

Psicologia da Saúde:

Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas

**Organizado por :
José Luís Pais Ribeiro;
Isabel Leal, Anabela
Pereira & Sara Monteiro.**



**placebo
Editora**

JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO, ISABEL LEAL, ANABELA
PEREIRA, PAULA VAGOS E INÊS DIREITO

ACTAS DO 9º CONGRESSO NACIONAL DE
PSICOLOGIA DA SAÚDE

Título: Actas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

1ª Edição. Fevereiro 2012.

ISBN: 978-989-8463-25-8

Capa: Placebo Editora

Composição: Rafaela Matavelli

Lisboa: Placebo, Editora LDA.

ÍNDICE.

A PERSPECTIVA DO CLIENTE DOS MOMENTOS SIGNIFICATIVOS NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA – OS MOMENTOS DE CONFORTO NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA

MARIA ODÍLIA ABREU & EUGÉNIA RIBEIRO 1

A PERSPECTIVA DO CLIENTE DOS MOMENTOS SIGNIFICATIVOS NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA OS MOMENTOS DE CONFORTO NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA

MARIA ODÍLIA ABREU & EUGÉNIA RIBEIRO 8

STRESS OCUPACIONAL NA FUNÇÃO PÚBLICA: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE COLABORADORES DE UMA AUTARQUIA LOCAL

JORGE M. P. AFONSO & A. RUI GOMES 14

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO EM HOMOSSEXUAIS

CARLOS ALBUQUERQUE, LETÍCIA DAVID, SOFIA ARRIAGA & MADALENA CUNHA 22

HÁBITOS ALIMENTARES: COMPARAÇÃO ENTRE ADULTOS SAUDÁVEIS

E PORTADORES DE DOENÇA CRÓNICA

M. CELESTE B. ALMEIDA & JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO 31

SAÚDE DO HOMEM: COMPREENDENDO AS DIFICULDADES À HORA DE CUIDAR DA SAÚDE

RAILDA FERNANDES ALVES, RENATA PIMENTEL DA SILVA, MONALISA VASCONCELOS ERNESTO, ANA GABRIELLA BARROS DE LIMA & FABIANA MARIA DE SOUZA. 38

LOS EQUIPOS DE AYUDA COMO ESTRUCTURA SOCIAL CONSTRUIDA EN EL AULA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE ACOSO

JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ, NATIVIDAD ALONSO ELVIRA & SUELY A. DO NASCIMENTO MASCARENHAS 45

IMPACTO DOS FACTORES PSICOSSOCIAIS NA SAÚDE E BEM-ESTAR DOS TRABALHADORES PORTUGUESES

VÂNIA AMARAL, PEDRO BEM-HAJA, ALEXANDRA PEREIRA, ANABELA PEREIRA, TERESA COTRIM, CATARINA CARDOSO, VÍTOR RODRIGUES, PAULO NOSSA & CARLOS SILVA 52

DETERMINANTES COGNITIVOS PARENTAIS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL - UMA ÁREA DE INTERVENÇÃO EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES

GRAÇA ANDRADE 60

QUALIDADE DE VIDA, DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV: ESTUDO EXPLORATÓRIO

DIANA ARRAIOL & LUIZA NOBRE LIMA 67

LA FORMACIÓN DE LA AFECTIVIDAD Y LA COMUNICACIÓN DEL ALUMNADO COMO BASE DE SU PROTAGONISMO EN LA MEJORA DE LA CONVIVENCIA ESCOLAR

<i>JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ & NATIVIDAD ALONSO ELVIRA</i>	74
+ SAÚDE – RISCOS: UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO NAS FESTIVIDADES ACADÉMICAS DA UNIVERSIDADE DO MINHO	
<i>VANESSA AZEVEDO, JOÃO GOMES, ANA SARA FERREIRA, CATARINA LEITE, & ÂNGELA MAIA</i>	82
QUALIDADE DE VIDA E EXPERIÊNCIAS DE VIDA EM MULHERES EM DIFERENTES ESTADOS DE MENOPAUSA: PRÉ, PERI E PÓS-MENOPAUSA	
<i>JOANA BAETA, FILIPA PIMENTA & ISABEL LEAL</i>	89
O LOCUS DE CONTROLO E A ADESÃO À TERAPÊUTICA NA DOENÇA REUMÁTICA EM IDADE PEDIÁTRICA	
<i>MICHELE BALOLA</i>	97
MOTIVAÇÃO VERSUS STRESS ORGANIZACIONAL: ESTUDO DE PREDITORES DA SAÚDE E BEM-ESTAR ORGANIZACIONAL ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS (DECORE)	
<i>RUI BÁRTOLO-RIBEIRO, ANA MARINA COELHO & BRUNO SOARES RODRIGUES</i>	104
RELATO DE EXPERIÊNCIA SENTIDOS ESPIRITUAIS SOBRE SAÚDE NA ETNIA SATERÉ-MAWÉ NO AMAZONAS	
<i>MARIA ALICE BECKER & VALÉRIA WEIGEL</i>	111
ESTUDO PSICO- EDUCACIONAL DE MATERIAIS DIDÁTICOS PARA PORTADORES DE CEGUEIRA, BAIXA VISÃO E VISÃO SUBNORMAL	
<i>MARIA ALICE BECKER, CLAUDIA GUERRA MONTEIRO & GUILHERME PEREIRA LIMA FILHO</i>	118
DOENÇAS E CAPACIDADE PARA O TRABALHO: IMPACTO DA PERTURBAÇÃO MENTAL LIGEIRA	
<i>PEDRO BEM-HAJA, ALEXANDRA PEREIRA, VÂNIA AMARAL, ANABELA PEREIRA, TERESA COTRIM, CATARINA CARDOSO, VÍTOR RODRIGUES, PAULO NOSSA & CARLOS SILVA</i>	125
BURNOUT EM PSICÓLOGOS – QUANDO O TRABALHO ADOECE	
<i>KÁTIA ANDRADE BIEHL & MARIA LUCIA TIELLET NUNES</i>	133
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DIÁLOGO COM FAMÍLIAS DE CRECHE SOBRE DISTÚRBIOS FONOAUDIOLÓGICOS	
<i>MARIANGELA LOPES BITAR & MARCIA SIMÕES-ZENARI</i>	140
RUÍDO EM INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO INFANTIL: CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE	
<i>MARIANGELA LOPES BITAR, MARCIA SIMÕES-ZENARI & LUIZ FERREIRA CALAÇO SOBRINHO</i>	146
CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DO TE (TERMÓMETRO EMOCIONAL) NUMA AMOSTRA PORTUGUESA COM DIAGNÓSTICO DE CANCRO	
<i>JOANA BIZARRO, IVONE PATRÃO & CLÁUDIA DEEP</i>	152
CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E NÃO LÍCITAS NO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO	

CATARINA CALADO	160
CONTACTO INTERGERACIONAL E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DOS AVÓS	
SARA CALDEIRA & ISABEL LEAL	168
OS CASAIS DURANTE A GRAVIDEZ: DIFERENÇAS PSICOLÓGICAS DENTRO DO PAR CONJUGAL	
ANA CAMARNEIRO & JOÃO JUSTO	176
ESTUDO COMPARATIVO COMPORTAMENTAL DE PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA, CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE	
ANA CANZONIERI, CLAUDIA RIECKEN, MARIA GIACOMO, LILIANA RUSSO, CAMYLA AZEVEDO, PATRICIA VAQUERO, ANGELA MENEZES, MICHELLE BERNARDO, RENATA DE CASTRO, SIMONE MATIAS & KELEN DE JESUS	184
ESTRATIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E COMPORTAMENTO DO PACIENTE COM FIBROMIALGIA	
ANA CANZONIERI, NATALIA GUIMARÃES, ISELA FERNANDEZ, DANIEL FELDMAN & JAMIL NATOUR	192
MITOS NA VIOLÊNCIA CONJUGAL	
MARTA CAPINHA & DANIEL RIJO	199
A QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM HIPERTENSÃO OU DIABETES	
DINA CARDOSO, SOFIA VON HUMBOLDT & ISABEL LEAL	206
O IMPACTO DAS DOENÇAS FÍSICAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS	
DINA CARDOSO, SOFIA VON HUMBOLDT & ISABEL LEAL	213
A IMPORTÂNCIA DO CANCRO DA MAMA NO SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA DE IDOSAS	
FRANCIS CARNEIRO, SOFIA VON HUMBOLDT & CLÁUDIA CARVALHO	220
O SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA EM IDOSAS COM CANCRO DA MAMA	
FRANCIS CARNEIRO, SOFIA VON HUMBOLDT & CLÁUDIA CARVALHO	228
AValiação DE AUTO-CONCEITO CORPORAL E DE SAÚDE (EACS)	
ARTUR CARVALHO & ALVES DINIZ	236
O CUIDADO VIVIDO NA CLÍNICA-ESCOLA: UMA PERSPECTIVA ÉTICA NA SAÚDE	
LILIANE BRANDÃO CARVALHO FERNANDA GOMES LOPES, RENATA BESSA HOLANDA, ANA MARIA FERREIRA ALVES & VIRGINIA MOREIRA	243
INFLUÊNCIA DE ASPECTOS INDIVIDUAIS E RELACIONAIS NA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ZONA CENTRO DE PORTUGAL CONTINENTAL	
P.S. CARVALHO, R. PIRES, E.M. C. & CANAVARRO	250

