condições de exercício da cidadania e equidade social.

MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa apoiada pelo CNPq/FAPEAM, foi de cunho transversal quanti-qualitativa. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de que integram o caderno de coleta de dados organizado com perguntas sobre aspectos sociodemográficos como nível de escolaridade, renda, trabalho, observação “in loco” das condições de vida dos participantes da zona urbana e de comunidades dos seguintes municípios do Estado do Amazonas: Manaus, Humaitá, Benjamin Constat, Tabatinga, Manicoré e Lábrea.

Participantes

Participaram da pesquisa 1716 habitantes do Amazonas do sexo masculino e feminino com idades entre 18 e 68 anos, entre 2012-2016, habitantes dos municípios de Manaus, Humaitá, Tabatinga, Benjamin Constant, Lábrea e Manicoré, moradores tanto da zona urbana como da zona rural.

Procedimentos

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação dos instrumentos próprios pela equipe da pesquisa em horários previamente agendados durante os anos de 2012 e 2017. Os participantes colaboraram de modo

voluntário após serem informados dos objetivos da pesquisa, observando procedimentos éticos vigentes. Após a coleta, os dados receberam tratamento estatístico no LAPESAM/UFAM/CNPq e após a conferência, realizadas análises descritivas de acordo com os objetivos da pesquisa.

RESULTADOS

No que se refere ao acesso à educação formal, dos participantes da pesquisas 2,0% nunca estudou, 12,0% possui o ensino fundamental incompleto, 6,8% o ensino fundamental completo, 15,8% o ensino médio incompleto, 22,3% o ensino médio completo, 35,1% o ensino superior incompleto, 3,9% o ensino superior completo e 2,1% possui pós-graduação. Os dados revelam que 36,6% dos participantes não concluíram a educação básica na ocasião da pesquisa e apenas 22,3% haviam concluído este nível de ensino.

Quanto à educação profissional, 40% dos participantes informaram possuírem curso profissionalizante e 60% dos participantes anunciam que não possuem curso profissionalizante. O que se configura uma realidade determinada historicamente pela falta de infraestrutura para a prestação de serviços públicos de formação profissional para a população do Amazonas o que impacta sobre os indicadores da qualidade de vida dos habitantes da região amazônica, como demonstram os bancos de dados com os indicadores de desenvolvimento e bem estar social dos habitantes da região amazônica.

DISCUSSÃO

DA análise dos dados aportados pela pesquisa, podemos afirmar que as informações aportadas comprovam a hipótese da pesquisa: há uma relação direta entre o cenário educacional historicamente instalado no Amazonas e os indicadores de renda, condições objetivas para o exercício

da cidadania e, conseqüentemente, a inserção socioeconômica de sua população.

No contexto atual, discussões sobre o impacto da oferta de educação e a vulnerabilidade social existente em nosso país, são de grande relevância para a sociedade. Segundo Mascarenhas et al. (2017), na região do Amazonas, ainda existem pessoas na capital e no interior, que vivem a mercê de sua própria sorte, a espera de políticas públicas ineficientes e muitas vezes inexistentes, que não contribuem para o desenvolvimento, a sustentabilidade e a melhoria da qualidade de vida das populações.

O conceito de qualidade de vida pode ser considerado a partir da percepção do indivíduo sobre o ambiente em que vive. Por ser um tema subjetivo e complexo, para seu estudo torna-se necessário levar em consideração o modo de pensar, a cultura e os meios disponíveis de vida das populações. Segundo Paschoal (2000), o termo qualidade de vida é abstrato e explica o porquê de “boa qualidade” ter significados diferentes, para diferentes pessoas e lugares, pois, a qualidade de vida está submetida a múltiplos pontos de vista e varia conforme o tempo.

Para Massola (2015), qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e sob o sistema de valores no qual ele está inserido em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Portanto, podemos afirmar que a oferta de educação profissional adequada às especificidades do contexto amazônico, pode contribuir imensamente para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Segundo Mascarenhas et al. (2017), grande parte da população do Amazonas e de outras regiões de nosso país vive em condições precárias de existência. Em pleno século XXI, a grande parte desta população ainda é analfabeta. Em geral, essas comunidades são esquecidas pelos gestores das políticas públicas federais e municipais, sobrevivendo muitas vezes sem assistência educacional e sanitária que lhe são de direito da cidadania brasileira. Ademais, as políticas públicas, quando ofertadas, não levam em consideração as suas especificidades culturais, políticas e sociais das localidades amazônicas.

Segundo Amartya Sen (2000), as oportunidades sociais de educação e saúde complementam as oportunidades individuais de participação econômica, política, social, e estimulam as nossas iniciativas no sentido de superar privações. Como exemplos de privação de capacidades básicas o

autor destaca: fome, invalidez física e mental, doença crônica, analfabetismo, etc. Também considera que fatores sociais e econômicos tais como educação, cuidados básicos de saúde e emprego seguro são importantes não tanto por si mesmos quanto por poder oferecer às pessoas a oportunidade de enfrentar o mundo com coragem e liberdade.

O modelo de desenvolvimento socioeconômico vigente no Brasil, produto da dependência econômica externa histórica do país, é baseado nas exportações agroindustrial, agropecuária e de matérias-primas e na importação acrítica das tecnologias produzidas nos países de capitalismo avançado. Isso, ao longo do tempo, vem fazendo com que o país não tenha um modelo próprio de desenvolvimento orientado às suas necessidades econômicas e melhorias sociais. Ao invés disso, historicamente, prevalece a submissão aos indicadores econômicos ditados desde fora, aos organismos internacionais de financiamento e aos investidores internacionais, principalmente os de curto prazo, na verdade, especuladores.

A ausência de oportunidades e da promoção das capacidades de desenvolvimento laboral por meio do acesso a cursos de formação profissional no Amazonas contribui para históricos baixos níveis de renda familiar, o aumento da exclusão social e a baixa qualidade de vida de grande parte de sua população em muitos casos considerada abaixo da linha da pobreza (Portal ODM/ONU).

Da análise da totalidade das informações apresentadas e discutidas neste artigo, podemos afirmar que a histórica falta de infraestrutura pública para oferta de educação profissional para os habitantes do Amazonas exerceu impacto negativo sobre os indicadores atuais de desenvolvimento humano, social, econômico e bem estar psicossocial da população. O que sugere a necessidade da formulação de políticas públicas afirmativas para a superação desse cenário. Podemos afirmar ser de suma importância a oferta de educação profissional no contexto amazônico, pois, a formação profissional pode exercer impacto determinante sobre o desenvolvimento das potencialidades dos habitantes da região amazônicas, ampliando as oportunidades de trabalho emprego e renda em qualquer contexto social. Tais fatores influenciam diretamente na qualidade de vida e no desenvolvimento econômico e socioambiental das populações do Amazonas.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (1961). Lei nº 4.024 de 20 de dezembro de 1961. *Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Brasília, Presidência da República.
- Brasil. (1996). *Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996. Fixa diretrizes e bases para a educação nacional*, Brasília, Presidência da República.
- Brasil. (2014). *Plano Nacional de Educação*. Brasília, Presidência da República do Brasil.
- Fonseca, C. S. (1961). *História do Ensino Industrial no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Técnica, v.1.
- Frigotto, G. (2000). As relações do trabalho-educação e o Labirinto do Capital. In J. C. Azevedo, P. Gentili, A. Krug, & C. Simon (Eds.), *Utopia e Democracia na Educação Cidadã*. Porto Alegre: Ed. Universidade, UFRGS; Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre.
- Gonçalves, C. W. P. (2013). Os limites da técnica ou papel da técnica na superação do desafio ambiental contemporâneo? In Gonçalves, C. W.P. *Os porquês da desordem mundial: Mestres explicam a globalização. O desafio ambiental* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Mascarenhas, S. A. do N. (Coord.). (2017). *Base de dados Projeto de Pesquisa: mapeamento do contexto socioeducativo e avaliação do bem-estar subjetivo, bem estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de povos e “comunidades” tradicionais do Amazonas, analisando seus efeitos sobre o exercício da cidadania e inserção socioeconômica* (CNPq Processo 484218/2011-5 – Edital Universal 14/2011 e PRONEM-FAPEAM-2011-2016, DECISÃO 172/2012), LAPESAM/UFAM/CNPq, Humaitá.
- Mascarenhas, S. A. do N. Roazzi, A.; León, G. F. (2017). Impacto da educação escolar no desenvolvimento social, cidadania e qualidade de vida: Estudo em diferentes etnias na Amazônia. In Suely A. do N. Mascarenhas & J. N. Araújo (Coords.), *Desafios para o exercício da cidadania, qualidade de vida e inclusão socioeconômica na Amazonia. Pesquisa em educação, psicologia, sociedade, cultura e ambiente*. Humaitá, Amazonas, Universidade Federal do Amazonas, Grupo Multidisciplinar de pesquisa em Educação, Psicopedagogia e Psicologia Escolar – Instituto de Educação, Agricultura e Ambiente, UFAM/CNPq/FAPEAM/LAPESAM. São Paulo: Loyola.
- ONU-OBJETIVOS DO MILÊNIO-PORTAL ODM. (2017). *Relatório do Perfil Estadual do Amazonas*. Disponível em <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portallodm/perfil/BRA001013/amazonas>. Acesso em 26 jun. 2017.

- Massola, R. (2015). *O que é qualidade de vida? Podemos medi-la?* Disponível em <http://www.ricardomassola.com.br/o-que-e-qualidade-de-vida-podemos-medi-la>. Acesso em 20/11/2017.
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. São Paulo, 252p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Romano, T. de A., Loebelin, E. L., Mascarenhas, S. A. do N., & Brasileiro, T. S. A. (2017). Desafios para universalização do acesso à educação profissional no Amazonas – Direito da cidadania na Amazônia brasileira. In S. A. do N. Mascarenhas & J. N. Araújo (Coords.), *Desafios para o exercício da cidadania, qualidade de vida e inclusão socioeconômica na Amazônia., Pesquisa em educação, psicologia, sociedade cultura e ambiente*. Humaitá, Amazonas, Universidade Federal do Amazonas, Grupo Multidisciplinar de pesquisa em Educação, Psicopedagogia e Psicologia Escolar – Instituto de Educação, Agricultura e Ambiente, UFAM/CNPq/FAPEAM/LAPESAM. São Paulo: Loyola.
- Sen, A. (2000). *Desenvolvimento como liberdade*. S. Paulo: Cia. Das Letras.

IMAGEM CORPORAL POSITIVA EM ADULTOS EMERGENTES: UM ESTUDO EM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO

Teresa Medeiros^{1,2} (✉ maria.tp.medeiros@uac.pt), Ana Cunha¹, Cláudia Lima¹,
Vanessa Ponte¹, Sheila Furtado², & José Carlos Silva Mendes³

¹ Universidade dos Açores / Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Social e Humano da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, Portugal; ² Fundação Gaspar Frutuoso, Açores; ³ INTELECTO – Psicologia & Investigação, Açores

A adultez emergente é um período de desenvolvimento com características próprias, que ocorre entre os 18 e os 25 anos, acompanhando o período de estudo do ensino superior e que existe na maioria dos países industriais e pós-industriais (Arnett, 2000). Este período, diferenciado da adolescência e da adultez, caracteriza-se pela exploração da identidade, instabilidade, autocentração, vivência de um sentimento “*in-between*” e experimentação de possibilidades (*Ibidem*, 2000).

A imagem corporal é um aspeto muito importante no desenvolvimento psicológico e interpessoal dos adolescentes (Levine & Smolak, 2004; Rodrigues, Teves, & Medeiros, 2015) e continua a ser fundamental na adultez emergente. A noção de imagem corporal é considerada multi-dimensional, na medida em que abrange as perceções, as crenças, os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos relativos ao *physical self* (MacKenzie, 2012). Nas últimas décadas, o conceito de corpo bonito tem sofrido transformações, existindo uma associação do corpo ao poder e beleza, levando cada vez mais os indivíduos a sentirem-se insatisfeitos com a sua aparência (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leirós, 2009; Bosi, Luiz, Morgado, Costa, & Carvalho, 2006).

O desenvolvimento da imagem corporal está intimamente ligado à identidade de um grupo social, onde estudantes compartilham vários aspetos da representação social de corpo (Secchi, Camargo, & Bertoldo, 2009). Estudos mencionam que a maioria dos indivíduos que frequentam

o ensino superior sente-se insatisfeita com o seu próprio corpo (Laus et al., 2006; Martins et al., 2012; Souza & Alvarenga, 2016), podendo o ingresso no ensino superior ter um impacto na imagem corporal do indivíduo e a vida universitária ser uma forte influência no desenvolvimento da imagem corporal (Behmani & Kumar, 2016).

Pretende-se com este estudo contribuir para uma melhor compreensão da imagem corporal positiva nos adultos emergentes, enquanto estudantes do ensino superior, através dos objetivos seguintes: (i) conhecer a imagem corporal em adultos emergentes portugueses; (ii) verificar as variáveis preditoras da imagem corporal positiva; e (iii) contribuir para uma melhor compreensão da imagem corporal positiva.

MÉTODO

Na análise dos dados recorreu-se à metodologia quantitativa. Participaram neste estudo 240 estudantes de várias instituições portuguesas do ensino superior, com uma idade média de 20.26 anos ($DP=1.61$), sendo 77.5% do sexo feminino e 22.5% do sexo masculino, e estando 47.5% deslocados da sua residência. Os estudantes universitários encontravam-se distribuídos pelos vários anos de formação do 1.º Ciclo (1.º ano – 27.1%; 2.º ano – 38.3%; 3.º ano – 25.4% e 4.º ano – 9.2%).

Material

Para a realização deste estudo utilizou-se um Questionário Sociodemográfico, a versão portuguesa da *Body Appreciation Scale (BAS)* (Santos, 2011) e a versão portuguesa da *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (Filipa, Leal, Maroco, & Rosa, 2012).

A BAS é uma escala unidimensional que avalia a imagem corporal positiva, criada por Avalos, Tylka e Wood-Barcalow (2005), e composta por 13 itens de autorresposta, numa escala tipo *Likert*, com 5 opções de resposta. A adaptação da escala para a população portuguesa foi efetuada por Santos (2011), com 7 itens, e apresentou uma análise fatorial apropriada e uma boa consistência interna numa amostra do sexo feminino

(KMO=0.93; α =0.95) e numa amostra do sexo masculino (KMO=0.91; α =0.93).

A BSQ foi construída por Cooper, Taylor, Cooper e Fairbum (1987) com o intuito de avaliar as preocupações com a forma corporal. É uma escala unidimensional composta por 34 itens de autorresposta de tipo *Likert*, com 6 pontos, desde 1 (nunca) a 6 (sempre). A adaptação à população portuguesa foi realizada por Pimenta, Leal, Maroco e Rosa (2012), apresentando uma consistência interna α =0.97. Em 2016, uma avaliação psicométrica da BSQ numa amostra de estudantes universitárias, apresentou uma refinação da escala em 32 itens com uma consistência interna de α =0.97 (Silva, Costa, Pimenta, Maroco, & Campos, 2016).

Procedimentos

O estudo foi organizado e disponibilizado através de uma plataforma *online* (*Google Docs*). A primeira página apresentava um termo de consentimento livre e esclarecido, mantendo o anonimato e confidencialidade dos participantes. Obteve-se um total de 247 participantes, tendo sido eliminados sete por apresentarem uma idade superior a 25 anos.

Seguindo o estudo de Silva e Caramaschi (2007), seguimos a classificação total da BSQ (i.e., sem distorção, distorção leve, distorção moderada, distorção intensa). Através do *software* SPSS (versão 24 para macOS), analisou-se o KMO no intuito de testar a homogeneidade das variáveis e o alfa (α) de *Cronbach* para avaliar a fiabilidade dos instrumentos. Recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson (r), ao teste *t-Student* e ao teste ANOVA *two-way*. Com a intenção de analisar quais são as variáveis predictoras da imagem corporal positiva e preocupações com a forma corporal, utilizou-se a regressão linear múltipla, de forma a obter um modelo parcimonioso dos resultados.

RESULTADOS

Determinou-se a homogeneidade e fiabilidade das escalas, sendo os valores de BSQ [KMO=0.96 ($\chi^2(496)=5720.54$); α =0.97] e de BAS [0.93

$(\chi^2(78)=2084.33)$; $\alpha=0.94$]. Ao verificar a intensidade da associação da dimensão unidimensional da BSQ e dimensão unidimensional da BAS, os resultados apresentaram fortes níveis de intensidade e associação negativa entre as dimensões de ambas as escalas ($r=-0.74$; $p<0.001$). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e a dimensão que avalia as preocupações com a forma corporal (Quadro 1).

Quadro 1

Diferenças em Relação às Variáveis Imagem Corporal Positiva e Preocupação com a Forma Corporal, Entre Participantes do Sexo Feminino e Masculino

		N	BAS				BSQ			
			M	DP	t	p	M	DP	t	p
Sexo	Feminino	186	25.46	6.15	-0.94	0.35	81.95	34.50	2.68	**
	Masculino	54	26.31	5.11			68.19	27.84		
Deslocado	Sim	114	25.48	5.47	-0.42	0.67	80.19	31.35	0.59	0.55
	Não	126	25.80	6.34			77.64	35.45		

Nota. ** $p<0.01$.

O sexo feminino apresenta maiores níveis de preocupação com a forma corporal do que o sexo masculino (Quadro 2).

Quadro 2

Níveis de Preocupação com a Forma Corporal entre Sexo Feminino e Sexo Masculino

	Feminino	Masculino	Total
Sem Preocupação com a Forma Corporal	80	30	110
Leve Preocupação com a Forma Corporal	34	11	45
Moderada Preocupação com a Forma Corporal	31	9	40
Forte Preocupação com a Forma Corporal	41	4	45
Total	186	54	240

A regressão linear múltipla permitiu identificar o Sexo [$b=-0.17$; $t(235)=-2.62$; $p<0.05$] como preditor significativo da Preocupação com a Forma Corporal. Verificou-se que 76.2% dos participantes apresentam uma percepção positiva da sua imagem corporal (Min.=7 e Max.=35;

$M=25,65$; $DP=0.40$) e 73.3% dos participantes apresentam baixos níveis de preocupação com a forma corporal (Min.=32 e Max.=240; $M=78,85$; $DP=2.25$).

DISCUSSÃO

A presente investigação contribuiu para reforçar que ambos os instrumentos apresentam homogeneidade e fiabilidade considerados bons para a investigação sobre as preocupações com a forma corporal e avaliação da imagem corporal positiva em adultos emergentes.

A maioria dos participantes tem uma imagem corporal positiva e baixos níveis de preocupação com a forma corporal, contrariando estudos que evidenciaram insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários (Laus et al., 2006; Martins et al., 2012; Souza & Alvarenga, 2016). Os dados apresentados vão ao encontro de outros estudos que evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto à satisfação e insatisfação com a imagem corporal (Al-otaibi, Nassef, & Raouf, 2013; Behmani & Kumar, 2016; El Ansari, Dibba, Labeeb, & Stock, 2014; El Ansari, Dibba, & Stock, 2014; Laus et al., 2006; Martins et al., 2012; Martins, Carraça, Teixeira, Silva, & Petroski, 2014; Wong & Say, 2013). Contudo, os resultados devem ser interpretados com precaução, devido às constantes transformações económicas e sociais que modificam a sociedade, favorecendo condições para a vivência de uma transição para a vida adulta cada vez menos linear (Brandão, Saraiva, & Matos, 2012).

O sexo feminino apresenta maiores níveis de preocupação com a forma corporal e uma avaliação menos positiva da imagem corporal. Estes dados podem estar relacionados com o facto do corpo feminino ser representado como algo que deve ser dotado de beleza, magreza, poder, *status*, atração e aparência saudável (Secchi et al., 2009). Estudos indicam que as mulheres jovens são mais vulneráveis às pressões dos padrões socioculturais, económicos e estéticos, têm a tendência a distúrbios alimentares (Bosi et al., 2006) e apresentam maiores níveis de preocupação com a imagem e manutenção da beleza corporal (Alves, Pinto, Alves, Mota, & Leirós, 2009).

A variável sexo apresenta-se como preditora das preocupações com a forma corporal, podendo estes resultados estarem relacionados com o

facto dos níveis de satisfação com a imagem corporal estarem intimamente relacionados com a maior ou menor correspondência aos ideais de beleza, inculcados culturalmente (Alves et al., 2009). Segundo Lopes, Mendes e Reis (2017), a sociedade modela o corpo através das relações sociais e culturais, em que a imagem corporal se considera parte integrante do autoconceito psicossocial.

Sendo o início da adultez cada vez menos previsível, o impacto das relações interpessoais e aceitação influenciam a percepção mais ou menos positiva da imagem corporal (Tiggemann, 2015).

Conclui-se que a maioria dos participantes do estudo apresenta uma imagem corporal positiva e baixos níveis de preocupação com a forma corporal. Salienta-se ainda que, além do fim da adolescência e o início da adultez ser idiossincrático, também a construção da imagem corporal positiva se deve tanto a fatores intrínsecos como fatores extrínsecos, complexificando a avaliação integral de todas as variáveis que influenciam a autoconsciência da aparência.

Segundo uma revisão da literatura, a cultura no qual o adulto emergente se insere pode contribuir para a formação do conceito de imagem corporal positiva como a apreciação que o indivíduo faz do seu corpo (Homan & Tylka, 2015). No entanto, o indivíduo no seu quotidiano confronta-se com o dilema entre a imagem real (*o que eu sou*) e a imagem ideal (*o que gostaria de ser*) (Partridge, 2003).

Revela-se pertinente que na realização de futuros estudos sobre a imagem corporal se leve em consideração a avaliação da autoconsciência que o indivíduo faz da sua aparência ou outras variáveis, tais como a qualidade de vida, autoestima, Índice de Massa Corporal, otimismo (e.g., Silva, Dias, Maroco, & Campos, 2015; Smith, Wang, Plotkin, & Park, 2013; Souza & Alvarenga, 2016; Tiggemann, 2015; Wong & Say, 2013), ou variáveis de personalidade (Mendes, Figueiras, & Moss, 2016).

REFERÊNCIAS

- Al-otaibi, H. H., Nassef, S. L., & Raouf, T. A. (2013). Body shape dissatisfaction, weight status and physical activity among a sample university students in Saudi Arabia. *Scientific Research*, 2013(June), 616-625. doi: 10.4236/fns.2013.46079

- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade Fundação Técnica e Científica do Desporto*, 5(1), 1-20. doi:10.6063/motricidade.5(1).184
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480. doi: 10.1037/0003-066X.55.5.469
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285-297. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002
- Behmani, R. K., & Kumar, S. (2016). Gender and locality differences in body image among college students. *Indian Journal of Community Psychology*, 12(1), 130-138. Retrieved from <http://opac.tiss.edu/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=343788>
- Bosi, M. L. M., Luiz, R. R., Morgado, C. M. da C., Costa, M. L. dos S., & Carvalho, R. J. de. (2006). Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: Um estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2), 108-113. doi:10.1590/S0047-20852006000200003
- Brandão, T., Saraiva, L., & Matos, P. M. (2012). O prolongamento da transição para a idade adulta e o conceito de adultez emergente: Especificidades do contexto português e brasileiro. *Análise Psicológica*, 30(3), 301-313. doi: 10.14417/ap.568
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4<485:AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
- El Ansari, W., Dibba, E., Labeeb, S., & Stock, C. (2014). Body image concern and its correlates among male and female undergraduate students at Assuit University in Egypt. *Global Journal of Health Science*, 6(5), 105-117. doi: 10.5539/gjhs.v6n5p105
- El Ansari, W., Dibba, E., & Stock, C. (2014). Body image concerns: Levels, correlates and gender differences among students in the United Kingdom. *Central European Journal of Public Health*, 22(2), 106-117. doi: 10.21101/cejph.a3944
- Filipa, B. P., Leal, I., Maroco, J., & Rosa, B. (2012). Validação do Body Shape Questionnaire (BSQ) numa amostra de mulheres de meia-idade. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, P. Vagos, & I. Direito (Eds.), *Atas do 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 1139-1144). Lisboa: Placebo Editores.

- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image, 15*, 1-7. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.04.007
- Laus, M. F., Costa, T. M. B., Almeida, S. S., Bosi, M. L. M., Luiz, R. R., Morgado, C. M. da C., ... de Moraes, M. S. (2006). Apreciação corporal e modificação da aparência física em estudantes adolescentes de baixo poder aquisitivo. *Psicologia Escolar e Educacional, 16*(2), 275-282. doi: 10.1590/S1413-85572012000200010
- Levine, M., & Smolak, L. (2004). Body image development in adolescence. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory research and clinical practice* (pp. 74-90). New York: The Guilford Press.
- Lopes, M., Mendes, R., & Reis, S. (2017). Ser Mulher: Uma análise da imagem corporal entre adolescentes. *Revista Espacios, 38*, 1-9. Retrieved from <http://www.revistaespacios.com/a17v38n29/a17v38n29p03.pdf>
- MacKenzie, K. (2012). *An examination of coping strategies and mindfulness as predictors of appearance satisfaction and body image*. American University. Retrieved from <https://search.proquest.com/openview/f4587f819612a62d39b1138d3ef381cb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Martins, C. R., Carraça, E., Teixeira, P. J., Silva, A. M., & Petroski, E. L. P. (2014). Prevalence of body shape concerns and associated factors among brazilian early adolescents. *Human Movement, 15*(1), 12-20. doi: 10.2478/humo-2013-0047
- Martins, C. R., Gordia, A. P., Silva, D. A. S., Quadros, T. M. B. de, Ferrari, E. P., Teixeira, D. M., & Petroski, E. L. (2012). Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em universitários. *Estudos de Psicologia (Natal), 17*(2), 241-246. doi:10.1590/S1413-294X2012000200007
- Mendes, J. C. da S., Figueiras, M. J., & Moss, T. (2016). Influence of personality traits in self-evaluative salience, motivational salience and self-consciousness of appearance. *Psychology, Community & Health, 5*(2), 187-197. doi: 10.5964/pch.v5i2.168
- Partridge, J. (2003). *Changing faces: The challenge of facial disfigurement*. Changing Faces.
- Rodrigues, D., Teves, C., & Medeiros, T. (2015). Autoimagem e satisfação corporal na adolescência. In T. Medeiros (Coord.), *Adolescência: Desafios e riscos* (2ª ed., Cap. 8, pp. 183-208). Ponta Delgada: Letras Lavadas.
- Santos, C. F. G. (2011). *Validação transcultural das escalas ZKPQ-50-CC (personalidade), BAS (imagem corporal) e AS (ambivalência na decisão de ter relações sexuais) para adolescentes*. Instituto Superior Miguel Torga.

Retrieved from [http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/125/1/Tese Mestrado.pdf](http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/125/1/Tese%20Mestrado.pdf)

- Secchi, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 229-236. doi: 10.1590/S0102-37722009000200011
- Silva, G., & Caramaschi, S. (2007). Insatisfação com a imagem corporal em mulheres com depressão. In *I Encontro Científico e I Simpósio de Educação Unisalesiano*. São Paulo. Retrieved from <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2007/trabalho/aceitos/CC12021519813.pdf>
- Silva, W. R., Costa, D., Pimenta, F., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Psychometric evaluation of a unified Portuguese-language version of the Body Shape Questionnaire in female university students. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(7), 1-12. doi: 10.1590/0102-311X00133715
- Silva, W. R., Dias, J. C. R., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2015). Fatores que contribuem para preocupação com a imagem corporal de estudantes universitárias. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(4), 785-797. doi: 10.1590/1980-5497201500040009
- Smith, K. B., Wang, D. L., Plotkin, S. R., & Park, E. R. (2013). Appearance concerns among women with neuro fi bromatosis: Examining sexual / bodily and social self-consciousness, 2719(July), 2711-2719.
- Souza, A. C. de, & Alvarenga, M. dos S. (2016). Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários – Uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(3), 286-299. doi:10.1590/0047-2085000000134
- Tiggemann, M. (2015). Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body Image*, 14, 168-176. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.002
- Wong, L., & Say, Y. (2013). Gender differences in body image perception among Northern Malaysian tertiary students. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(3), 727-747.

DIAGNÓSTICO DE DOENÇA E LITERACIA EM SAÚDE: QUE ASSOCIAÇÕES?