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DO *ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE-TRAUMA SPECIFIC* (AAQ-TS) NUMA AMOSTRA DE COMBATENTES DA GUERRA COLONIAL

TERESA CARVALHO, MARINA CUNHA & JOSÉ PINTO-GOUVEIA 257

AVALIAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS PERITRAUMÁTICAS NA POPULAÇÃO DE COMBATENTES DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA

TERESA CARVALHO, MARINA CUNHA & JOSÉ PINTO-GOUVEIA 265

PROCESSOS DE AJUSTAMENTO NOS CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

ANA MARGARIDA CAVALEIRO & ISABEL LEAL 272

AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (EAES) NO ÂMBITO DA SIDA

CLÁUDIA CHAVES, ANABELA PEREIRA, ROSA MARTINS, JOÃO DUARTE, PAULA NELAS & EMÍLIA COUTINHO 279

CONTRATRANSFERÊNCIA E SUPERVISÃO NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA: O PROCESSO DE APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

MARIA APARECIDA MAZZANTE COLACIQUE, MÁRCIA APARECIDA ISACO DE SOUZA, JOSÉ TOLENTINO ROSA & LEILA S. L. P. CURYTARDIVO 285

QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS EM MEIO RURAL E URBANO

ADRIANA CORREIA 292

INCAPACIDADE INTELECTUAL E PSICOFARMACOLOGIA: DADOS PRELIMINARES DE UMA AMOSTRA DE JOVENS E ADULTOS

CARINA CORREIA & GRAÇA ESGALHADO 299

A IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA

CATARINA COSTA, SOFIA VON HUMBOLDT & VÍCTOR CLÁUDIO 307

OS EFEITOS DA RELIGIÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE UMA AMOSTRA INTERNACIONAL DE IDOSOS

CATARINA COSTA, SOFIA VON HUMBOLDT & VÍCTOR CLÁUDIO 314

“CUIDAR DE QUEM CUIDA”: PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM CUIDADORES INFORMAIS DE CRIANÇAS E JOVENS PORTADORES DE DOENÇA CRÓNICA

MARA COSTA & ANA AMARAL 321

PREOCUPAÇÕES COM A FORMA CORPORAL EM MULHERES NA MENOPAUSA

SOFIA PEREIRA CRISTINA, FILIPA PIMENTA & ISABEL LEAL 328

PSICOLOGIA & NUTRIÇÃO: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE AO NÍVEL DO 2º CICLO

CRISTINA CRUZ, SOFIA PEREIRA, GONÇALINA GÓIS, ANA RODRIGUES & MARGARIDA POCINHO 335

SATISFAÇÃO NO TRABALHO E RESILIÊNCIA: UM ESTUDO COM TRABALHADORES BRASILEIROS	
<i>JOSÉ AUGUSTO PAES DECCACHE, ANTONIO ROBERTO COSTA, MARCILEIDE MUNIZ CAVALCANTE & MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA</i>	342
AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GESTÃO DO STRESS SOBRE OS ESTADOS EMOCIONAIS E AS CRENÇAS, EM PACIENTES COM FADIGA ONCOLÓGICA, SUJEITOS A RADIOTERAPIA – DADOS PRELIMINARES	
<i>CLÁUDIA DEEP, ISABEL LEAL & IVONE PATRÃO</i>	348
REPRESENTAÇÕES DE MATERNIDADE E CASAMENTO: COMPREENDENDO O FENÔMENO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	
<i>ANA CRISTINA GARCIA DIAS, CLARISSA TOCHETTO DE OLIVEIRA, MÁRCIA ELISA JAEGER & NAIANA DAPIEVE PATIAS</i>	355
RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DOS FILHOS SOBRE OS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTAIS E A ANSIEDADE DOS PAIS: DADOS PRELIMINARES	
<i>FILOMENA DIAS, CÁTIA RODRIGUES, ISABEL LEAL & JOÃO MAROCO</i>	362
CARACTERIZAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E PSICOPATOLÓGICA DE DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA DO TIPO RECORRENTE REMISSIVA	
<i>INÊS DIREITO</i>	369
CUIDADORES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM VIH: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, DO DESGASTE EMOCIONAL E DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	
<i>LORENA DOMINGUES & LUIZA NOBRE LIMA</i>	377
LIPODISTROFIA ASSOCIADA AO HIV: REFLEXÕES SOBRE AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE FRENTE ÀS INDICAÇÕES MÉDICAS	
<i>CLARISSA DOURADO, LUIZA FREITAS & GEORGES BORIS</i>	385
ENVOLVIMENTO PATERNO EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: ASSOCIAÇÕES COM O STRESS E AUTO-EFICÁCIA PARENTAL	
<i>MARIANA DUARTE & ISABEL LEAL</i>	392
LOS ACUERDOS REEDUCATIVOS COMO INSTRUMENTO PREFERENTE DE RESOLUCIÓN DE LAS SITUACIONES DE INDISCIPLINA ESCOLAR	
<i>FRANCISCO ALONSO DUEÑAS & JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ</i>	400
A HIPNOSE CLÍNICA NO CONTEXTO DA INTERVENÇÃO GRUPAL: REFLEXÕES NO ÂMBITO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA	
<i>ALEXANDRA FRECHES DUQUE</i>	406
A FORÇA QUE FAZ FORTE A GENTE CONSIDERADA FRACA	
<i>ADELAIDE DO ESPÍRITO SANTO</i>	413

PSICÓLOGO NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – INTERVENÇÃO POSITIVA	
<i>MARIA ESTRELA-DIAS & JOSÉ PAIS-RIBEIRO</i>	418
A AVALIAÇÃO DO TEMPERAMENTO ATRAVÉS DA <i>EAS TEMPERAMENT SURVEY</i> PARA ADULTOS	
<i>MARIA CRISTINA CAMPOS DE SOUSA FARIA</i>	425
VISÃO SUBNORMAL: UM OLHAR MAIS PROFUNDO	
<i>TERESA MARA PONTES DE FARIAS, FERNANDO TAVARES SARAIVA, MARIA SOCORRO MOREIRA DE FIGUEIREDO SARAIVA & TEREZINHA TEIXEIRA JOCA</i>	433
RESILIÊNCIA E ESTRESSE: REVISÃO NARRATIVA E APROXIMAÇÕES TEÓRICAS	
<i>ANDRÉ FARO, MARCOS PEREIRA & MARCUS LIMA</i>	440
HOMENS, MULHERES E ESTRESSE: REVISÃO CONCEITUAL E DISTRIBUIÇÃO SOCIAL	
<i>ANDRÉ FARO, MARCOS PEREIRA & MARCUS LIMA</i>	447
SAÚDE E DOENÇA CRÓNICA: NOVOS PARADIGMAS EM CONTEXTO DE TRABALHO	
<i>CLÁUDIA FERNANDES, ANABELA PEREIRA & CARLOS SILVA</i>	453
ESTUDO PSICOMÉTRICO PRELIMINAR DA CDRS-R NUMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES PORTUGUESES	
<i>ALEXANDRA FERNANDES, ANA PAULA MATOS, SÓNIA CHERPE & INÊS RIBEIRO</i>	460
CARACTERIZAÇÃO PSICOPATOLÓGICA DO DOENTE OBESO: AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRÚRGIA BARIÁTRICA	
<i>ANDRÉ FERREIRA, OSVALDO SANTOS, RUI ARAGÃO , GRAÇA RAIMUNDO, MARGARIDA PEGACHO & MANUEL CARVALHO</i>	467
A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO INFANTIL – REVISÃO DE LITERATURA	
<i>CLÁUDIA RODRIGUES SEQUEIRA DE FIGUEIREDO</i>	474
INTERGERACIONALIDADE: CONTACTO E QUALIDADE DE VIDA NA RELAÇÃO AVÓS/NETOS	
<i>VERA FIGUEIREDO & ISABEL LEAL</i>	482
RELAÇÕES ENTRE O FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS IMUNOLÓGICO E PSICOLOGICO EM PACIENTES COM HIV/SIDA	
<i>NELSON SILVA FILHO, JOÃO DA COSTA CHAVES JÚNIOR & DANIEL CAMPOS SILVA</i>	490
A INCLUSÃO DE UMA VISIBILIDADE PARA A SUA EXCLUSÃO: A “NOVA CARA DA SIDA” E A ESTÉTICA DA LIPODISTROFIA	
<i>LUIZA FREITAS & GEORGES BORIS</i>	498
MANEJO DE ESTRESSE E BEM-ESTAR: DESAFIO PARA OS GERENTES EMPRESARIAIS	
<i>SEILLE GARCIA-SANTOS, BLANCA WERLANG & MARIA LUCIA TIELLET NUNES</i>	506