Vânia Carneiro¹ (✉ 27245@ufp.edu.pt), Isabel Silva², & Glória Jóluskin¹

¹ Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal; ² Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Cada vez mais tem vindo a ser reconhecido o direito à participação e envolvimento dos cidadãos com ou sem doença, nos processos de tomada de decisão em saúde. Sabe-se que o modelo paternalista ou biomédico tem vindo a ser substituído por um modelo colaborativo, onde os cidadãos passam a deter responsabilidade pela sua saúde, passando a adotar um papel relevante em todo o processo relativo à mesma (Brabers et al., 2017; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015; Von Korff et al., 1997) deixando, deste modo, que as tomadas de decisões e escolhas se centralizem exclusivamente nos profissionais de saúde (Serrão, 2014; Sousa, 2009).

Subjacente a este facto, surge a necessidade de dotar os cidadãos com competências que lhes permitem estar à altura dessas novas exigências, com o objetivo destes serem reconhecidos como parceiros dos profissionais de saúde (OPP, 2015).

O conceito de literacia em saúde, surge como um culminar de competências e conhecimentos, necessários para que os indivíduos consigam aceder, compreender, comunicar, avaliar, analisar criticamente e tomar decisões relacionadas com a saúde, bem como para prevenir doenças e promover a saúde, com o objetivo de não só melhorar, mas também manter um estilo de vida saudável (Espanha, Ávila, & Mendes, 2015; OPP, 2015).

Deste modo, torna-se evidente que a literacia em saúde é, atualmente, considerada uma ferramenta imprescindível, não só para frequentar adequadamente o sistema de saúde, como também esta pode desempenhar um papel fundamental na manutenção da mesma, sendo destacada como um elemento pouco explorado de desigualdades em saúde (Parker, 2000; Peeson & Saunders, 2009).

Nutbeam (2000) refere a existência de três grandes tipos ou níveis de literacia em saúde – a funcional e/ou básica, a interativa e/ou comunicacional e a crítica, que têm por base a capacitação (*empowerment*) e a crescente autonomia dos indivíduos. Segundo o mesmo autor, a literacia em saúde básica e/ou funcional ilustra competências como a leitura, escrita e cálculo que permitem um adequado funcionamento ao nível da vida diária e integração nos contextos de saúde; a literacia em saúde interativa e/ou comunicacional resulta da relação entre capacidades cognitivas e sociais que são usadas diariamente para recolher informações, significados e conhecimentos, de modo a, posteriormente, dar uso a essa recolha através da participação ativa e assertiva nos cuidados de saúde; e, por último, a literacia em saúde crítica, tal como a anterior, integra competências cognitivas e sociais, competências essas que devem ser usadas em reflexões críticas perante informações adquiridas, com o objetivo de depois usar essas mesmas informações para adotar comportamentos de controlo, autonomia, tomada de posição e poder face aos acontecimentos que vão surgindo ao longo da vida, nomeadamente através da participação em ações e tomadas de decisões ligadas à saúde e doença (Nutbeam, 2000).

A literatura revela que indivíduos que sofrem de alguma doença apresentam valores mais baixos de literacia em saúde, comparativamente àqueles sem um diagnóstico médico, independentemente da idade (Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016), ainda que fosse expectável que, quando acompanhados a longo prazo pelo sistema de cuidados de saúde, os indivíduos com algum diagnóstico médico beneficiassem de um eventual efeito promotor da literacia em saúde resultante desse mesmo envolvimento (Veiga & Serrão, 2016).

Um estudo desenvolvido por Saraiva e Luz (2017) realizado com doentes crónicos, mais concretamente com pessoas com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), concluiu que, perante uma doença crónica e com aptidões de literacia, o contacto direto, regular e prolongado com o sistema de saúde, pode contribuir não só para a compreensão e conhecimento do seu próprio estado de saúde, como também para a aquisição de competências relacionadas com a gestão, tomada de decisão e utilização adequada dos cuidados de saúde (Saraiva & Luz, 2017).

Assim, o presente estudo de natureza transversal tem como principal objetivo comparar pessoas com e sem diagnóstico médico de doença quanto à literacia em saúde e analisar se a duração da doença se encontra associada ao nível de literacia em saúde nas pessoas a quem foi feito um diagnóstico.

MÉTODO

Participantes

Foi estudada uma amostra tendo por base um método não-probabilístico de amostragem por conveniência, constituída por 315 indivíduos portugueses, dividida em dois grupos:

O grupo 1 – “sem doença”, é composto por 258 participantes, dos quais 36% ($n=93$) são do sexo masculino e 64% ($n=165$) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos ($M=33,36$; $DP=13,08$), tendo a maioria como habilitação literária o Ensino Superior (64,7%).

O grupo 2 – “com doença”, é constituído por 57 participantes, dos quais, 24,6% ($n=14$) são do sexo masculino e 75,4% ($n=43$) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos ($M=42,70$; $DP=17,55$), tendo a maioria como habilitação literária o Ensino Superior (61,5%). Relativamente às variáveis clínicas, no grupo 2 – “com doença”, foram várias as doenças referidas pelos participantes, são exemplos as seguintes: Hipertensão Arterial ($n=10$; 12,7%); Asma ($n=9$; 11,3%); Diabetes ($n=6$; 7,6%); Tiroide ($n=6$; 7,6%); Rinite Alérgica ($n=5$; 6,3); Depressão ($n=4$; 5,1%); Anemia ($n=3$; 3,8%); Osteoporose ($n=3$; 3,8%); Artroses ($n=2$; 2,5%); Reumatismo Arterial ($n=2$; 2,5%), Bronquite ($n=2$; 2,5%); Doença de Crohn ($n=2$; 2,5%); Colesterol ($n=2$; 2,5%), entre outras. Face à duração da doença, estes afirmam que sofrem de doença, em média, há um ano ($M=12,1$; $DP=11,21$), sendo que, 17,9% ($n=10$) assinalou que esteve internado no último ano, sendo que apenas um doente referiu a ocorrência de mais do que 1 internamento nesse período.

Os dois grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação à idade ($t=-3,639$; $p<0,05$), sendo que o Grupo 1 apresenta uma

média de idades inferior ($M=33,36$; $DP=13,08$) ao Grupo 2 ($M=42,70$; $DP=17,55$). Contudo, os grupos não se distinguem de forma estatisticamente significativa em relação ao sexo ($\chi^2=2,746$; $p>0,05$). Os dois grupos diferem de forma estatisticamente significativa quanto ao seu nível de escolaridade ($\chi^2=16,214$; $p<0,05$), sendo que os participantes do Grupo 2 apresenta maior frequência em níveis de ensino mais baixos (entre o 1º e o 3º ciclo do ensino básico) do que os do Grupo 2.

Material

Para a recolha dos dados, os participantes responderam a dois instrumentos: primeiramente a um questionário sociodemográfico e clínico e de seguida à Escala de Literacia em Saúde (ELS).

O questionário sociodemográfico e clínico foi elaborado especificamente para a presente investigação e visa recolher informações relativas a variáveis sociodemográficas, tais como: idade, sexo e escolaridade e variáveis clínicas, nomeadamente: se sofre de alguma doença, se sim, qual(ais); há quanto tempo sofre de doença; e por último, se esteve internado no último ano, quantas vezes isso aconteceu.

A Escala de Literacia em Saúde – ELS (Silva, Jólluskin, & Carneiro, versão em estudo), é composta por 111 itens, que visam avaliar três domínios essenciais da literacia em saúde: (1) literacia funcional; (2) literacia comunicacional; e, por último, (3) literacia crítica.

O primeiro domínio correspondente à literacia funcional integra 21 itens que se referem à capacidade para aceder a informação sobre saúde; A segunda dimensão diz respeito à literacia comunicacional e engloba 31 itens que se referem a questões relacionadas com a capacidade para compreender e comunicar informações acerca da saúde; E, por último, a dimensão da literacia crítica, inclui 59 itens, relacionados com a capacidade para usar de forma crítica e reflexiva de forma a tomar decisões autónomas acerca da saúde.

A Escala de Literacia em Saúde expõe de cinco opções de resposta, para cada um dos itens, numa escala de *Likert*, ora de facilidade/dificuldade (“*muito difícil; difícil; nem difícil nem fácil; fácil; muito fácil;*”), ora de concordância/discordância (“*sempre, muitas vezes; algumas vezes; raramente; nunca*”) face à situação apresentada.

O cálculo do *score* total e de cada uma das três subescalas é realizado através da soma dos valores obtidos em cada item, sendo o somatório final convertido em percentagem. Neste sentido, o valor mínimo que é possível obter é 0 e o máximo é 100, quanto maior o valor, maior é o nível de literacia em saúde apresentado pelo participante.

Relativamente aos pontos de corte para a escala total e para as três subescalas, assume-se como ponto intermédio os 50%. Tudo o que encontrar abaixo, considera-se como sendo fraco e tudo o que estiver acima, como sendo razoável. Estes valores foram definidos tendo em conta, por um lado, a lógica teórica das opções de resposta e, por outro, o estudo da sensibilidade o instrumento que revelou serem estes pontos de corte que permitem distinguir grupos quanto à sua perceção do estado de saúde.

A Escala de Literacia em Saúde revelou apresentar uma elevada fidelidade quer para a escala global ($\alpha=0,97$), bem como para as três respetivas subescalas: literacia em saúde funcional ($\alpha=0,87$), literacia em saúde comunicacional ($\alpha=0,97$) e literacia em saúde crítica ($\alpha=0,96$).

Procedimento

Para a realização desta investigação, o presente estudo passou por várias etapas. Começou-se por solicitar à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, a autorização para a realização do presente estudo. Após parecer positivo da mesma, passou-se para a construção dos questionários no *Google Forms*, de forma, a posteriormente, ser realizado um convite à participação através de redes sociais e *mailing lists* institucionais, tendo sido os questionários administrados através de *via-online*, após terem sido salvaguardadas todas as questões éticas envolvidas.

A recolha dos dados decorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2017, após autorização livre e concedida pelos participantes. Os dados recolhidos foram automaticamente codificados numa base de dados em Excel e, posteriormente, transferidos para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) com o intuito de se proceder à análise estatística dos mesmos.

A seleção de participantes obedeceu a três requisitos essenciais: (i) ser maior de idade, ou seja, indivíduos com idade igual ou superior a 18 ano;

(ii) de língua materna portuguesa; e (iii) capaz de dar o seu consentimento informado de forma livre.

RESULTADOS

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto ao nível da Literacia em Saúde globalmente considerado ($t=0,87$; $p>0,05$), da Literacia em Saúde Funcional ($t=1,579$; $p>0,05$), da Literacia em Saúde Comunicacional ($t=1,017$; $p>0,05$) e da literacia em Saúde Crítica ($t=0,189$; $p>0,05$), que revelam ser razoáveis, com exceção do domínio crítico, que é considerado fraco.

Quadro 1

Comparação dos resultados entre o Grupo 1 (Sem doença) e o Grupo 2 (Com doença) face à Literacia em Saúde (total e subescalas)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Literacia Funcional	Grupo 1	147	64,5368	12,37746
	Grupo 2	28	59,2262	16,96206
Literacia Comunicacional	Grupo 1	170	74,2979	15,30325
	Grupo 2	30	71,1559	17,22329
Literacia Crítica	Grupo 1	162	32,0293	6,91031
	Grupo 2	30	31,7643	7,78239
Literacia Total	Grupo 1	92	57,7528	8,92602
	Grupo 2	20	55,5957	12,37746

No Grupo 2 – “Com doença”, os resultados apontam para a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa e moderada entre a duração da doença e o nível de Literacia em Saúde Total ($r=-0,521$; $p<0,05$). No entanto, quando controladas a idade e a escolaridade, essa correlação perde significância estatística ($p>0,05$).

Quando analisadas as associações entre a duração da doença e a Literacia Funcional ($r=0,32$; $p>0,05$), Literacia Comunicacional ($r=0,12$; $p>0,05$) e Literacia Crítica ($r=0,29$; $p>0,05$), estas revelaram não ser estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

Ao nível dos resultados ficou clara a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com e sem diagnóstico de doença relativamente à sua percepção de competência no domínio da literacia em saúde, quer quando esta é globalmente considerada, quer quando analisados os seus domínios específicos – Literacia Funcional, Comunicacional e Crítica –, sendo que em todos os domínios a percepção de competência por parte dos participantes revela ser razoável, com exceção do que respeita à Literacia Crítica, que mostrou ser pobre. Estes resultados não corroboram os apresentados por outros estudos que sugerem que são os indivíduos com diagnóstico médico de doença aqueles que apresentam valores inferiores de literacia em saúde (Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016).

Nos indivíduos com diagnóstico de doença, verifica-se que existe uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a duração da doença e a literacia em saúde, sendo que quanto maior a duração da doença, menor revelou ser o nível de literacia em saúde, associação que parece estar essencialmente relacionada com a sua idade e a escolaridade, uma vez que quando controladas estas variáveis essa associação deixa de se verificar.

Obviamente, não poderá ser desvalorizada a pequena dimensão do grupo de participantes com diagnóstico de doença avaliado, nem tampouco o facto do presente estudo ter um desenho de natureza transversal. Estes aspetos não permitem arriscar qualquer tipo de generalização destes resultados. Contudo, não podemos deixar de refletir que os resultados sugerem que aquelas pessoas que deveriam beneficiar dos serviços de saúde e do efeito promotor da literacia em saúde e de *empowerment* dos utentes, uma vez que mantêm um contacto direto, regular e, muitas delas, até mesmo duradouro no tempo, são aquelas que apresentam menor grau de literacia em saúde, o que, aliás, vai ao encontro do constatado por outros estudos (Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016). Os resultados deste estudo parecem reforçar a ideia de que não existe, ao nível da literacia em saúde, um efeito protetor do contacto com os serviços de saúde, o que alerta para a importância de se avaliar com maior profundidade esta

realidade, caracterizando necessidades e oportunidades para intervenção neste domínio.

REFERÊNCIAS

- Brabers, A., Rademakers, J., Groenewegen, P., Dijk, L., & Jong, J. (2017). What role does health literacy play in patients involvement in medical decision-making? *Plos One*, *12*, 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0173316
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*, 259-267. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa.
- Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, *15*, 277-283. doi: 10.1093/heapro/15.4.277.
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter. *Health Promotion International*, *24*, 285-296. doi: 10.1093/heapro/dap014.
- Saraiva, C., & Luz, M. (2017). Teste de literacia funcional em saúde no adulto: Processo preliminar de adaptação cultural e validação. *Revista Baiana de Enfermagem, Salvador*, *31*, 1-12. doi: 10.18471/rbe.v31i1.17986
- Serrão, C. (2014). Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas portuguesas. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp. 21-32). Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Sousa, P. (2009). O serviço de saúde em Portugal: Realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, *22*, 884-894.
- Veiga, S., & Serrão, C. (2016). Health literacy of a sample of Portuguese elderly. *Applied Research in Health and Social Sciences: Interface and Interaction*, *13*, 14-26. doi: 101515/arhss-2016-0003.
- Von Korff, M., Gruman, J. Schaefer, J. Curry, S.J., & Wagner, E.H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, *127*, 1097-1102.

SAÚDE MENTAL E A PRESENÇA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM AERONAUTAS

Walkyria Busato Will¹ (✉ walkyriabusatowill@hotmail.com), Cloves Antonio de Amíssis Amorim¹, Julianna Rodrigues Beltrão¹, Ana Maria Moser¹, & Leonardo Gabriel Chimelli Gheller²

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil; ²Universidade Positivo, Brasil

A Síndrome de *Burnout* pode ser entendida como um fenômeno psicossocial resultante de prolongados níveis de estresse provenientes do trabalho resultando em exaustão emocional, redução de satisfação profissional e distanciamento das relações pessoais. O *Burnout*, de acordo com Trigo, Teng e Hallak (2007) é um fator de risco ocupacional para as profissões que desenvolvam e mantenham cuidados com saúde, educação e serviços humanos, tais como a aviação.

Considerada um processo crônico de estresse, a Síndrome de *Burnout*, de acordo com Maslach e Jackson (1981), é composta por três vertentes: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho. A primeira vertente se relaciona à ausência de recursos emocionais para lidar com as situações presentes no contexto laboral e a um sentimento de esgotamento. O segundo componente, despersonalização, é o desenvolvimento de sentimentos e comportamentos negativos com as pessoas do ambiente de trabalho. Aqui, as pessoas passam a se perceber e a perceber os outros por meio de uma visão desumana, objetificada. A última vertente se caracteriza por uma auto avaliação pessimista e negativa. Podendo ocorrer uma descrença do sentimento de competência e da capacidade no âmbito laboral.

O trabalho de um piloto é composto pela relação mútua de funções cognitivas, físicas e emocionais tanto com os que estão em terra auxiliando o voo, como com os passageiros e com a equipe que tripula a nave junto com o piloto. Essa inter-relação muitas vezes é geradora de estresse e descontentamento no profissional e em seu meio de trabalho. O estresse

laboral também está ligado ao desgaste gerado pela contínua necessidade de se atualizarem à novos sistemas de navegação e informações com instruções, na maioria das vezes, arcaicas quando comparadas às tecnologias disponíveis e exigidas pelas companhias aéreas. Essas situações, quando somadas às exigências, carga laboral do aviador e expectativas pessoais, acabam por se tornar fontes constantes de estresse, possibilitando o surgimento da Síndrome de *Burnout*.

O trabalho do aeronauta e seu contexto organizacional é uma atividade laboral de transporte que exige um controle sobre um sistema complexo interligado com diversos tipos de operações e tarefas, sujeito a diversos estressores que conseqüentemente afetam a segurança do piloto, equipe, passageiros, civis. O surgimento da Síndrome de *Burnout*, resultante do estresse laboral, pode por tanto ocasionar prejuízos à segurança do voo. O objetivo deste estudo foi investigar os agentes estressores desencadeantes da Síndrome de *Burnout* e o seu conhecimento por parte dos pilotos.

MÉTODO

Este trabalho caracteriza-se como um estudo de abordagem qualitativa de corte transversal, com a perspectiva clínica e psicossocial. Para o levantamento e melhor contextualização da base teórica foi realizada uma pesquisa bibliográfica afim de se estabelecer um maior contato com as publicações sobre o tema.

Participantes

A amostra que participou do trabalho foi composta por sete pilotos com idades que variaram dos 29 aos 65 anos, todos do sexo masculino. Quanto ao estado civil dos participantes 51,14% eram casados e 45,86% solteiros.

Material

Aplicou-se individualmente dois instrumentos, sendo eles o MBI (*Maslach Burnout Inventory*) e uma entrevista semi-dirigida. A primeira escala, elaborada por Maslach e Jackson (1986), traduzida e adaptada por

Benevides-Pereira (2001), visa avaliar a Síndrome de *Burnout* em trabalhadores, por meio de 22 itens que avaliam as três dimensões do *Burnout* – exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. O sistema de pontuação da escala MBI, tipo likert, utiliza uma pontuação de 0 a 6. Usa-se 0 para “nunca”, 1 para “quase nunca”, 2 para “algumas vezes”, 3 para “regularmente”, 4 para “bastante vezes”, 5 para “quase sempre” e 6 para “sempre”. A segunda ferramenta aplicada foi a entrevista semi-dirigida elaborada para esse estudo. Esse instrumento visou um levantamento das condições laborais no que diz respeito ao ambiente e à organização do trabalho dos pilotos, suas percepções sobre os estressores e por fim os efeitos na saúde e no desempenho desses profissionais.

RESULTADOS

O tempo de experiência variou de 6 a 45 anos. 71,42% apresentavam curso superior. 71,42% desconheciam a Síndrome de *Burnout*. 42% declararam saúde ótima. Procedeu-se análise textual discursiva com a utilização da estratégia de discurso do sujeito coletivo (DSC) para a análise dos dados das entrevistas. Entre os discursos destacam-se: “Fiquei com a fama de estressado. Para mim e para qualquer piloto é difícil falar sobre problemas emocionais”; “Me sinto completamente estressado e exausto mentalmente”. Os participantes apresentavam elevado nível de estresse, presença de alguns sintomas da Síndrome de *Burnout* e em especial, o desconhecimento da mesma.

DISCUSSÃO

Observou-se conexões entre trabalho, família e bem-estar relatados. Há escassez de estudos empíricos que apontem quais efeitos cascata podem ser percebidos na população que esta relacionada ou depende da aviação. Além da ausência de estudos que abordem intervenções preventivas.

A partir da análise dos discursos, dos resultados obtidos através dos instrumentos e revisão bibliográfica, pode-se estabelecer estratégias de intervenção em três níveis. O primeiro, visa reduzir a influencia de agentes estressores presentes no ambiente de trabalho. O segundo relaciona-se a

um gerenciamento individual e pessoal do estresse. O último nível de estratégia de intervenção deve-se dar por meio de programas que acompanhem e aconselhem os pilotos.

No primeiro nível de prevenção se faz necessário conhecer os agentes estressores presentes no trabalho do aeronauta. Quando questionados sobre os tipos de eventos que mais incomodam durante o voo (vibrações, voar durante o dia, voo noturno, condições climáticas) encontrou-se que os eventos que mais incomodaram os pilotos foram as condições meteorológicas degradadas, que demandam maior carga de trabalho (atenção e monitoramento), a mecânica da aeronave, e a falta de hábito com os equipamentos exigidos para o voo por instrumentos; some-se a isso a baixa autonomia da aeronave em tais condições meteorológicas e ainda a aérea de voo (por exemplo Amazônia).

Martins (2010) ao analisar a sobrecarga do trabalho procedeu uma análise sobre o voo com e sem visibilidade, ele listou cinco achados em um de seus estudos. O primeiro afirma que existe uma substancial diferença na presença do tipo de erro cognitivo (58,82 %) para voos sem visibilidade e (29,79%) voos com visibilidade (o dobro do índice). Em seguida o autor relata que pode-se estabelecer uma forte influência comportamental dos pilotos em voos relacionado com voo com e sem visibilidade. O terceiro achado assinala que o vetor trabalho pressiona quase três vezes mais e o vetor saúde é quase o dobro em voos sem e com visibilidade. Existe correlação entre estes fatores saúde/trabalhista e o tipo de erro cognitivo que é 58,82 % para voos sem visibilidade e 29,79% para voos com visibilidade. Por fim, o tipo de erro relacionado à decisão que também se mostra com muita diferença na visibilidade do voo (mais do triplo para voos sem visibilidade – 47% e 15,18%).

Itani (2009) quando analisou práticas de gestão e cuidados com a saúde de aeronautas, afirmou que nesse setor não há acompanhamento das condições de trabalho; controladores (as) e pilotos não contam com serviços de orientação e promoção de saúde nos locais de trabalho e destacou ainda “foram identificados agravos na saúde de pilotos que trabalham em jornadas irregulares e vivendo precárias condições de repouso, mas não tem sido objeto de atenção” (Itani, 2009, p. 209).

Conforme relato dos pilotos entrevistados, o afastamento de aeronautas por motivos de saúde acaba gerando rumores negativos que se alastram e que causam consequências prejudiciais para a carreira. Além

disso, referiram que os aviadores que por necessidade tiram licença para tratar de sua saúde acabam por ficar com fama de estressados e tarjados como perigosos, sendo recomendado que os outros profissionais não se aproximem desses que estavam afastados. Os pilotos revelam ainda que nesse âmbito e realidade profissional é difícil e quase inviável se falar sobre problemas emocionais.

Considerando a judicialização das comunicações de acidentes de trabalho e a falta de cuidado ético na divulgação de informações pessoais pode contribuir para a recusa de pedido de ajuda em situações de saúde e especialmente de saúde mental.

Por outro lado podemos afirmar que quando o sujeito não tem acolhimento no ambiente de trabalho esta vivencia pode provocar estresse e que as políticas de saúde ocupacional deveriam implementar ações para melhorar a saúde dos trabalhadores. Vale ressaltar que os pilotos referem que políticas de saúde no âmbito laboral existem, entretanto nenhum aeronauta faz uso desses recursos pelo medo de perseguição e de concorrência.

Conforme já analisado por Martins (2010), as pessoas podem ter medo de se expor e sofrer retaliações. Além das condições e dos medos de sofrer retaliações, outra variável considerada no estudo foi o ambiente familiar.



Figura 1. Modelo de qualidade de vida Schalock (2004), traduzido e adaptado de Mas (2014, p. 32)

Pode ocorrer conflito na relação trabalho família e desencadear estresse no piloto. A percepção que o profissional tenha do seu trabalho, a quantidade de horas que ele o dedica, pode incidir no tempo que ele dedica a sua família (Mas, 2014; Mas, Desiderio, & Carrara, 2015).

De acordo com Geraldis, Rezende e Silva (2010, p. 113) “é muito fácil esquecer que aqueles que trabalham como profissionais da viação em primeiro lugar são pessoas, que possuem famílias e atividades fora do trabalho”. Cambraia (2006) afirma que o indivíduo sobre pressão extrema mostra sinais de falta de concentração, confusão, ausência de tomada de decisão e que podem estar relacionadas com ameaças e perdas e, conflitos extra organizacional.

Os discursos dos pilotos entrevistados sobre as condições de trabalho e a relação com a Síndrome de *Burnout* mostram que sua saúde ainda é quase de responsabilidade exclusivamente própria, inexistindo políticas que possibilitem a monitoria e o acompanhamento da saúde e do bem-estar desses profissionais. Em sua quase totalidade os entrevistados estão satisfeitos com seu trabalho, sentem-se realizados, afirmam que sua saúde é ótima ou boa, e não reconhecem os detonantes do estresse laboral ou omitem a informação, provavelmente pelo mecanismo da desejabilidade social.

Quando questionados sobre os maiores desafios e incômodos, encontraram-se as condições meteorológicas e a visibilidade, especialmente quando se viaja a noite ou madrugada. Outro dado relevante diz respeito ao ambiente familiar, reconhecendo a interação dos universos trabalho e família com a sua saúde e o bem-estar.

É fundamental ter presente que este estudo de abordagem qualitativa é de natureza exploratória e não permite generalizações. Futuros estudos poderiam avaliar o nível de estresse, suas modalidades e inclusive a incidência da Síndrome de *Burnout*.

Finalmente, como nos estudos internacionais, os pilotos têm uma percepção de sua eficácia como elevada e adequada; porém desconhecem que a Síndrome de *Burnout* é uma erosão silenciosa que poderá afetar sua saúde e o seu desempenho profissional ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

- Aguirre Mas, C., Vauro Desiderio, M. R., & Labarthe Carrara, J. (2015). Estresores laborales y bienestar en el trabajo en personal aeronáutico de cabina. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 292-308. Recuperado em 18 dezembro, 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300007

- Barreto, M. R. M., & Fonseca, C. S. (2010). Suporte psicológico após ocorrência de acidente aeronáutico: Relato de uma experiência. *Revista Conexão SIPAER*, 1(3), 195-206. Recuperado em 20 dezembro, 2017, de <http://conexaosipaer.cenipa.gov.br/index.php/sipaer/article/view/49>
- Bauer, R. C., Caminha, R. M., & Kristensen, C. H. (2011). Acidente Aeronáutico E Suas Implicações No Desenvolvimento Do Transtorno De Estresse Pós-Traumático-Tept. *Revista Conexão SIPAER*, 3(1), 265-275. Recuperado em 19 dezembro, 2017, de <http://conexaosipaer.cenipa.gov.br/index.php/sipaer/article/view/128>
- Celestino, V. R. R., Marqueze, E. C., & Bucher-Malushcke, J. S. (2015). Fadiga em sistemas complexos: Aplicação ao transporte aéreo regular de passageiros. *Revista Conexão Sipaer*, 6(1), 18-28. Recuperado em 19 dezembro, 2017, de <http://conexaosipaer.cenipa.gov.br/index.php/sipaer/article/view/307>
- da Silva, R. L. M., & Borges, C. M. P. P. R. (2010). O impacto psicológico causado por um evento traumático na atividade de controle de tráfego aéreo. *Revista Conexão Sipaer*, 2(1), 58-96. Recuperado em 18 dezembro, 2017, de <http://conexaosipaer.cenipa.gov.br/index.php/sipaer/article/view/58>
- Ribeiro, S. L. O., de Assis, M. R., & Loterio, C. P. (2000). Sintomas de estresse e estratégias de defesa: uma proposta de intervenção em controladores de tráfego aéreo. *Revista Saúde em Movimento*, 1(1). Recuperado em 20 dezembro, 2017, de http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/ciencia_e_fisioterapia/v1n1a3.pdf
- Feijó, D., Luiz, R. R., & Câmara, V. M. (2014). Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em pilotos civis. *Cadernos de Saúde Pública*, 2433-2442. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151212>
- Geraldis, E. A., da Mata Rezende, R. A., & Silva, R. R. (2010). Gerenciamento do estresse em incidente crítico: Sua importância para a navegação aérea e aeroportos. *Revista Conexão SIPAER*, 1(3), 111-129. doi: 10.1002/job.4030020205
- Heloani, R. (2008). Sob a Ótica dos Pilotos: uma reflexão política sobre condições e organização do trabalho dos controladores de vôo. *Revista Psicologia Política*, 8(16), 205-230. Recuperado em 18 dezembro, 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2008000200003
- Itani, A. (2009). Saúde e gestão na aviação: A experiência de pilotos e controladores de tráfego aéreo. *Psicologia & Sociedade*, 21(2). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200007>
- Kube, L. C., & Moreira, S. B. (2013). Carga laboral, distribuição de estresse e aptidão físico-profissional de cadetes aviadores da Academia da Força Aérea. *Revista Conexão SIPAER*, 4(3), 94-115. Recuperado em 20 dezembro, 2017,

de <http://conexaosipaer.cenipa.gov.br/index.php/sipaer/search/authors/view?firstName=Luciene&middleName=Conte&lastName=Kube&affiliation=Academia%20da%20Força%20Aérea%2FUniversidade%20da%20Foga%20Aérea&country=BR>