PROMOÇÃO DA SAÚDE AUDIOLÓGICA NOS TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA MARINHA GRANDE

MARIA GODINHO, ANA OLIVEIRA, ANA AMARAL & MARGARIDA SERRANO 513

A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR VISTA POR MÉDICOS DE UTI PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM SÃO PAULO, BRASIL

EDUARDO GOLDENSTEIN & MARLISE BASSANI 520

VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO SOBRE SITUAÇÕES INDUTORAS DE STRESSE NA INFÂNCIA (ESISI)

ROSA GOMES, ANABELA PEREIRA, NATÁLIA ABRANTES, LEANDRA FERRAZ & LUÍSA INOCÊNCIO 526

VOLUNTARIADO HOSPITALAR EM CONTEXTO ONCOLÓGICO

ELIANA GONÇALVES, SARA MONTEIRO & ANABELA PEREIRA 534

“OS NOVOS SINAIS DE FUMO DA TRIBO URBANA” INDICADORES DE BULLYING

PATRÍCIA GOUVEIA & LARA NEVES 541

SOLIDÃO, DESASSISTÊNCIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO: REFLEXÕES DA PSICOLOGIA EM UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

MILENA GREVE, CAROLINA ZAYAT, DANILO SILVA, FELIPE SCAVASIN, MARIANA RIVERA & IANNI SCARCELLI 548

PERCEPÇÃO DE ANSIEDADE E DE EFICÁCIA EM ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE—IMPLICAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS

ANA MONTEIRO GRILO 555

EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA EM UTENTES CLAUSTROFÓBICOS: IDENTIFICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

ANA MONTEIRO GRILO, ANA NOGUEIRA, MARGARIDA RIBEIRO & RITA FIALHO 563

QOLIBRI – UMA MEDIDA ESPECÍFICA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS LESÃO CEREBRAL ADQUIRIDA

SANDRA GUERREIRO, ISABEL ALMEIDA, BENEDITA MARTINS-ROCH, ARTEMISA ROCHA DORES, SELENE G. VICENTE, ALEXANDRE CASTRO-CALDAS & FERNANDO BARBOSA 570

VIVÊNCIAS DE STRESS DO DOENTE NEUROCIRÚRGICO NO PRÉ-OPERATÓRIO

ANA GUERREIRO, LÍGIA LIMA & MARIA CELESTE ALMEIDA 578

ASMA NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: PERCEPÇÕES DE DOENÇA E ADESÃO À TERAPÊUTICA

TERESA GUIMARÃES & VANESSA FAÍSCA 586

CONTRACEPÇÃO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: CRENÇAS DE ESTUDANTES DE FARMÁCIA E MEDICINA

TERESA GUIMARÃES, ÂNGELA VICENTE, LUÍS MIGUEL FARIAS, ANDRÉ COELHO, JOÃO PEDRO & ANABELA GRAÇA 594

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS DIFERENTES ATORES DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM MANAUS: UMA DISCUSSÃO PRELIMINAR

DENISE MACHADO DURAN GUTIERREZ 602

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO IDOSO: A IMPORTÂNCIA DO AJUSTAMENTO AO ENVELHECIMENTO

SOFIA VON HUMBOLDT & ISABEL LEAL 610

AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

HÉLIMI IWATA, NELSON SILVA FILHO & MARIA LAURA NOGUEIRA PIRES 618

BURNOUT, AJUSTAMENTO EMOCIONAL E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM PROFESSORES PORTUGUESES: INFLUÊNCIAS DO GRAU DE ENSINO E TIPO DE ESCOLA

FILIPPE JESUS, IVONE PATRÃO & JOANA SANTOS-RITA 625

DÉFICES COGNITIVOS ESPECÍFICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

COM FENILCETONÚRIA DIAGNOSTICADA E TRATADA PRECOCEMENTE

ANA LAÚNDES, ENRIQUE VÁZQUEZ-JUSTO & CARLA CARMONA 632

ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA PARENTAL

ISABEL LEAL, CÉLIA LOPES & MARINA DUARTE 640

EVITAMENTO EXPERIENCIAL NA DIABETES MELLITUS

TELMO LEANDRO, MARIANA LIMA, ANA PAULA MATOS & LUÍSA BARROS 647

GÊNERO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

ISIS SIMÕES LEÃO, JOÃO CARLOS ALCHIERI, RÔMULO LUSTOSA PIMENTEIRA DE MELO & MARIA DO CARMO EULÁLIO 654

CONCEPÇÕES INFANTIS DE SAÚDE E DOENÇA: A INFLUÊNCIA DE DIFERENTES PATOLOGIAS DO TIPO CRÔNICO

LÍGIA LIMA, MARINA SERRA DE LEMOS & ANA AGUIAR 659

DIABETES MELLITUS: SUA RELAÇÃO COM ANSIEDADE SOCIAL E PSICOPATOLOGIA

MARIANA LIMA, TELMO LEANDRO, ANA PAULA MATOS & LUÍSA BARROS 666

ANÁLISE DAS MUDANÇAS DE FATORES DE RISCO DE NATUREZA BIOLÓGICA EM FUNÇÃO DO TREINO PSICOLÓGICO DE CONTROLE DO STRESS

LOUIS MARIO NOVAES LIPP, RAQUEL LEITE PERINI, GREICI MAESTRI BUSSOLETTO & MARILDA EMMANUEL NOVAES LIPP 674

INTERVENÇÕES BASEADAS EM <i>MINDFULNESS</i> EM ONCOLOGIA: REVISÃO DE META-ANÁLISES	
<i>JOSÉ CARLOS LOPES</i>	681
O PAI E A CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DA ATENÇÃO: ESTUDO DO ENVOLVIMENTO PATERNO E DA AUTO-EFICÁCIA	
<i>CÉLIA LOPES & ISABEL LEAL</i>	698
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO IDOSO: ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA CES-D COM IDOSOS	
<i>MARLI PINHO LOUREIRO, MANUEL JOAQUIM LOUREIRO & MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO</i>	699
CIÚME E SATISFAÇÃO SEXUAL: UM ESTUDO POPULACIONAL	
<i>CATARINA OLIVEIRA LUCAS</i>	704
ENVOLVIMENTO PATERNO DE PAIS DE FILHOS ÚNICOS	
<i>SARA MAGALHÃES & ISABEL LEAL</i>	711
ESTUDO PRELIMINAR DE UMA ESCALA DE ENVOLVIMENTO PATERNO	
<i>SARA MAGALHÃES, CRISTINA REIS, JOÃO PEREIRA & ISABEL LEAL</i>	718
A ADEÇÃO TERAPÊUTICA NA INFECÇÃO POR VIH	
<i>MARTA MAIA</i>	725
AVALIAÇÃO DE MUDANÇAS NA PERSONALIDADE ATRAVÉS DO SWAP-200. ESTUDO DE CASO SISTEMÁTICO	
<i>CAROLINA MALHEIRO, ANTÓNIO PAZO PIRES, ANTÓNIO GONZALEZ, SOFIA CABRITA & DAVID SÁ</i>	732
FANTASIAS INCONSCIENTES DE SINTOMAS SOMATOFORMES: O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA EM PSICOTERAPIA BREVE	
<i>YARA MALKI, JOSÉ TOLENTINO ROSA & LEILA C. TARDIVO</i>	740
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS AO LONGO DO CLIMATÉRIO	
<i>JOANA MARAU, FILIPA PIMENTA & ISABEL LEAL</i>	747
BENEFÍCIOS DA ESCRITA TERAPÊUTICA NO ALÍVIO DOS SINTOMAS ASSOCIADOS AO TRAUMA VIVENCIADO PELOS BOMBEIROS	
<i>DÁLIA MARCELINO & MARIA JOÃO FIGUEIRAS</i>	755
MUDANÇA NOS PROCESSOS NUMA PSICANÁLISE. ESTUDO DE CASO SISTEMÁTICO ATRAVÉS DO PQS	
<i>MARGARIDA MARQUES, ANTÓNIO PAZO PIRES, MARIA NORONHA & DANIEL SOUSA</i>	761
TUTORES/AS DE CONVIVENCIA, NUEVOS PERFILES PROFESIONALES Y EDUCATIVOS PARA LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS EN LA ESCUELA	
<i>JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ, NURIA GARCÍA GONZÁLEZ & JUAN FELIPE MATEU GARCÍA.</i>	769