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Mistura, G. V., & da Silva Filho, A. I. (2010). Custo humano, prazer e sofrimento no trabalho: um estudo com aeronautas. *Revista Conexão SIPAER*, 1(3), 69-100. Recuperado em 19 dezembro, 2017, de <http://conexaosipaer.cenipa.gov.br/index.php/sipaer/article/viewFile/44/78>
- Rampelotto, C. M., & Abaid, J. L. W. (2011). Estratégias de coping utilizadas por pilotos de caça. *Barbarói*, 35, 30. <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.1731>
- Roos, D., & Menezes, T. (2015). Desastres aéreos e intervenções psicológicas: Prevenção do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Conexão Sipaer*, 6(1), 61-64. Recuperado em 20 dezembro, 2017, de <http://conexaosipaer.cenipa.gov.br/index.php/sipaer/article/view/303>
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>

PROJETO IN_DEPENDÊNCI@S: PROMOÇÃO DA GESTÃO SAUDÁVEL DOS COMPORTAMENTOS ONLINE

Andrea Costa¹ (✉ ac20.5.92@gmail.com), Ana Isabel dos Santos², & Ivone Patrão¹

¹ ISPA – Instituto Universitário, Promoting Human Potential Research Group, Portugal;

² Município de Azambuja, Divisão de Desenvolvimento Social – Saúde e Acção Social, Portugal

A internet representa um importante instrumento que dá acesso a serviços, a informações, a relações pessoais, ao lazer, entretenimento e aprendizagem. Ao mesmo tempo representa riscos e desafios sobre o seu conhecimento ao público em geral (UNICEF, 2013). É a fonte mais complexa e completa de informação na atualidade, onde inúmeros *sites* se encontram relacionados com a saúde (Nettleton, Burrows, & O'Malley 2005).

Em 2009, a internet sofreu uma ascensão, sendo usada por mais de metade da população portuguesa (Ponte, 2016). No campo da educação, o acesso à internet e às tecnologias, permite ao aluno e ao professor ter e facultar uma aprendizagem mais apelativa, promovendo o sucesso educativo. O facto de os jovens crescerem nesta era, faz com que a socialização passe muito pela Internet e pelo uso excessivo da mesma, tendo provocado efeitos menos positivos na saúde e no bem-estar dos indivíduos, ficando em segundo plano a família, os amigos e tudo o que envolva a socialização presencial (Sá, 2012).

O termo dependência da internet, explica o uso incontroável e prejudicial desta tecnologia (Young, 2009). Os jovens que são considerados como dependentes, apresentam relações familiares com percursos de conflito, abandono e perdas, sendo que as horas despendidas *online* tornam-se em dias, e as relações de contacto social começam a ser escassas (Patrão, 2017). Muitos destes jovens utilizam um dispositivo em comum, o telemóvel (Anshari et al., 2016), que segundo Patrão e Sampaio (2016), é o dispositivo mais utilizado para se aceder à internet.

É um dispositivo que permite ao jovem estar conectado à internet vinte e quatro horas (Anshari et al., 2016), refletindo, na grande maioria, a não utilização de mecanismos protetores, criando um nível de vulnerabilidade onde toda a informação a partir do momento que se torna pública, fica fora do controlo do individuo, sendo necessário o desenvolvimento de comportamentos protetores (Patrão, 2017; Valente & Osório, 2016). A maioria dos jovens têm o telemóvel constantemente ligado, como podemos ver no estudo de Ferreira e Tomé (2010), apenas 40,8% desligam o telemóvel nas aulas, 39,7% desligam no cinema, 18,6% desligam a estudar e 11,4% desligam em família, às refeições, a ver televisão e etc. Ainda no mesmo estudo, muitos jovens afirmaram que recebem frequentemente chamadas e mensagens quando estão deitados (18,8%).

Intervenções na comunidade têm sido desenvolvidas, face à crescente problemática. Na Ásia, as dependências *online* são frequentes, sendo criados campos de treino onde se promove a privação dos dispositivos eletrónicos, a organização de atividades de grupo, a promoção face a face e programas de exercício físico. Nos Estados Unidos da América subsiste um centro de tratamento de dependência da Internet, onde o sujeito elabora diários de atividades na Internet, treino de competências de gestão de tempo e reestruturação de distorções cognitivas. No Brasil, o Grupo de Dependências Tecnológicas é constituído por um grupo de psicoterapia, de orientação para os pais e palestras mensais para toda a população. A nível Europeu, existem centros de tratamento ambulatorio e internamento e consultas de especialidade em serviços psiquiátricos de hospitais centrais (Patrão et al., 2016). Em Portugal, o Núcleo de Utilização Problemática da Internet (NUPI), do Hospital Santa Maria (HSM), recebe jovens dos 14 aos 30 anos, onde é elaborada uma intervenção individual e familiar definindo-se um conjunto de regras para uso da tecnologia (Patrão et al., 2016).

Em suma, a ascensão da internet transformou os conceitos de sociedade e comunicação, estando cada vez mais subjacentes nos jovens (Cabral et al., 2009). A utilização frequente dos telemóveis faz desta tecnologia um elemento central no quotidiano dos jovens (Ferreira & Tomé, 2010). Assim, apresenta-se a primeira fase do projeto IN-dependênci@s, que engloba a caracterização dos comportamentos *online* dos alunos do 7º ano do parque escolar do município da Azambuja, que servirá de base para o planeamento da 2º fase de promoção da gestão saudável da tecnologia.

MÉTODO

Participantes

A amostra constituiu-se por 180 alunos do 7º ano, que se encontram distribuídos por três Agrupamentos de Escolas. O Agrupamento de Escolas de Azambuja é constituído por 136 alunos, 56,5% do género masculino, com média de idades $M=12,59$; $DP=0,96$; do agrupamento de escolas do Alto da Azambuja – Escola E B I Manique Do Intendente é constituído por 24 alunos, 58, 3% do género masculino, com média de idades $M=12,75$; $DP=0,84$ e do Agrupamento Vale Aveiras é constituído por 20 alunos, 50 % do género masculino, com média de idades $M=12,85$; $DP=1,04$.

Material

Foi desenvolvido um questionário referente às dependências *online* e ao telemóvel, constituído por 7 questões, sendo pedido a cada participante que enunciasse a sua idade, escolaridade e sexo. Seguidamente, os participantes são convidados a responder às questões, de cariz aberto, deixando que cada participante respondesse ao que lhe era requerido.

Procedimento

A aplicação do questionário procedeu-se em sala de aula na presença dos alunos do mesmo modo em todos os agrupamentos de escolas. Após uma breve explicação, foi distribuído um questionário a cada aluno na aula de tecnologia da informação e comunicação (TIC). As sessões de informação, sensibilização e promoção foram realizadas sempre em sala de aula, e decorreram ao longo do ano letivo 2016/2017. Ao longo do mesmo ano letivo foram realizados pelos alunos e professores, diversos trabalhos de cariz lúdico pedagógico, no âmbito da promoção e comportamentos saudáveis, no que concerne ao uso das novas tecnologias. Estes trabalhos foram criados em diversos formatos de apresentação, sendo que os mesmos foram apresentados e divulgados no final do ano letivo, onde foram

envolvidos todos os alunos de todos os Agrupamentos de Escolas do 7 ano de escolaridade.

RESULTADOS

O agrupamento de escolas do Alto da Azambuja – Escola EBI Manique do Intendente, constituiu-se por 24 participantes, 58,3% do sexo masculino, com média de idades de $M=12,75$; $DP=0,84$. As horas despendidas *online*, foram em média $M=2:48:07,50$. A maioria dos participantes tem telemóvel (91,7%), não jogam pokémon (95,8%), a sua família não joga pokémon (75 %) e a maioria dos participantes diz que não têm regras em casa (83,3%). Os três principais jogos que os participantes enunciaram jogar foram Clash Royale (29,16%); Minecraft (20,53%) e CS:GO (16,66%). A categoria mais jogada por este agrupamento é a Estratégia. Dos 24 participantes, existiu uma minoria que afirmou positivamente a existência de regras em casa, como “2 horas por dia”; “não utilizar à mesa”; “não passar muito tempo ao telemóvel” e “não utilizar enquanto se faz os deveres de casa”. Para uma boa utilização do telemóvel na escola, os participantes referiram que “não usar nas aulas”; “usar a calculadora”; “informar os Encarregados de Educação” e “para fazer pesquisas e trabalhos”.

O agrupamento de escolas de Azambuja teve 136 participantes, 56,6% do sexo masculino, com média de idades de $M=12,59$; $DP=0,965$. As horas despendidas *online*, foram em média $M=01:00:00$. A maioria dos participantes tem telemóvel (94,1%), não jogam Pokémon (83,8%), a sua família não joga Pokémon (77,9 %) e a maioria dos participantes diz que têm regras em casa (53,7%). Os três principais jogos que os participantes enunciaram jogar foram Clash Royale (30,88%); GTA V (16,18 %) e Minecraft (11,76 %). A categoria mais jogada por este agrupamento é a Estratégia. Em relação às regras em casa, evidenciam-se a “não utilizar muito tempo o telemóvel”; “utilizar só depois dos deveres de casa”; “não mexer à hora das refeições”; “utilizar para comunicar com os Encarregados de Educação”. Para uma boa utilização do telemóvel na escola, os participantes referiram que “para fazer pesquisas e trabalhos”; “não usar nas

aulas”; “a internet”; “moderação na utilização”; “Não sei” e “falar com os Encarregados de Educação e amigos”.

O agrupamento de Vale de Aveiras teve 20 participantes, 50% do sexo masculino, com média de idades $M=12,85\%$; $DP=1,04$. As horas despendidas *online* foram em média $M=02:00:00$. A maioria dos participantes em telemóvel (85,5%), não jogam Pokemon (65 %); a sua família não joga Pokemon (55%) e a maioria dos participantes diz que têm regras em casa (55%). Os três principais jogos que os participantes enunciaram jogar foram Clash Royale (25%); Fifa (20%) e Minecraft & CS:GO (15%). A categoria mais jogada por este agrupamento é a Estratégia. Em relação às regras em casa evidenciam-se a “não passar muito tempo no telemóvel”; “não mexer nas refeições” e “ter boas notas”. Para uma boa utilização do telemóvel na escola, os participantes referiram “não usar nas aulas”; “ligar aos Encarregados de Educação”; “ter cuidado com o telemóvel”; “ter uma internet melhor” e “bloquear a Internet em certas aplicações”.

Dos resultados obtidos, evidenciam-se três fatores importantes, a maioria dos participantes serem do sexo masculino, as horas despendidas *online* serem em média muito semelhantes, apesar de o agrupamento mais distante da sede de concelho, isto é, mais rural apresenta um maior nível de horas *online*.

DISCUSSÃO

Para os jovens, a socialização digital é aquela que facilita a comunicação em casos de timidez (Patrão, 2017). Muitos optam por utilizar as redes sociais porque se sentem mais protegidos (Valente & Osório, 2016), sendo comum, em todas as faixas etárias, a perda da noção do tempo quando se está *online* (Patrão, 2017). Assim, o presente projeto serviu para perceber junto dos alunos do 7º ano o acesso, o tempo que estão *online* e as suas preferências.

Dos resultados obtidos no projeto atual, os jovens do sexo masculino são aqueles que jogam e acedem com mais frequência à Internet, existindo estudos que vêm corroborar estes resultados. No estudo de Carvalho e Araújo (2013), verifica-se que a maioria dos jovens são do sexo masculino. Já no estudo de Oliveira (2017), o principal meio de comunicação entre os

jovens é o telemóvel, contudo, estes eram na sua maioria do ensino médio e superior e do sexo feminino. Relativamente às horas despendidas *online* no projeto atual, podemos verificar que os jovens despendem na internet em média 2 horas. Face a estes resultados, existem estudos que vêm corroborar e contrariar os resultados. O estudo de Ferreira et al. (2017) mostra que os jovens despendem cerca de 3 ou mais horas por dia a jogar. No estudo de Terroso e Argimon (2016), 34% dos jovens, refere que passa *online* cerca de 2 a 4 horas. Já o estudo de Oliveira (2017), mostra que as jovens despendem por dia 9 horas *online*. O estudo de Pawlowska et al. (2015), verificou a existência de diferenças entre os jovens do meio urbano e do meio rural. Os jovens das áreas urbanas são os que despendem mais tempo *online*, em comparação com o Agrupamento escolar do Alto do Concelho, situado no meio rural, que mostra um aumento maior de horas despendidas por parte dos jovens. Em relação às preferências, na utilização da internet, o estudo de Oliveira (2017), vem contrariar os resultados do projeto presente, mostrando que os jovens usam a internet para fins de comunicação, como redes sociais. Já o estudo de Cabral et al. (2009), vem corroborar com o projeto atual, mostrando que os alunos de escolas particulares, utilizam a Internet com a principal finalidade de diversão. No estudo de Ferreira et al. (2017), verifica-se que a maioria dos adolescentes tem como preferências *online* os jogos. No estudo de Anshari et al. (2016), 42% dos participantes usa os telemóveis para jogar *online*.

O objetivo do presente projeto passa a aferir junto dos alunos do 7º ano o tempo despendido *online* assim como as suas preferências. Porém é possível evidenciar algumas limitações, como a reduzida dimensão da amostra, sendo apenas 180 alunos de 3 agrupamentos escolares, salientando que num dos agrupamentos existia apenas uma turma de 7º ano de escolaridade. A limitação geográfica, uma vez que os questionários e o trabalho de intervenção apenas foi realizado no concelho de Azambuja. O possível enviesamento de respostas relativamente às horas *online*, devido ao questionário ter sido entregue presencialmente e os escassos estudos realizados relativamente a alunos do 7º ano de escolaridade.

Neste sentido, sugere-se que em projetos e estudos futuros a amostra possa ser efetuada a uma escala maior, podendo incorporar alunos de concelho próximos. A realização de uma intervenção de cariz comunitário, como com a intervenção em grupos de orientação/sensibilização/informação aos pais e familiares, consultas de rastreio nos meios de saúde

como hospitais e centros de saúde. A realização de uma proposta de atividades de promoção de comportamentos *online* saudáveis no parque escolar do município da Azambuja, que passará a ser a segunda fase de intervenção deste projeto, assim como a sua continuidade em anos letivos seguintes. O objetivo será realizar sessões nos Agrupamentos escolares sobre as vantagens e alertar para os riscos de estar online e envolver a comunidade escolar (professores e alunos). A intervenção do trabalho realizado com os alunos já intervencionados para aplicação junto do grupo de pares será também um objetivo a atingir. Pretende-se uma intervenção direta com alunos, pais e professores, para que com um trabalho conjunto, numa perspetiva de formação/informação sensibilização possamos ter uma intervenção contínua e participada por todos a nível da promoção da saúde e de comportamentos saudáveis.

REFERÊNCIAS

- Amante, L., Marques, H., Cristóvão, M. R., Oliveira, P., & Mendes, S. (2014). Jovens e processo de construção de identidade na rede: O caso do Facebook. *Educação, Formação & Tecnologia*, 7(2), 26-38.
- Anshari, M., Alas, Y., Hardaker, G., Jaidin, J. H., Smith, M., & Ahad, A. D. (2016). Smartphone habit and behavior in Brunei: Personalization, gender, and generation gap. *Computers in Human Behavior*, 64, 719-727. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.07.063>
- Blasbani, A. S., & Krawczyk, A. L. (2011). Impact of mobile phone use on the health of children and adolescents. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(3), 430-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000300019>
- Brito, R., Rodrigues, A. L., & Costa, F. A. (2016). A relação entre a escola e as TIC: que desafios? In PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (Eds.), *Dependências online. O poder das tecnologias* (pp. 53-72). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Cabral, B. M., Lima, C. A. A., Ribeiro, I. H. A. S., Vilela, J. R., Freire, L. T. S., & Felizola, M. P. M. (2009). A influência da internet na educação e no consumo dos jovens da rede particular e rede pública de ensino. *XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Curitiba, PR – 4 a 7 de setembro de 2009* (pp. 1-9).

- Carvalho, A. A. A., & Araújo, I. C. (2013). Dispositivos móveis mais utilizados por alunos do 3º CEB para jogar. http://jml.fpce.uc.pt/pub/2013_Carvalho&Araujo_SIIIE.pdf
- Ferreira, C., Ferreira, H., Vieira, M. J., Costeira, M., Branco, L., Dias, A., & Macedo, L. (2017). Epidemiology of internet use by an adolescent population and its relation with sleeps habits. *Acta Medica Portuguesa*, 30(7-8), 524-533. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.8205>
- Ferreira, E., & Tomé, I. (2010). Jovens, Telemóveis e Escola. *Revista Educação, Formação & Tecnologias*, n.º extra (Abril, 2010), 24-34.
- Leena, K., Tomi, L., & Arja, R. (2005). Intensity of mobile phone use and health compromising behaviors – How is information and communication technology connected to health-related lifestyle in adolescence? *Journal of Adolescence*, 28, 35-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.05.004>
- Nettleton, S., Burrows, R., & O'Malley, L. (2005). The mundane realities of the everyday lay use of the internet for health, and their consequences for media convergence. *Sociology of Health & Illness*, 972-992. doi: 10.1111/j.1467-9566.2005.00466.x
- Oliveira, E. S. G. (2017). Adolescence internet and time: Challenges for Education. *Educar em Revista*, 64, 283-298. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.47048>
- Patrão, I. (2017). *#Geração Cordão. A Geração que não desliga*. Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Patrão, I., & Hubert, P. (2016). Os comportamentos e as preferências online dos jovens portugueses: O jogo online e as redes sociais. In PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (Eds.), *Dependências online. O poder das tecnologias* (pp. 97-115). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Patrão, I., Reis, J., Gonçalves, J., Moura, B., Nabuco de Abreu, C., & Sampaio, D. (2016). Intervenção clínica nas dependências online. In PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (Eds.), *Dependências online. O poder das tecnologias* (pp. 169-187). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Patrão, I., & Sampaio, D. (2016). *Dependências online. O poder das tecnologias*. Lisboa, Portugal: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Pawlowska, B., Zygo, M., Potembska, E., Kapka-Skrzypczak, L., Dreher, P., & Kedzierski, Z. (2015). Prevalence of Internet addiction and risk of developing addiction as exemplified by a group of Polish adolescents from urban and

rural areas. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(1), 129-136. <http://dx.doi.org/10.5604/12321966.1141382>

- Ponte, C. (2016). Um desafio dos tempos modernos: A internet e as novas gerações. In PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (Eds.), *Dependências online. O poder das tecnologias* (pp. 1-18). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Ponte, C., & Simões, J. A. (2008). Crianças e jovens online: Comparando os usos da Internet e dos novos media na Europa. Algumas pistas de reflexão a partir do projecto EU Kids Online. *IV congresso português de sociologia*.
- Sá, G. M. (2012). À frente do computador, a internet enquanto produtora de dependência e isolamento. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXIV, 133-147.
- Terroso, L. B., & Argimon, I. I. L. (2016). Internet addiction and social skills on adolescents. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(1), 200-219.
- UNICEF (2013). O uso da internet por adolescentes. Retirado de https://www.unicef.org/brazil/pt/br_uso_internet_adolescentes.pdf
- Valente, A. L., & Osório, A. J. (2016). A segurança na Internet. In PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (Eds.), *Dependências online. O poder das tecnologias* (pp. 21-51). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *The American Journal of Family Therapy*, 32, 355-372. <http://dx.doi.org/10.1080/01926180902942191>

INDICADORES TRIANGULARES DE SAÚDE EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Carla Bernardett Santos¹ (✉ carlabernardettsantos@gmail.com), Ana Carina Peixoto¹, & Rute F. Meneses²

¹ FCHS – Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal; ² FCHS / CTEC / FP-B2S / HE – Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

O crescente número de estudantes no ensino superior, oriundos de uma cada vez maior diversidade de países, expostos a diversos riscos para a saúde – tais como as atividades sexuais sem proteção, o consumo de álcool e tabaco, a alimentação pouco equilibrada e de baixa qualidade e a falta de exercício físico (Flores, Balmori, Vera, & Gutiérrez, 2015) – tem aumentado a preocupação com a avaliação e promoção desta, que é, segundo a conceção clássica da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma harmonia entre os componentes físico, mental, social e, mais recentemente, espiritual (World Health Organization, 1998).

De facto, a saúde dos jovens (que ainda tendem a constituir a maioria dos estudantes do ensino superior) ocupa um lugar de relativa importância nas prioridades internacionais de desenvolvimento, integrando a necessidade de formular políticas inovadoras e eficazes, abrangendo a sensibilização para uma participação mais ativa de toda a comunidade (Flores et al., 2015; Santos, Oliveira, & Dias, 2016).

As habilidades sociais, i.e., a capacidade do indivíduo para demonstrar um comportamento apropriado numa multiplicidade de situações interpessoais (Villa, Del Prette, & Del Prette, 2007), têm um impacto significativo na qualidade das relações que o estudante do ensino superior estabelece com os pares, contribuindo também para uma melhor (ou pior) adaptação ao ambiente académico (Santos et al., 2016). Sendo essenciais neste contexto, permitindo ao indivíduo uma interação mais ampla, as habilidades sociais são um dos indicadores de saúde social (Bartholomeu, Carvalho, Silva, Miguel, & Machado, 2011).

A saúde sexual, por seu turno, é referida pela OMS como um estado de bem-estar físico, mental, emocional e social que requer uma abordagem responsável e positiva da sexualidade, permitindo vivenciar experiências sexuais seguras e prazerosas (World Health Organization, 2004). A satisfação sexual, componente relevante da sexualidade humana, é usualmente conceptualizada como um constructo complexo (McClelland, 2010), abrangendo dimensões físicas, relacionais, emocionais e culturais, interligados com o bem-estar e a qualidade de vida (Sánchez-Fuentes & Sierra, 2015; Sprecher, 2002).

Por outro lado, a personalidade pode ser perspetivada como um padrão de processos intrapessoais (Magalhães & Gomes, 2007) que envolvem características psicológicas, tais como os comportamentos, as emoções, os sentimentos (Monteiro, 2012), numa organização dinâmica e ajustável, permitindo ao indivíduo interagir e adaptar-se ao ambiente (Rey, 2008), num conjunto de sistemas de aprendizagens, abrangendo o orgânico, o cognitivo, o sociocultural, agregando assim as atividades sociais (Lopes, Salovey, & Straus, 2003).

Considerando que as habilidades sociais, a satisfação sexual e os traços de personalidade fornecem, no seu conjunto, indicadores de saúde, o objetivo do presente estudo é caracterizar as habilidades sociais, satisfação sexual e traços de personalidade de uma amostra de estudantes do ensino superior Português.

MÉTODO

Participantes

Neste estudo, transversal e descritivo, os critérios de inclusão na amostra foram: ter nacionalidade portuguesa, idade igual ou superior a 18 anos e frequentar o ensino superior. Assim, a amostra foi composta por 200 estudantes de três faculdades da zona norte de Portugal, com uma idade média de 23,64 anos ($DP=7,57$; 18-66), predominantemente do sexo feminino (62,5% vs. 37% do sexo masculino; 0,5% não respondeu).

Aquando da participação no estudo, a maior parte da amostra estudava Criminologia, sendo que a maioria era solteira, não consumia tabaco e consumia álcool, como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (n=200)

		N	%
Curso	Criminologia	63	31,5
	Psicologia	54	27,0
	Fisioterapia	21	10,5
	Engenharia Ambiental	6	3,0
	Engenharia Civil	12	6,0
	Engenharia Informática	11	5,5
	Medicina Dentária	33	16,5
	Não respondeu	0	0,0
Estado Civil	Solteiro/a	111	55,5
	Num relacionamento	62	31,0
	Casado/União de facto	16	8,0
	Divorciado/a	3	1,5
	Não respondeu	8	4,0
Consumo de Tabaco	Não	125	62,5
	Sim	73	36,5
	Não respondeu	2	1,0
Consumo de Álcool	Não	79	39,5
	Sim	107	53,5
	Não respondeu	14	7,0

Quanto à vida sexual, 83,5% ($n=167$) da amostra declarou já a ter iniciado, numa idade média de 16,6 anos ($DP=2,16$; 11-23). Dos participantes, 9,5% ($n=19$) assumiram já ter tido uma relação “sexual não desejada”.

Material

No presente estudo foram administrados quatro questionários: um Questionário Sociodemográfico e Clínico, o Inventário de Habilidades

Sociais – IHS, a Nova Escala de Satisfação Sexual – NSSS e o *Neo Five-Factor Inventory* – NEO-FFI.

Questionário Sociodemográfico e Clínico. Este questionário, elaborado pelas autoras da investigação, contém questões que permitem recolher, entre outros, dados sociodemográficos, tais como sexo e idade, dados clínicos, tais como doenças e consumo de álcool, e sobre a atividade sexual, tais como frequência de relações sexuais e número de parceiros sexuais. No presente estudo, apenas algumas das questões foram analisadas, sendo as restantes consideradas noutros estudos.

Nova Escala de Satisfação Sexual – NSSS. Esta escala, desenvolvida por Stulhofer, Busko e Brouillard (2010), e validada para a população portuguesa por Pechorro et al. (2015), é um instrumento de autorresposta, com uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (de 1=*Nada Satisfeito* a 5=*Totalmente Satisfeito*), constituída por 20 itens, com uma estrutura bidimensional, ou seja, é composta por duas subescalas: “Centração no Eu” (pontuação 10-50) e “Centração no Parceiro e na Atividade Sexual” (pontuação 10-50) (Pechorro et al., 2015). Fornece ainda um *score* total, que pode variar entre 20 e 100 (Pechorro et al., 2015).

Os resultados da cada dimensão são obtidos pela soma dos respetivos itens, sendo que valores elevados correspondem a níveis elevados de satisfação sexual. No presente estudo, os Alfas de *Cronbach* apresentaram-se semelhantes aos da validação do instrumento para a população portuguesa, sendo o valor da NSSS total de 0,95, da Subescala “Centração no Eu” de 0,92 e da Subescala “Centração no Parceiro e na Atividade Sexual” de 0,91, demonstrando assim boa consistência interna.

Inventário de Habilidades Sociais – IHS. Este inventário, desenvolvido por Del-Prette e Del Prette em 2001, e adaptado para a população portuguesa por Santos, Peixoto e Meneses (2017, no prelo), é um instrumento de autorresposta, com uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (de 0=*nunca ou raramente* a 4=*sempre ou quase sempre*), constituído por 38 itens, em que cada um deles descreve uma situação de interação social e uma possível reação à mesma, sendo que a resposta solicitada é a estimativa que o sujeito faz sobre a frequência com que reage do modo indicado, avaliando assim o reportório de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2011).