LITERACIA EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: NUNCA É TARDE PARA APRENDER!	
<i>ANABELA CORREIA MARTINS</i>	776
ACONSELHAMENTO E PRESCRIÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: NECESSIDADE DE CLARIFICAR QUEM PRESCREVE, COMO E ONDE	
<i>ANABELA CORREIA MARTINS</i>	781
A AUTONOMIA PSICOLÓGICA NA ADOLESCÊNCIA E IDEIAS DE MORTE	
<i>CLÁUDIA MARTINS & MARIA GOUVEIA-PEREIRA</i>	787
ALTERAÇÕES SEXUAIS NA MULHER COM MENOPAUSA	
<i>CLAUDINA ISABEL SALGADO MARTINS & MARIA DE JESUS MACEIRAS</i>	794
O IMPACTO DO ABUSO SEXUAL NA SAÚDE DE JOVENS VITIMADAS	
<i>ROSIMEIRE DE CARVALHO MARTINS</i>	801
A ESTRATÉGIAS DE COPING E O IMPACTO SOFRIDO PELA FAMÍLIA QUANDO UM DOS SEUS ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER	
<i>CAROLINA BEATRIZ SAVEGNAGO MARTINS, NELSON SILVA FILHO & MARIA LAURA NOGUEIRA PIRES</i>	809
NECESSIDADE DA GESTÃO DO ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS	
<i>SUELY APARECIDA DO NASCIMENTO MASCARENHAS, ANTÔNIO ROAZZI, GLORIA FARIÑAS LEON & J. L. PAIS- RIBEIRO</i>	816
STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA MIGRÂNEA E NA CEFALEIA TENSIONAL	
<i>VIVIAN MASCELLA & MARILDA EMMANUEL NOVAES LIPP</i>	822
ASSOCIAÇÃO ENTRE PREFERÊNCIA INTERTEMPORAL E IMPULSIVIDADE	
<i>RAFAELA MATAVELLI</i>	829
A TÉCNICA DE INTERVENÇÃO NA PSICANÁLISE	
<i>MARIANA GOUVEIA MATOS, ANTÓNIO PAZO PIRES, DANIEL SOUSA & SANDRA AMARAL DIAS</i>	837
O TRABALHO PSICOTERAPÊUTICO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: MOTIVOS DE PROCURA E EXPERIÊNCIAS DE MUDANÇA	
<i>CECÍLIA RODRIGUES MEDEIROS & RUI ARAGÃO OLIVEIRA</i>	842
SINTOMAS PSICOLÓGICOS NO CLIMATÉRIO: UMA QUESTÃO (IN)CONTORNÁVEL	
<i>JOANA ACCIAIOLI MENDES, ISABEL LEAL & FILIPA PIMENTA</i>	850
IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO NARRATIVA NA SAÚDE DE ADOLESCENTES COM DIABETES	
<i>ROSÁRIO MENDES, PAULO ALMEIDA & MARGARIDA RANGEL HENRIQUES</i>	857
ONDE ESTÁ O SUJEITO? REFLETINDO SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA BRASILEIRO	

<i>VITOR MENDONÇA & IANNI SCARCELLI</i>	864
ESPELHO MEU, EXISTE ALGUÉM MAIS BELA DO QUE EU? NOVOS MODOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	
<i>VITOR MENDONÇA, EDA CUSTÓDIO & LIGIA FURUSAWA</i>	872
VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS COMO PREDITORAS DO INSUCESSO ESCOLAR – DIFERENÇAS DE GÊNERO EM ALUNOS DO 2º E 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO	
<i>RITA RAMOS MIGUEL, DANIEL RIJO & LUIZA NOBRE LIMA</i>	879
RELAÇÃO ENTRE MOTIVAÇÃO PARA AJUDAR, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E STRESS NUMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	
<i>SARA MONTEIRO, PAULA VAGOS, ANABELA PEREIRA, HÉLDER CASTANHEIRA, INÊS DIREITO, VÂNIA AMARAL, ANA TORRES & GUSTAVO VASCONCELOS</i>	886
DESAFIOS À PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TRABALHO NO POLO INDUSTRIAL DE MANAUS	
<i>ROSÂNGELA DUTRA DE MORAES</i>	894
MOTIVAÇÃO PARA APRENDER DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE PSICOEMOCIONAL EM CONTEXTO ACADÊMICO DA AMAZÔNIA/BRASIL	
<i>LERKIANE MIRANDA DE MORAIS, SUELY A. DO NASCIMENTO MASCARENHAS, EVELY BORUCHOVITCH & BIANCA NÚBIA BUZAGLO FREITAS</i>	901
A PSICOLOGIA POSITIVA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E A EDUCAÇÃO	
<i>JUAN JOSE MOURIÑO MOSQUERA & CLAUS DIETER STOBÄUS</i>	908
A PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL EM TURMAS PIEF DA REGIÃO CENTRO	
<i>CAROLINA DA MOTTA, NÉLIO BRAZÃO & DANIEL RIJO</i>	915
O VALOR DO DIAGNÓSTICO EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA	
<i>IVONISE FERNANDES DA MOTTA</i>	922
A CLÍNICA PSICANALÍTICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: COM DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	
<i>IVONISE FERNANDES DA MOTTA</i>	928
FACTORES DE STRESS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERCEPÇÃO DOS UTENTES, FAMILIARES E EQUIPA DE CUIDADOS DE SAÚDE	
<i>MARIA TERESA MOURÃO & ISABEL P. LEAL</i>	934
CUIDANDO DO AMBIENTE – PROMOÇÃO DE SAÚDE EM PROJECTOS DE MENINOS E MENINAS DE RUA	
<i>CLÁUDIA N. MUNHOZ & IVONISE MOTTA</i>	942

O STRESSE NOS ENFERMEIROS CUIDADORES DE DOENTES CRÓNICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DOS ESTUDOS PUBLICADOS EM PAÍSES LUSÓFONOS

NUNO MURCHO, SAUL DE JESUS & EUSÉBIO PACHECO 949

EL APRENDIZAJE-SERVICIO COMO ESTRATEGIA GLOBAL DE MEJORA DE LA FORMACIÓN INTEGRAL DEL ALUMNADO EN LA MEJORA DE LA CONVIVENCIA

PEDRO URUÑUELA NÁJERA & JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ 956

O IMPACTO DO MODELO TOUCHPOINTS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE

A.T. BRITO NASCIMENTO, M. BARBOSA, J. JUSTO, R. SILVEIRA MACHADO, L. LEITÃO, T. GOLDSMITH, P. FERRO MENEZES, M. FUERTES & J. GOMES PEDRO 961

ATRIBUIÇÃO CAUSAL E INDICADORES DE AUTOESTIMA EM ESTUDANTES MANAUARAS

SUELY APARECIDA DO NASCIMENTO, GISELE CRISTINA RESENDE FERNANDES DA SILVA & IOLETE RIBEIRO DA SILVA 969

O SUPORTE SOCIAL INFORMAL DO IDOSO: DESAFIOS PARA O SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA DO IDOSO

MARIANA NAVARRO, SOFIA VON HUMBOLDT & ISABEL LEAL 975

FELICIDADE, ESPERANÇA E AFECTO ENQUANTO PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DE INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AOS 6 MESES DE FOLLOW UP

ELISABETE NAVE-LEAL, JOSÉ PAIS-RIBEIRO, MÁRIO OLIVEIRA, SOFIA SANTOS & RUI FERREIRA 982

SINTOMATOLOGIA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA APÓS UMA INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ: QUEM MANIFESTA REAÇÕES INTENSAS DE TRAUMA E LUTO?