O IHS está dividido em cinco subclasses: o Fator 1 – *enfrentamento e autoafirmação com risco* (11 itens, pontuação 0-44); o Fator 2 – *autoafirmação na expressão do afeto positivo* (7 itens, pontuação 0-28); o Fator 3 – *conversaço e desenvoltura social* (7 itens, pontuação 0-28); o Fator 4 – *autoexposiço a desconhecidos ou a situaçoes novas* (4 itens, pontuação 0-16); e o Fator 5 – *autocontrole da agressividade em situaçoes aversivas* (3 itens, pontuação 0-12) (Del Prette & Del Prette, 2011). É possível calcular ainda o *score* total, que pode variar entre 0 e 152 (Del Prette & Del Prette, 2011). Para todos os *scores*, valores mais elevados indicam um repertório mais elaborado na habilidade respectiva (Del Prette & Del Prette, 2011).

No presente estudo, os valores de consistência interna, obtidos pelo Alfa de *Cronbach*, foram: para o IHS total, de 0,82; para o F1, de 0,73; para o F2, de 0,65; para o F3, de 0,61; para o F4, de 0,36; e para o F5, de 0,37, i.e., semelhantes aos obtidos na validação do instrumento para a população brasileira, na maioria das dimensões (Del Prette & Del Prette, 2011). Todavia, os valores de α relativos a F4 e F5, os fatores com menor número de itens, exigem um cuidado particular na interpretação dos resultados obtidos.

Neo Five-Factor Inventory – NEO-FFI. Este inventário, desenvolvido por Costa e McCrae (1992), e com versão portuguesa de Lima e Simões (2000), é um instrumento baseado numa taxonomia compreensiva dos traços de personalidade com cinco dimensões: *Neuroticismo*, *Extroversão*, *Abertura à experiência*, *Amabilidade/Socialização* e *Conscienciosidade/Escrupulosidade* (Lima & Simões, 2000). É constituído por 60 itens, sendo cada dimensão constituída por 12 itens e cada traço medido numa escala tipo *Likert* (de 0=*Discordo Fortemente* a 4=*Concordo Fortemente*), pelo que a pontuação de cada dimensão pode variar entre 0 e 48 pontos (Costa & McCrae, 2000). Permite ainda calcular o *score* total, que pode variar entre 0 e 240 (Lima & Simões, 2000). Para todas as dimensões, pontuaçoes mais elevadas indicam maior presença do respectivo traço de personalidade (Lima e Simões (2000).

Os valores de consistência interna obtidos pelo Alfa de *Cronbach* no presente estudo foram: para o NEO-FFI de 0,82, para o Neuroticismo de 0,80, para a Extroversão de 0,68, para a Abertura à experiência de 0,58, para a Amabilidade de 0,61 e para a Conscienciosidade de 0,82, sendo

semelhantes aos obtidos na elaboração dos dados normativos para a população portuguesa, demonstrando uma consistência interna aceitável (Lima e Simões, 2000; Pestana & Gagueiro, 2014). Todavia, o valores de a relativo à dimensão Abertura à experiência, requer uma particular cautela na interpretação dos resultados obtidos.

Procedimento

Este estudo teve em atenção todos os princípios éticos referidos na Declaração de Helsínquia para investigações que envolvem seres humanos e no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Assim, após obtenção do parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, da autorização das Direções das Faculdades e dos docentes envolvidos e do consentimento informado dos participantes voluntários, a recolha de dados (autoadministração) foi realizada em contexto de sala de aula, na presença de uma ou duas das três investigadoras.

RESULTADOS

Uma vez que os instrumentos utilizados não contemplam pontos de corte, optou-se por recorrer ao ponto médio de cada *score* considerado: o ponto que divide a amplitude possível de respostas exatamente ao meio.

Caracterização das Habilidades Sociais

Analisando o Quadro 2, conclui-se, através do *score* total obtido, que a amostra detinha, de um modo generalizado, um reportório de habilidades sociais médio alto. No que concerne aos fatores, todos os *scores* obtidos situaram-se acima do ponto médio, sendo que o F2. *Autoafirmação na expressão do afeto positivo* e o F3. *Conversação e desenvoltura social* foram os que apresentaram uma média bastante acima do ponto médio, sendo esta mais expressiva no primeiro, como se pode observar no Quadro 2.

Quadro 2

Caracterização das habilidades sociais da amostra

	<i>n</i>	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Ponto Médio
F1. Enfrentamento e autoafirmação com risco	200	3	40	23,44	7,342	22
F2. Autoafirmação na expressão de afeto positivo	200	6	28	21,44	4,255	14
F3. Conversação e desenvoltura social	199	6	28	17,90	4,490	14
F4. Autoexposição a desconhecidos ou a situações novas	200	0	16	8,98	3,051	8
F5. Autocontrole da agressividade em situações aversivas	199	0	12	8,12	2,422	6
IHS Total	200	39	135	96,11	16,513	76

Caracterização da Satisfação Sexual

Os valores médios obtidos em todos os *scores* encontram-se acima do ponto médio, concluindo-se que a amostra tinha níveis elevados de satisfação sexual, quer na NSSS total, quer nas subescalas, como está patente no Quadro 3.

Quadro 3

Caracterização da satisfação sexual da amostra

	<i>n</i>	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Ponto Médio
Subescala A “Centração no Eu”	162	10	50	40,35	7,088	30
Subescala B “Centração no Parceiro e na Atividade Sexual”	162	10	50	40,51	7,004	30
NSSS total	162	20	100	80,85	12,990	60

Caracterização da Personalidade

No que concerne aos traços de personalidade, verifica-se que a dimensão cujo valor médio foi mais elevado é a *Conscienciosidade* e o mais baixo é o *Neuroticismo*, como se observa no Quadro 4.

Quadro 4

Caracterização da personalidade da amostra

	<i>n</i>	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Ponto Médio
Neuroticismo	195	1	46	24,82	7,814	24
Extroversão	196	2	48	30,84	4,173	24
Abertura à Experiência	147	5	44	27,36	4,422	24
Amabilidade	148	3	45	31,01	6,053	24
Conscienciosidade	149	5	48	32,98	7,383	24
NEO-FFI Global	196	22	184	146,93	18,914	120

DISCUSSÃO

Face ao primeiro objetivo do presente estudo, caracterizar as habilidades sociais da amostra, verificou-se que, de uma forma global, os resultados obtidos confirmam os dados de outros estudos com universitários, que descrevem que estes apresentam, na sua maioria, um reportório de habilidades sociais acima da média (Bartholomeu et al., 2011) e que as áreas de dificuldades mais salientes são as que abrangem o falar em público e o medo de não ser aprovado (Landim et al., 2000; Santos et al., 2016). Assim, a amostra possuía no seu reportório habilidades sociais que, de acordo com estudos prévios, poderão facilitar a adaptação académica e auxiliar na iniciação e/ou manutenção de relacionamentos interpessoais (Baldez, 2009; Santos et al., 2016), permitindo um ajustamento académico adequado e bem-estar psicológico (Bandeira & Quaglia, 2005; Santos et al., 2016). A ser assim, este [reportório] poderia ser considerado um (bom) indicador de boa saúde social, algo que se afigura pertinente explorar em futuros estudos.

No que se concerne o segundo objetivo, caracterizar a satisfação sexual de estudantes, os resultados confirmam, maioritariamente, os dos

estudos consultados, nos quais foram obtidos níveis elevados de satisfação sexual (Pechorro et al., 2015; Stulhofer et al., 2010). Neste contexto, considera-se relevante, em futuros estudos, explorar até que ponto este indicador pode ser considerado um (bom) indicador de (boa) saúde sexual e, eventualmente, de (boa) saúde física.

No que se refere ao terceiro objetivo do estudo, caracterizar os traços de personalidade dos participantes, os resultados confirmam os dados de estudos que referem que a dimensão *Conscienciosidade*, com a média mais elevada, é indicador de uma maior competência, persistência e motivação para atingir um determinado objetivo (Costa & McCrae, 2000), estando associada, num estudo anterior, a um nível de escolaridade mais elevado dos participantes (Pedroso-Lima et al., 2014). Analisando os restantes resultados, e salientando o facto da amostra se apresentar com baixo neuroticismo, pode-se supor, de acordo com a literatura da especialidade (Pedroso-Lima et al., 2014), que estes refletem uma boa saúde psicológica/mental, algo a aprofundar no futuro.-

Se a investigação que está a ser desenvolvida mostrar que as variáveis estudadas são, tal como as autoras supõem, representativas do triângulo da Saúde (componente físico, mental e social), fornecendo no seu conjunto bons indicadores da mesma, poder-se-á concluir que a amostra apresentava não só bons indicadores de saúde como boa saúde (física, mental e social).

Todavia, não é demais sublinhar que os resultados obtidos no presente estudo devem ser analisados com extremo cuidado, tendo em consideração as limitações do mesmo. Mais concretamente, a elevada amplitude etária da amostra e a reduzida consistência interna de algumas subescalas.

Tendo em consideração os estudos que evidenciam os fatores e comportamentos de risco dos estudantes do ensino superior, considera-se relevante, estando já projetado, que, de modo a promover a sua saúde, no futuro, seja analisada a espiritualidade da amostra, seguindo a revisão do conceito de saúde por parte da OMS (World Health Organization, 1998).

Afigura-se também pertinente explorar em estudos futuros a relação entre os indicadores de saúde estudados, de modo a identificar os melhores preditores de cada um deles, análise essa que já foi iniciada. Também esta análise encerra potencialidades ao nível da promoção da saúde dos estudantes do ensino superior.

REFERÊNCIAS

- Baldez, M.O. (2009). Estudos comparativos de habilidades sociais y variables sócio demográfica de professores. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 35-49.
- Bandeira, M., & Quaglia, M. A. (2005). Habilidades sociais de estudantes universitários: Identificação de situações sociais significativas. *Interação em Psicologia*, 9(1), 45-55.
- Bartholomeu, D., Carvalho, L. F., Silva, M. C., Miguel, F. K., & Machado, A. A. (2011). Aceitação e rejeição entre pares e habilidades sociais em universitários. *Estudos de Psicologia*, 16(2), 155-162.
- Costa, P., & McCrae, R. (2000). *Manual Profissional – NEO PI-R, Inventário de Personalidade NEO Reviso* (1ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA Lda.
- Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (2011). *Inventário de Habilidades Sociais – Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Brasil: Editora Casa do Psicólogo.
- Flores, N. L., Balmori, Y. S., Vera, N. F., & Gutiérrez, H. J. D. (2015). *Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 102-117. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.8>
- Landim, A. K. P., Costa, C. F., Conilheiro, D. E., Sá, E. S., Nunes, E. C., Santos, . . . Martinez, A. (2000). Ansiedade social em estudantes universitários: Preocupações mais emergentes. *Revista Unicastelo*, 3, 185-192.
- Lopes, P. N., Salovey, P., & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35, 641-658.
- Magalhães, M., & Gomes, W. (2007). Personalidades vocacionais e processo de carreira na vida adulta. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 95-103.
- McClelland, S. I. (2010). Intimate justice: A critical analysis of sexual satisfaction. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(9), 663-680. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00293.x
- Monteiro, J. (2012). *A personalidade e mecanismos de defesa – Um estudo exploratório e correlacional* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Pedroso-Lima, M. & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco fatores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, XVIII(2), 171-179.
- Pedroso-Lima, M., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J., Costa, M., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 28(2), 1-10.

- Rey, C. (2008). Habilidades pro sociales, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer, en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. Universidade de Colômbia. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1),107-118.
- Pechorro, P. S., Almeida, A. I., Figueiredo, C. S., Pascoal, P. M., Vieira, R. X., & Jesus, N. S. (2015). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrologia*, 13(2), 47-53. doi: 10.1016/j.androl.2014.10.003
- Santos, A. S., Oliveira, C. T., & Dias, A. G. (2016). Características das relações dos universitários e seus pares: Implicações na adaptação acadêmica. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(1), 150-163. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n1p150-163>
- Santos, C. B., Peixoto, A. C., & Meneses, R. F. (2017, no prelo). Adaptação do IHS para Portugal: Dados preliminares. *Atas dos Dias da Investigação na UFP, UFP Research Days Proceedings 2017*. Gabinete de Relações Internacionais e Apoio ao Desenvolvimento Institucional. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Sánchez-Fuentes , M., & Sierra, J. C. (2015). Sexual satisfaction in a heterosexual and homosexual Spanish sample: The role of socio-demographic characteristics, health indicators, and relational factors. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 226-242. doi: 10.1080/14681994.2014.978275
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 190-196. doi: 10.1080/00224490209552141
- Stulhofer, A., Busko, V., & Brouillard, P. (2010). Development and Bicultural Validation of the New Sexual Satisfaction Scale. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257-265. doi: 10.1080/00224490903100561
- Villa, M. B., Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (2007). Habilidades sociais conjugais e filiação religiosa: Um estudo descritivo. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 23-32.
- World Health Organization. (2004). *Progress in reproductive health research*. Geneva. Obtido de World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)*. Geneva. Obtido de World Health Organization.

CONVERSANDO SOBRE A ENTREGA DE UM FILHO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Rita Tropa Marques, Yara Ishara, & Ivonise Fernandes da Motta

Ainda que alguns autores (Badinter, 1985; Chodorow, 1990) tenham vindo a questionar que o determinismo da mulher para a maternidade é uma concepção construída, e não inata, observa-se ainda, nos dias de hoje, uma forte ideia de que o amor de uma mãe pelo filho é algo naturalmente forte e de que este se encontra relacionado a um imperativo biológico. Assim, imagina-se que toda a mulher deseja, instintivamente, ser mãe e que tenha de cuidar de uma criança.

Ao refletir sobre o imperativo biológico e o determinismo social, Badinter (1985) nomeou de “mito do amor materno”, o fenómeno no qual é atribuído à mulher um instinto materno, que pressupõe, por natureza, um amor incondicional da mulher aos seus filhos.

Assim, pensando na temática da maternidade, percebemos como este tipo de representações sociais promovem o aparecimento de práticas discursivas onde se impõe à mulher que cuide, ame, alimente e dê educação aos filhos, abdicando dos seus interesses e vontades, em função de um outro.

Embora se considere importante para o desenvolvimento de qualquer criança os cuidados e a atenção “materna”, parece não ser verdadeiro que todas as mulheres/mães se encontrem predestinadas a “oferecer” esse amor que as crianças necessitam pelo que, no domínio da maternidade, cada mulher parece representar um caso particular.