BÁRBARA NAZARÉ, ANA FONSECA & MARIA CRISTINA CANAVARRO 988

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA NA SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES

PAULA NELAS, C. SILVA, M. FERREIRA, J. DUARTE, C. CHAVES & E. COUTINHO 995

A VIVENCIA PSICOLÓGICA DE CASAIS INFÉRTEIS QUE RECORREM AOS SERVIÇOS DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA

DANIELA ALVES NOGUEIRA, M^a ANGÉLES DIEZ SÁNCHEZ & GLORIA BUENO CARRERA 1001

FATORES PROTETORES CONTRA O ABANDONO DE PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS

MARIA LUCIA TIELLET NUNES & MARINA BENTO GASTAUD 1009

A ADESÃO TERAPÊUTICA NA DOENÇA MENTAL: A IMPORTÂNCIA DO INSIGHT

EUGÉNIA OLIVEIRA 1015

UMA PROPOSTA DE PREVENÇÃO NOS MAUS-TRATOS À CRIANÇA: ESTUDO EXPLORATÓRIO

<i>RAQUEL V. OLIVEIRA & LÚCIA G. PAIS</i>	1020
MINDFULNESS-ACEITAÇÃO, ESTILO ATRIBUCIONAL E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM ADOLESCENTES	
<i>SARA OLIVEIRA, ANA PAULA MATOS, SÓNIA CHERPE & INÊS RIBEIRO</i>	1027
FANTASIAS INCONSCIENTES NA DOR CRÓNICA: O MANEJO TRANSFERENCIAL EM PSICOTERAPIA BREVE	
<i>MARIA TEREZA DE OLIVEIRA, JOSÉ TOLENTINO ROSA & LEILA CURY TARDIVO</i>	1033
COMPETÊNCIA, PROBLEMAS PSICOLÓGICOS E ESTRESSE EM ADOLESCENTES ESTUDANTES	
<i>NANCY RAMACCIOTTI DE OLIVEIRA-MONTEIRO, MARIA AZNAR-FARIAS, CAMILA DE ALMEIDA NAVA, JULIANA OLIVETTI GUIMARÃES NASCIMENTO, FÁBIO TADEU MONTESANO & REGINA CÉLIA SPADARI-BRATFISCH</i>	1038
OS COMPORTAMENTOS SEXUAIS NOS JOVENS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS PORTUGUESES	
<i>NATÁLIA DOS SANTOS PISSARRA NOGUEIRA PACHECO & HENRIQUE PEREIRA</i>	1047
ANÁLISE DA MUDANÇA ESTRUTURAL EM PSICANÁLISE USANDO O SPC	
<i>TELMO PAIVA, ANTÓNIO PAZO PIRES, ANTÓNIO GONZALEZ, MARIANA SÁ & MARTA LOPES</i>	1055
INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS FAMILIARES NOS AUTO-CUIDADOS EM DIABÉTICOS TIPO 2	
<i>SUSANA PEDRAS, M. GRAÇA PEREIRA & GABRIELA FERREIRA</i>	1063
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO SEGUNDO O MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO NA ESCLEROSE MÚLTIPLA	
<i>LUISA PEDRO I, J. PAIS-RIBEIRO & J. PÁSCOA PINHEIRO</i>	1070
APOIO PSICOPEDAGÓGICO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES ONCOLÓGICOS DA CASA RONALD MCDONALD DO ABC	
<i>IVETE PELLEGRINO ROSA & MARIA ELENA DE GOUVÊA</i>	1077
CAPACIDADE PARA TRABALHO, EMOÇÕES E DECISÃO DE DISPARO EM POLÍCIAS	
<i>ALEXANDRA PEREIRA, CARLOS SILVA & ANABELA PEREIRA</i>	1083
ADOÇÃO E QUEIXAS NA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE CRIANÇAS	
<i>ANDREA KOTZIAN PEREIRA & MARIA LUCIA TIELLET NUNES</i>	1089
A HOMOSSEXUALIDADE E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ALUNOS NO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO	
<i>DANIELLE DUQUE DE SOUZA PEREIRA & GRAZIELA RAUPP PEREIRA</i>	1096
A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL, A DEPRESSÃO E O AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA EM INDIVÍDUOS COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE	
<i>ANA FRANCISCA PEREIRA & FÁTIMA FELICIANO</i>	1103
A INCLUSÃO: STRESS E BURNOUT EM PROFESSORES PORTUGUESES	

<i>ANDREIA PEREIRA, IVONE PATRÃO & JOANA SANTOS-RITA</i>	1110
EDUCAÇÃO SEXUAL E A FORMAÇÃO DE PROFESSORES: UMA PROPOSTA NO ENSINO A DISTÂNCIA PARA AS REALIDADES PORTUGUESA, ESPANHOLA, BRASILEIRA E ARGENTINA	
<i>GRAZIELA RAUPP PEREIRA, RUI MARQUES VIEIRA, SONIA MARIA MARTINS DE MELO & ISABEL CHAGAS</i>	1118
SAÚDE NA ESCOLA: AÇÕES DA PSICOLOGIA NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DOS SUJEITOS	
<i>ANA PAULA PETRONI & VERA LUCIA TREVISAN DE SOUZA</i>	1125
VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO	
<i>FILIPA PIMENTA, ISABEL LEAL & JOÃO MAROCO</i>	1132
VALIDAÇÃO DO BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ) NUMA AMOSTRA DE MULHERES DE MEIA-IDADE	
<i>FILIPA PIMENTA, ISABEL LEAL, JOÃO MAROCO & BRUNA ROSA</i>	1139
A PERSONALIDADE E A SAÚDE MENTAL DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL	
<i>MARISA PINTO, ANA MARGARIDA VARELA & ANTÓNIO VINHAL</i>	1145
OS NÍVEIS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E AUTO-ESTIMA NOS ADOLESCENTES COM UMA DOENÇA ONCOLÓGICA	
<i>VANDA PINTO & MARIA JOÃO CUNHA</i>	1151
SONOLÊNCIA, MORBILIDADE PSICOLÓGICA, COMPETÊNCIAS SOCIAIS E ESTILO DE VIDA EM ADOLESCENTES	
<i>SILVIA PUCCI & M. GRAÇA PEREIRA</i>	1158
VÍNCULO NA UNIVERSIDADE - EFEITOS DAS BOAS AMIZADES SOBRE O BEM-ESTAR E O RENDIMENTO DE ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DA AMAZÔNIA/BRASIL	
<i>ANTÔNIO ROAZZI & SUELY APARECIDA DO NASCIMENTO MASCARENHAS</i>	1166
EFEITOS DO VÍNCULO SOBRE A SAÚDE PSICOLÓGICA E O RENDIMENTO DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	
<i>ANTÔNIO ROAZZI, SUELY A. N. MASCARENHAS & FLÁVIA PANTOJA GOMES</i>	1172
NOVA PATERNIDADE: O ENVOLVIMENTO PATERNO NA DEFICIÊNCIA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR	
<i>CRISTINA REIS & ISABEL LEAL</i>	1178
BRASILEIROS EM LISBOA: SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA	
<i>LYRIA REIS & NATÁLIA RAMOS</i>	1186
GRUPO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICO COM MULHERES COM CANCRO DA MAMA EM DIFERENTES FASES DO CURSO DA DOENÇA: EXPRESSAR, ENTREAJUDAR, RESIGNIFICAR, CRESCER E CURAR	