Apesar de todas as transformações sociais, a mulher ainda “carrega”, na atualidade, certos ideais presentes no imaginário social, nomeadamente o ideal de ter que “ser mãe”, pelo que, a mãe indiferente ou, por outro lado, a mãe que abdica de um filho, “desafia” esta lógica, promovendo, na sociedade, uma dualidade de ideias. Por um lado, nega-se a ideia de que uma mãe possa ser indiferente ao seu filho e, por outro, entende-se as mulheres

que não manifestam o desejo de cuidar do seu filho como “sofrendo” de algum tipo de patologia.

Na tentativa de uma melhor compreensão e aprofundamento da temática acima referida, propusemo-nos realizar a análise de algo inovador, estudando os aspetos relacionados à entrega de um filho, que não o perfil das mulheres que entregam os filhos ou os motivos que podem sustentar essa atitude. Assim, pretendemos investigar em que medida o mito do amor materno influencia as concepções sobre a entrega de um filho nos profissionais de saúde que atuam junto a essas mulheres, bem como as repercussões destas ideias na sua atuação profissional.

Consideramos que ao aprofundarmos a influência que o mito do amor materno tem nas ideias e concepções dos profissionais de enfermagem em relação à entrega de um filho para adoção, poderemos contribuir para a prevenção de dificuldades inerentes a uma exposição das crianças a situações de maus-tratos e violência, nas situações de mulheres que, por alguma razão, não apresentam disponibilidade ou não querem assumir uma criança, mas que são censuradas face ao seu desejo.

Os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) participam de um momento importante que é o nascimento e o acompanhamento inicial da mãe e do bebê. Neste sentido, apercebemo-nos como as suas verbalizações e atitudes podem ter um grande impacto no desenvolvimento deste vínculo entre mãe e criança, pelo que consideramos como pertinente o estudo/intervenção deste tipo de temática junto deste grupo de profissionais.

Assim, de acordo com o descrito anteriormente, objetivou-se uma intervenção junto destes profissionais de saúde, no sentido de se facilitar uma tomada de consciência quanto aos possíveis preconceitos e concepções sobre a temática da entrega de um filho, sendo nesse âmbito, desenvolvidos diversos encontros com profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), que serão discutidos e mais aprofundados em seguida.

ENCONTROS E RODAS DE CONVERSAS COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Durante cerca de um mês, foram realizadas várias atividades de grupos, numa maternidade pública da Grande São Paulo (Brasil) (para a

realização deste trabalho contamos com a colaboração das assistentes sociais Rosemeire M. Brito e Lusinete Mathias). Ao longo deste período foram concretizadas quatro dinâmicas de grupos com profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), que tiveram a duração de cerca de 1 hora e 30 minutos.

Apesar de inicialmente termos disponibilizado sessenta vagas, dezanove profissionais (dez enfermeiros e nove técnicos de enfermagem) aceitaram participar dos grupos. Todos os profissionais que estiveram presentes nos diferentes grupos eram do sexo feminino.

As dinâmicas de grupos objetivavam abordar, discutir e refletir sobre alguns aspectos psicológicos referentes à temática da entrega de um filho para adoção, visando contribuir para a prática dos profissionais de enfermagem que lidam ou podem se deparar com essa realidade em seu cotidiano.

Pretendia-se que estas ações se apresentassem como, quer profiláticas quer terapêuticas, auxiliando na tomada de consciência sobre questões e sentimentos que são mobilizados nos profissionais perante a situação de entrega. Objectiva-se ainda que a perpeção, pelos profissionais de enfermagem, quanto a influencia do mito do amor materno nas suas concepções sobre a entrega de um filho, pudesse promover um melhor relacionamento e atitude profissional face a estas mulheres.

Os grupos começavam com uma atividade de associação livre relativa à temática da entrega de um filho para adoção, em que se pedia a cada profissional que escrevesse, individualmente, por meio de associação livre, uma palavra, frase ou ideia que lhe ocorria, quando pensava nesse tema. Em seguida, era pedido que cada indivíduo partilhasse e explicasse o que tinha escrito ao grupo.

Num momento posterior, solicitava-se que, num grupo mais pequeno de profissionais (entre três a quatro indivíduos), fosse dado continuidade a duas histórias fictícias, efetuadas especificamente para a pesquisa, relacionadas ao dilema de duas mulheres que manifestavam o desejo de entregar um filho. Na primeira narrativa, a história foi construída em torno de uma mulher proveniente de um meio sócio econômico desfavorecido. Na segunda narrativa, a história dava indícios de que a mulher pertencia a um meio sócio-econômico mais favorecido. Depois de terminada a tarefa, era solicitado que cada grupo partilhasse a continuação que tinha realizado

para as duas histórias, sendo proposta uma discussão/reflexão sobre as histórias que tinham sido elaboradas.

Salientamos, que se pretendia que estas duas histórias se apresentassem como narrativas interativas (Granato, Corbett, & Aiello-Vaisberg, 2011). Na noção de narrativa interativa, utilizamos a concepção de narrativa como procedimento que permite o acesso à experiência emocional e a sua comunicação, bem como o reconhecimento de que o próprio ato de narrar constitui-se como um processo de elaboração do viver – seja organizando, planejando, ou dando um sentido às experiências.

As narrativas são interativas são estruturadas em campo transicional (Winnicott, 1971/1975). Tal como o Jogo de Rabiscos de D. W. Winnicott (1964/1994) pretende-se que estas se desenvolvam no campo do brincar), onde o rabisco do pesquisador pretende alcançar o rabisco daquele que está a ser pesquisado, numa coprodução de uma história que revela algo do participante da pesquisa. A narrativa do pesquisador visa potenciar um espaço em que o tema se expresse sem, no entanto, apresentar o desfecho da situação, permitindo que o participante organize a narrativa de forma livre e associativa, aproximando-se do final de história que considerar mais apropriado.

Como tarefa final, era solicitado, a cada profissional que, individualmente, numa atividade de associação livre, escrevesse de novo uma palavra, frase ou ideia sobre a entrega de um filho para adoção. Em seguida, era pedido que partilhasse com o grande grupo e que de alguma forma explicasse a manutenção ou a alteração do que tinha escrito, após a reflexão e discussão conjunta.

OBSERVAÇÃO E ANÁLISE DA DINÂMICA GRUPAL

Um primeiro aspecto a ser observado é o da dificuldade de adesão e possível resistência dos profissionais de enfermagem (das sessenta vagas disponibilizadas, apenas dezanove foram preenchidas) evidenciando que esta parece ser uma temática difícil para reflexão e discussão neste tipo de contexto institucional. Vale ressaltar que, num dos dias, momentos antes da realização da atividade, foi possível perceber que vários profissionais de enfermagem se tinham recusado a participar, justificando que eram

mães e que não conseguirem pensar sobre “*essa temática e com estas mulheres*”.

Foi possível observar que, dentre os participantes, um número significativo de profissionais associa o ato de entregar um filho a dificuldades econômicas ou a outros fatores externos à mulher, que a “obrigam” a ter este tipo de comportamento e atitude: “*Quando uma mãe entrega um filho para adoção é porque ela não tem condições de cuidar ou não tem possibilidades financeiras ou foi violentada ou foi estupro*”. Tais dados, coincidem com os apresentados por Freston (2000), Fonseca (2012) e Souza e Casanova (2011) os quais também associam a situação de entrega de um filho como consequência de condições sociais e/ ou econômicas precárias.

Outro aspecto recorrente nas palavras escritas, remete a suposição de forte sentimento de angústia, desespero e sofrimento na generalidade das mulheres que decidem entregar um filho: “*desespero*”; “*dor; sofrimento; tristeza*”. Tendo em vista tal associação de sofrimento, na maioria das verbalizações encontra-se a ideia de que a entrega é algo negativo, advindo de uma pressão sobre a mulher que a leva a este ato. A entrega de um filho para adoção é associada a uma falta de opção e não a uma opção. Vale notar que essa associação do ato de entrega de um filho à uma condição de fragilidade da mulher, a qual se vê “obrigada” a abrir mão do filho, está presente também na concepção de autores como Motta (2005). Tal autora, tende a perceber essas mulheres como “mulheres abandonadas”, que, face a uma situação de fragilidade interna ou externa, são levadas a entregar o filho, sendo esse ato associado a aspectos ansiogênicos e angustiantes para estas.

É interessante notar a força da ideia de que uma mulher que entrega um filho para a adoção o faz prioritariamente em função de falta de condições sociais e/ou econômicas. Como explicitado anteriormente, os profissionais foram convidados a completar duas histórias fictícias. A primeira iniciava-se dando indícios de que a mulher pertencia a uma condição menos favorecida, e a segunda, a uma condição mais favorecida (esta última personagem estava cursando uma faculdade, tinha carro, disponibilidade financeira, convênio médico particular). No entanto, alguns profissionais desconsideraram e negaram o que haviam lido, dando continuidade a história de forma a colocar a mulher numa condição de fragilidade, pobreza e dependência. “*Não tinha condições pois tinha vários filhos, cada um de um pai e um dos filhos tinha problemas de saúde. Não tinha emprego fixo.*”

Fazia de vez em quando bicos”; “Tinha um namorado e engravidou dele, mas ao saber da gravidez não quis assumir a paternidade, abandonando o bebê. A família de Ana não quis saber da gravidez, abandonando-a também. Ana se viu sozinha e sem recursos para criar o bebê”.

Evidencia-se assim, que a ideia de “não ter condições” tende a estar sempre presente, talvez numa tentativa de justificar algo difícil de equacionar e de aceitar – a falta de motivação para ser mãe e a ausência de desejo para cuidar ou assumir um filho.

Vale notar que ao tomarem consciência de que, de uma forma inconsciente, tinham “deturpado” e negado os dados descritos na segunda história, dando um seguimento à mesma, como se esta mulher fosse de baixa renda e com dificuldades económicas, as profissionais verbalizaram ter ficado “chocadas” com o seu próprio preconceito e expectativa, referindo que as *“expectativas que inconscientemente temos comprometem e interferem na forma como nos comportamos e posicionamos face a estas mulheres”.*

Por outro lado, constata-se uma dicotomia presente face a esta temática, em que o entendimento dos profissionais sobre a entrega de um filho para adoção, parece se dividir entre aqueles que consideram o gesto como um ato de abandono/indiferença/desinteresse: *“rejeição do feto na barriga”; falta de amor”,* em contraponto aqueles que o associam a um ato de amor – *“bem-estar do bebê (uma nova chance); amor; se dar; coragem; cuidado”.*

Um outro aspeto que nos chama a atenção, é o fato de, nessa amostra, não se observam diferenças significativas em relação às representações dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem, no que respeita à temática da entrega de um filho para a adoção. Nesta linha de pensamento, os aspetos que fomos discutidos anteriormente parecem ocorrer em ambas as categorias profissionais, fazendo-nos supor que estes “dizeres” dos profissionais advêm mais da singularidade de cada indivíduo, do que da sua formação profissional/académica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da resistência dos profissionais em se aproximar do tema da entrega de um filho para adoção, constatou-se que a quase a totalidade dos

profissionais que aceitaram participar dos encontros / rodas de conversa descreveu a atividade como positiva. Foi ainda relatado por estes que a discussão/reflexão no grupo teve impacto na sua opinião e perspectiva pessoal em relação à temática, bem como na sua atividade profissional.

Observamos que a atribuição de novos significados relativamente à temática em questão, parece ter promovido uma elaboração reflexiva-emocional das representações apresentadas pelos profissionais que participaram nas diversas dinâmicas grupais. Verificamos que o tema da entrega de um filho, ao ser trazido para discussão dentro do grupo, através do recurso de atividades lúdicas transicionais (narrativas interativas), parece ter possibilitado a expressão de angústias e fantasias, observando-se a facilitação de condições para a elaboração psíquica.

Nestes espaços grupais, puderam ser verbalizadas e discutidas, inicialmente, concepções e representações que revelam um preconceito e um julgamento moral em relação às mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para adoção. Ao serem respeitadas e contidas estas verbalizações, pôde ser potenciado um espaço transformador de alguma mudança, ao nível das representações que caracterizavam o imaginário social destes profissionais de saúde, antecipando-se que possa trazer mudanças na atitude desses profissionais face a essas mulheres. Como exemplo, citamos algumas verbalizações que indicam a consciência da necessidade de mudanças e alterações no acolhimento face a essas mulheres: “*mais humana e respeitosa*”, “*saber ouvir e não julgar*”, “*ajudou-me a colocar no lugar do outro e não julgar a respeito da decisão tomada*”, “*quebrar barreiras e preconceitos sobre o assunto*”.

REFERÊNCIAS

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Chodorow, N. (1990). *Psicanálise da maternidade. Uma crítica de Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos Tempos.
- Fonseca, C. (2012). Mães abandonantes: Fragmentos de uma história silenciada. *Estudos Feministas*, 20(1), 13-32.

- Freston, Y. (2000). *Mãe que abandona o filho: Quem é esta mulher?* In 3ª Jornada Interdisciplinar de Adopção. http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/nov2000/pagina8e9-jul56.html. Acesso em 23 set.2015.
- Granato, T. M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. (2011). Narrativa interativa e psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16(1),157-163.
- Granato, T. M., Russo, R. C., & Aiello-Vaisberg, T. (2009). O uso de narrativas na pesquisa psicanalítica do imaginário de estudantes universitários sobre o cuidado materno. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17(1), 43-48.
- Menezes, K. L., & Dias, C. M. S. B. (2011). Mães doadoras: Motivos e sentimentos subjacentes à doação. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 11(3), 935-965.
- Motta, M. A. P. (2005). As mães que abandonam e as mães abandonadas. In L. S. Filho & S. S. Schettini (Eds.), *Adopção: Os vários lados dessa história*. Recife, BA: Bagaço.
- Motta, M. A. P. (2014). Das mães que entregam seus filhos em adoção. Histórias de amor ou de horror. In C. Ladvoat & S. Diuana (Eds.), *Guia da Adopção. No jurídico, no social, no Psicológico e na Família*. São Paulo, SP: Roca.
- Souza, H. P., & Casanova, R. P.S (2011). *Adopção : O amor faz o mundo girar mais rápido*. Curitiba, DF: Juruá.
- Winnicott, D. W. (1994). O Jogo dos Rabiscos. In D. W. Winnicott (Orgs.), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, SC: Artes Médicas (obra original publicada em 1964).
- Zanetti, S. A. S. (2013). O uso terapêutico da mediação: Um entendimento psicanalítico a respeito da produção artística. *Revista de Arte terapia da AATESP*, 4(2), 48-55.