<i>SÓNIA REMONDES-COSTA & JOSÉ LUÍS PAIS-RIBEIRO</i>	1194
DEPOIS DO ADOECER DA MAMA: O SENTIDO E O SIGNIFICADO DA VIDA - DOIS CASOS CLÍNICOS DE CRESCIMENTO PESSOAL EM TERAPIA PSICO-ONCOLÓGICA	
<i>SÓNIA REMONDES-COSTA & JOSÉ LUÍS PAIS-RIBEIRO</i>	1199
DA INEVITABILIDADE DA DOR À OPCIONALIDADE DO SOFRIMENTO: ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO DA DOENÇA, ADESÃO AOS TRATAMENTOS, SOFRIMENTO E RESILIÊNCIA EM PACIENTES COM DOR CRÓNICA	
<i>FILIPE RIBEIRO, JOÃO PEREIRA & MARIA CUNHA</i>	1207
COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS IDOSOS: ESTUDO PRELIMINAR DE UMA ESCALA DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS	
<i>INÊS RIBEIRO & ISABEL LEAL</i>	1215
PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO E ENGAJAMENTO NO TRABALHO: UM ESTUDO COM PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS	
<i>CÁSSIA SOUZA ROCHA, ELIZABETH RUSSO INFANTE, LAURA MAZA GARRIDO, ROBERTO RUSTICCI & MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA</i>	1223
MENOPAUSA: O QUE FOI, O QUE PODERIA TER SIDO E O QUE JAMAIS SERÁ... - REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA E NA IMAGEM CORPORAL	
<i>CÁTIA RODRIGUES, FILIPA PIMENTA & ISABEL LEAL</i>	1232
STRESS, BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E DESORDENS EMOCIONAIS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE ONCOLOGIA	
<i>JOANA RODRIGUES, JOÃO PAULO PEREIRA & MARIA JOÃO PEREIRA</i>	1239
ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTIRETROVÍRICA, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E FUNÇÕES NEUROCOGNITIVAS EM PESSOAS INFETADAS PELO VIH: IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA	
<i>ANA L. ROSA, GONÇALO LOBO & RENATA MARGALHO FIALHO</i>	1246
AUTO-MUTILAÇÃO: UM SILÊNCIO (IN)ESCRITO NOS LIMITES DO CORPO	
<i>BRUNA ALEXANDRA MOREIRA ROSA</i>	1254
O BIOFEEDBACK NO ESTUDO DA ANSIEDADE DOS ALUNOS DO ENSINO SUPERIOR	
<i>LUÍS SANCHO, ANABELA PEREIRA, ANABELA SILVA, PAULA VAGOS, TÂNIA OLIVEIRA & INÊS DIREITO</i>	1262
UM CASO DE DOENÇAS AUTO-IMUNES	
<i>MARIA ESTELA ESCANHOELA AMARAL SANTOS & IVONISE FERNANDES DA MOTTA</i>	1269
O JOGO DE RABISCOS – DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE	
<i>MARIA ESTELA ESCANHOELA AMARAL SANTOS & IVONISE FERNANDES DA MOTTA</i>	1275

RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO - *STRESS* E ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM ENFERMEIROS EM ONCOLOGIA

MARIA MARGARIDA MAGALHÃES CABUGUEIRA CUSTÓDIO DOS SANTOS, SANDRA DA FONTE SOUSA GOMES & ELISABETE TERESA DA MATA ALMEIDA CAROLINO 1281

AS CRENÇAS RELIGIOSAS NO SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA DO IDOSO

SUSANA SANTOS, SOFIA VON HUMBOLDT & CLÁUDIA CARVALHO 1288

SOFRIMENTO PSÍQUICO DECORRENTE DA EXPOSIÇÃO AO BULLYING/CYBERBULLYING EM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO E SEUS EFEITOS SOBRE O RENDIMENTO – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL EM CONTEXTO ACADÊMICO

JULIANA DE LIMA DA SILVA, SUELY APARECIDA DO NASCIMENTO MASCARENHAS & JOSÉ MARIA AVILÉS MARTINEZ 1295

“A CORAGEM PARA UMA VIDA DIFERENTE” IMPACTO DA FIBROSE QUÍSTICA NAS RELAÇÕES FAMILIARES NA FASE PRÉ-TERMINAL DO CICLO DA DOENÇA

SOFIA NUNES DA SILVA 1302

ANÁLISE DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELA PESSOA NA VIVÊNCIA COTIDIANA DE HEMODIÁLISE AO AMBIENTE DE TRATAMENTO

MARIA CRISTINA LONGOBARDO SIMONE & MARLISE A. BASSANI 1309

OFICINAS TERAPÊUTICAS COM CRIANÇAS EM UMA CLÍNICA-ESCOLA DE PSICOLOGIA: UTILIZAÇÃO DE CONTOS DE FADAS

FERNANDA ROMANO SOARES & ELIANA HERZBERG 1317

VIVÊNCIAS EMOCIONAIS NA EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM DOR CRÔNICA EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

MÁRCIA APARECIDA ISACO DE SOUZA, MARIA APARECIDA MAZZANTE COLACIQUE, JOSÉ TOLENTINO ROSA & LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO 1324

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE INGESTÃO COMPULSIVA (BES). UM ESTUDO COM UMA AMOSTRA DE OBESOS PORTUGUESES

ANA ROSA TAPADINHAS & JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO 1330

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA UTILIZANDO O CHAP

JOANA FONSECA TAVARES, ANTÓNIO PAZO PIRES, VÂNIA SÁ, ANDREA SILVA & ANA MARIA CUNHA 1336

ADOLESCÊNCIA E SAÚDE: UM ESTUDO INTERDISCIPLINAR EM UMA ESCOLA EM LOURES – PORTUGAL

LEÔNIA TEIXEIRA, NATÁLIA RAMOS, REGINA MACIEL, LUCIANA MAIA & CRISTIANE VASCONCELOS 1343

“UM OLHAR ATRAVÉS DA JANELA”. A DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA: A VIVÊNCIA DA FAMÍLIA E DA CRIANÇA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

<i>SANDRA TEIXEIRA, SUSANA FERREIRA DA COSTA & SANDRA MATOS</i>	1351
PROCESSOS EXECUTIVOS NA SÍNDROME DE ASPERGER	
<i>SORAIA TELES & SELENE G. VICENTE</i>	1358
A EXPERIÊNCIA DO ALUNO APOIANTE DA LUA (LINHA DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO)	
<i>PAULA VAGOS, INÊS DIREITO, LUÍSA SANTOS, VÂNIA AMARAL, ANABELA PEREIRA, HÉLDER CASTANHEIRA, ANA TORRES, SARA MONTEIRO & GUSTAVO VASCONCELOS</i>	1365
O PAPEL DA FAMÍLIA NA ADESÃO TERAPÊUTICA DE ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1	
<i>ANA MARGARIDA VARELA & KHALID FEKHARI</i>	1373
OS SENTIMENTOS CONTRATRANSFERÊNCIA DESENCADEADOS POR PACIENTES COM DIFERENTES DIAGNÓSTICOS	
<i>INÊS VENTURA, ANTÓNIO PAZO PIRES & JORGE C. GOMES</i>	1381
A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT NOS PRESTADORES DE CUIDADOS A IDOSOS E DOENTES CRÓNICOS	
<i>CARLA SUSANA VICENTE & RUI ARAGÃO OLIVEIRA</i>	1389
O ESTUDO DO BURNOUT NUMA AMOSTRA DE FORÇAS DE SEGURANÇA	
<i>ANA LUÍSA VIEGAS & IVONE MARTINS PATRÃO</i>	1397
AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE PAIS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EM EXAMES RENAIIS	
<i>LINA VIEIRA, ANA MONTEIRO GRILO, SOPHIE BARROS & ANA ANTÓNIO</i>	1405
UMA REALIDADE DE ATENDIMENTO A JOVENS: DANDO VOZ AOS JOVENS E AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<i>GRAÇA VINAGRE, INÊS SPÍNOLA, NATACHA PALMA, SUSANA FERREIRA & SOFIA ROLDÃO</i>	1412
SALUD MENTAL Y MENOPAUSIA	
<i>LUCIANA RAMÍREZ IMEDIO, RAILDA FERNANDES ALVES, ESTEFANIA MARTINEZ LINDE, BELÉN AGLIO RAMÍREZ & MARIA JOSÉ ROBLES DELGADO</i>	1421
CONFERÊNCIA DE JOYCE MCDOUGALL SOBRE CÂNCER E O PSICOSSOMA RECEBE LEGENDAS EM PORTUGUÊS, A EXTENSÃO DE UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA	
<i>YARA MALKI, PAULA VAGOS, ANABELA PEREIRA & JOSÉ TOLENTINO ROSA</i>	1426

Preâmbulo

A Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde realiza, de dois em dois anos, normalmente no início de fevereiro, o congresso nacional de psicologia da saúde. Sendo nacional, tem juntado colegas de países próximos, seja pela língua, como é o caso do Brasil e de outros países da CPLP, seja pela geografia como é o caso da Espanha.

O termo que utilizamos “congresso”, deriva do latim *congressu*, para significar “encontro”, “reunião”. O dicionário de língua portuguesa define congresso como uma reunião de pessoas pertencentes a uma determinada área de estudo ou profissão para comunicação de trabalhos e troca de ideias. Literalmente é isto que se pretende nos congressos da nossa sociedade.

Desde as suas origens temos defendido que o nosso congresso é uma reunião de participantes em que todos comunicam, de várias formas, com diferentes procedimentos organizativos, o trabalho que fazem, o que investigam, as ideias que têm. A intenção é que todos apresentem, que todos escutem, e que todos discutam. É, assim, diferente de outras reuniões em que um grupo de notáveis fala para um conjunto de ouvintes.

Em cada ano, o congresso da nossa sociedade tem tido lugar em escolas ou espaços, de cidades diferentes, do norte ao sul do país, dinamizado, generosamente, pela comunidade científica local, normalmente associada a universidades. Esta é outra das características do nosso congresso: decorre em todo o território nacional.

Neste ano temos a honra de participar num congresso na Universidade de Aveiro, uma das escolas mais recentes do nosso país. O apoio que esta instituição dá à psicologia da saúde e ao nosso congresso é de salientar.

O tema do congresso este ano é "Promoção da Saúde e Doenças Crónicas: desafios à promoção da saúde". O envelhecimento da população a par do crescimento das doenças crónicas coloca, acreditamos, desafios à promoção da saúde, conceito desenvolvido nos anos 80 do século passado, principalmente para as pessoas sem doença, mas hoje um tema importante, também para pessoas com doenças crónicas.

Desde o primeiro congresso, já realizado há 18 anos, temos publicado os textos que nos são enviados a acompanhar as apresentações que os participantes fazem. Fica assim disponível para apreciação de todos, e para memória futura, os trabalhos que são apresentados nos nossos congressos.

Os textos estão colocados por ordem alfabética do último nome do primeiro autor, de modo a facilitar a sua localização.

Os coordenadores

A PERSPECTIVA DO CLIENTE DOS MOMENTOS SIGNIFICATIVOS NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA – OS MOMENTOS DE CONFORTO NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA

MARIA ODÍLIA ABREU 1 & EUGÉNIA RIBEIRO 2

O processo psicoterapêutico desenvolve-se na dinâmica e interação que se proporciona entre cliente e terapeuta e a mudança ocorre através do “compromisso dialético” (Safran & Segal, 1996, p.xii) entre ambos. O processo terapêutico pode, desta forma, ser estudado sob três perspetivas distintas: a de uma perspetiva externa ao processo, a do investigador; e a dos intervenientes no processo, a do terapeuta e a do cliente (Elliott & James, 1989). A utilização da perspetiva do cliente na investigação em psicoterapia apresenta diversas vantagens, nomeadamente, o facto de os clientes serem os principais agentes de mudança e de constituírem a fonte mais direta de informação acerca da sua própria experiência de mudança e da relação terapêutica (Duff & Bedi, 2010), assim como, do significado e valor da terapia (Elliott & James, 1989).

O conceito de momento significativo, que foi em grande parte desenvolvido por Elliott, Rice e Greenberg (Elliott, 1984; Rice & Greenberg, 1984, citado por Sousa, 2006), diz respeito a episódios específicos que ocorrem durante a sessão e que contribuem para a mudança terapêutica do cliente. A abordagem associada (*discovery-oriented approach*) sublinha a importância de eventos clinicamente significativos como episódios em que alguma coisa muda para os clientes “para melhor ou para pior” (Elliott, 1984, p. 251). Salientando a complexidade destes episódios, esta abordagem indica a necessidade destes serem estudados de perto e através de uma metodologia que permita conhecer e alcançar todas as especificidades dos mesmos quando ocorrem.

A investigação realizada em torno dos momentos significativos na terapia, na perspetiva do cliente, pode incluir-se em um de dois conjuntos de temas: *aspectos úteis e mudança terapêutica* (Elliot, 2008). Segundo a revisão de alguns autores (Elliott, 2008, Elliott & James, 1989), os aspectos úteis identificados pelos clientes englobam principalmente as *Características facilitadoras do terapeuta* e a *Autoexpressão/abertura/exposição do cliente*, ou seja, aspectos relacionais de ambos os intervenientes no processo.

1 -Instituto Politécnico de Leiria e Universidade de Aveiro; 2- Universidade do Minho.

A respeito da *Mudança* em terapia os mesmos autores apontam *Aumento autoestima*, *Melhoria relações interpessoais* e *Maior sentimento de mestria* como os aspetos mais evidenciados pelos clientes quando se referem às suas mudanças em psicoterapia.

Partindo destas ideias principais averigua-se a perspetiva do cliente sobre o processo terapêutico e, mais especificamente, a sua perspetiva sobre os momentos significativos experienciados numa sessão psicoterapêutica.

Este trabalho integra-se num trabalho mais global sobre a perspetiva dos clientes dos momentos significativos na interação terapêutica. Nesta apresentação procuraremos analisar de que forma as categorias emergentes se relacionam entre si e, especificamente, em torno da categoria *Experiência de conforto* dos clientes.

MÉTODO

Para alcançar o objetivo de compreender a perspetiva dos clientes acerca dos momentos significativos experienciados numa sessão terapêutica recorreu-se a uma metodologia de cariz qualitativo. As metodologias qualitativas em investigação em psicoterapia são utilizadas sobretudo para tentar descrever detalhadamente um fenómeno, caracterizando-o (Timulak, 2008).. A *grounded theory*, dentro das abordagens qualitativas, é utilizada com o objetivo de compreender a percepção dos clientes sobre o processo subjacente à relação terapêutica e à mudança psicoterapêutica. De acordo com esta abordagem o investigador deve colocar-se perante os dados com uma postura “ingénua” permitindo que a teoria possa emergir dos dados e não procurando nos dados uma validação da teoria (Glaser & Strauss, 1967, Fernandes & Maia, 2001).

Participantes

Para este estudo recorreu-se a um conjunto de 17 entrevistas realizadas a 17 clientes em psicoterapia no Serviço de Apoio Psicológico ao Estudante do Instituto Politécnico de Leiria. Os clientes tinham idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos ($M= 25,24$ e $DP=7,85$), 64,5% eram do sexo feminino e 35,3% do sexo masculino. À data da entrevista, os clientes tinham tido no mínimo 3 e no máximo 37 sessões e tinham sido diagnosticados maioritariamente com Perturbações de Humor ou de Ansiedade (6 com diagnóstico de Perturbação depressiva major, 6 com diagnóstico de Ansiedade generalizada e 2 com diagnóstico de Ansiedade social, segundo a DSM – IV-TR). Os participantes neste estudo responderam ao IAT- Inventário de Aliança Terapêutica (IAT, Machado & Horvath, 1999) no final da sessão a que a entrevista reporta, obtendo uma média de 4,86 ($DP = 0,34$).

Os clientes estavam em processo psicoterapêutico com uma de duas terapeutas que fazem parte da equipa do gabinete. As terapeutas desenvolvem a sua atividade clínica há 3 e 5 anos com estudantes do

Ensino Superior no âmbito de Gabinetes de Aconselhamento e seguem ambas uma orientação teórica Cognitivo-comportamental.

Procedimentos

As entrevistas áudio-gravadas, depois de transcritas na totalidade, foram divididas em unidades de significado (uma por ideia base de significado). Das 17 entrevistas analisadas resultaram 915 unidades de significado. As entrevistas foram analisadas, tendo sido atribuídos códigos (categorias descritivas) a cada uma das unidades de significado. De seguida, foi realizada uma codificação aberta, isto é, as categorias descritivas continuaram a ser analisadas e continuamente comparadas entre si, surgindo categorias mais abstratas – categorias conceptuais. Com estas categorias conceptuais procedeu-se à categorização axial, com o objetivo de averiguar a existência de relações entre estas categorias, resultando numa reorganização das categorias e suas relações em função de eixos emergentes. Desde o início deste processo e à medida que os dados foram analisados, e as categorias foram emergindo, tomaram-se notas descrevendo as categorias e as relações que surgiam entre essas mesmas categorias (*memoing*). Esta tarefa foi realizada com o objetivo de tornar mais claras e explícitas tanto as categorias, como as suas relações, e facilitar a contínua comparação dos dados e das diferentes categorias emergentes. O resultado final é apresentado considerando as categorias típicas e as relações existentes entre as mesmas. As categorias típicas são aquelas que, segundo Hill, Thompson, Williams (1997), surgem em metade ou mais dos casos estudados, ou seja, no presente caso 9. Foram então consideradas para a estrutura final emergente as categorias que surgiram em pelo menos 9 entrevistas.

Todo o processo de análise, codificação e posterior categorização e organização das categorias, foi realizado pela investigadora, orientada pelos princípios da *grounded analysis* que garantem a credibilidade da análise, ou seja, usando o método da comparação constante e o enraizamento nos dados (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1992, citado por Fernandes & Maia, 2001). Tal como é recomendado em estudos de natureza qualitativa e interpretativa, e ainda no sentido de garantir a credibilidade da análise recorreremos à figura do auditor, cuja função foi rever todo o processo de análise, questionar e estimular à reformulação das incoerências ou fragilidades da análise (Hill, Thompson, & Williams, 1997; Hill et al., 2005). Este processo foi auditado pela segunda autora.

RESULTADOS

Os resultados da análise organizam-se em 16 categorias, no entanto, neste trabalho serão somente apresentadas as categorias emergentes das entrevistas dos 17 clientes e que se relacionam com a categoria *Experiência de conforto*, identificada na codificação axial como um eixo organizador das restantes. As categorias serão apresentadas através da sua descrição e acompanhadas de uma unidade de significado que a represente.

Experiência cliente (17 em 17): ao longo da entrevista, os clientes ao relatarem episódios da sessão referiram a forma como experienciaram e sentiram estas vivências.

Experiencia de conforto (17 em 17): cliente descreve ter-se sentido compreendido, percebido pelo terapeuta, incentivado, animado (e.g., “Talvez apoiada” Np6; “ [...] incentivar... incentivo, apoio” Ib22).

Características da relação (12 em 17): esta categoria foi utilizada sempre que os clientes qualificavam a relação com o terapeuta, nomeadamente, à vontade (6 em 12) e confiança (7 em 12).

Ação do terapeuta (17/17): ao longo das entrevistas os participantes descrevem ações, ou sequências de ações por parte dos terapeutas.

Promove apoio (14 em 17): o cliente descreve uma ação ou um conjunto de ações do terapeuta em que este sumariza uma ideia sua, valida a sua experiência sem acrescentar nada de novo, ações do terapeuta que não implicam novidade para o cliente (e.g., “[...] e vou geralmente com algo preconcebido e geralmente bate certo. A [terapeuta] já diz: realmente é isso que acontece...já tenho uma explicação muitas vezes...” Rb6).

Apresenta nova perspetiva (16 em 17): o cliente descreve por parte do terapeuta a apresentação de uma nova perspetiva, nova forma de perceber uma questão, sugere tarefa, confronta cliente, traz alguma coisa de novo ao cliente (e.g., “[...] normalmente ajuda nisso diz olha pode ir por este lado, olha podes... há esta janela pequenina a abrir-se...” Ib14).

Interessada (15 em 17): o cliente descreve uma ação do terapeuta em que este se mostra disponível, demonstra interesse e preocupação, tenta perceber tudo, faz perguntas, ouve o cliente (e.g., “ela também anda-se a esforçar bastante por tentar que eu diga a coisas e anda a tentar perceber o quer eu ando a dizer” Tb12).

À medida que se avançou na análise dos dados compreendidos nas entrevistas realizadas e tendo em consideração as *memos* que foram sendo anotadas ao longo da codificação aberta, foram emergindo relações entre algumas categorias procedendo-se à codificação axial.

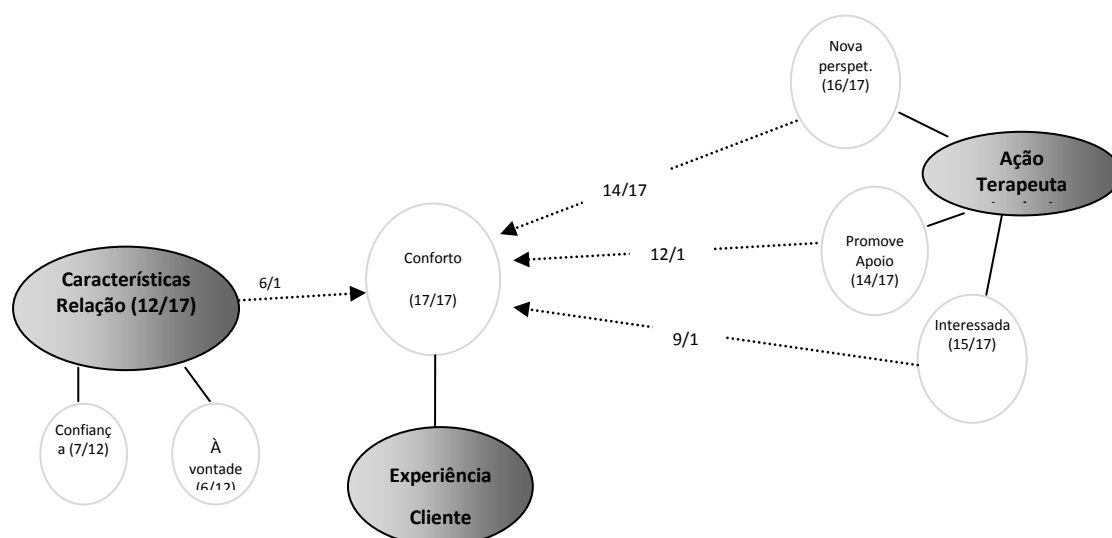


Figura 1 – Categorias e categorias associadas à categoria *Experiência de conforto*

Na figura 1 estão representadas as categorias emergentes e a forma como se organizam em torno da categoria *Experiência de conforto*. Em primeiro lugar, salienta-se que, em todas as entrevistas foi possível identificar a categoria *Experiência de conforto*. Estas *Experiências de conforto* associam-se a diversas outras categorias, no entanto percebe-se que, em todas as entrevistas, pelo menos uma experiência de conforto está associada a uma *Ação do terapeuta* (promove nova perspetiva, promove apoio, atento, interessado, genuíno, não diretiva, imparcial) ou às *Características da relação*. As *Experiências de conforto* estão associadas a *Ação terapeuta promove nova perspetiva* (14 em 17), vide e.g., (a); *Ação terapeuta promove apoio* (12 em 17), vide e.g., (b); *Ação terapeuta: interessada* (9 em 17), vide e.g., (c); *Características da relação* (6 em 17), vide e.g., (d); dentro destas últimas contam-se as características da relação *à vontade* (4 em 6) e *de confiança* (2 em 6):

(a) “mas olha, há uns tempos falavas-me assim e agora já me estas a dizer que já pode ser assim... será que tu também não estas a mudar? [...] incentivar... incentivo, apoio” Ib21, Ib22;

(b) “Eu acho que essa relação [sumarização do terapeuta] leva sempre a que haja uma segurança... acaba por proporcionar alguma segurança naquilo que eu disse e naquilo que eu fui pensando” Ln23;

(c) “[...] quando entrei...acho que a parte mais importante foi mesmo... porque eu não estava muito bem, foi mesmo quando a [terapeuta] perguntou “então?”... eu acho que é o início, sempre... eu acho que é o início porque é quando há aquele flash e nós temos que dizer... temos que confiar e despejar o saco todo...” Ln1;

(d) “[...] talvez porque senti que podia confiar, porque senti que tinha à vontade para o fazer, porque também me foi dado essa à vontade [...]” Ib58.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados mostram que as experiências de conforto dos clientes por eles recordadas estabelecem relações com as ações do terapeuta e com as características da relação.

Um dado bastante saliente que se encontra nas descrições dos participantes é que os momentos que os clientes mais recordam e relatam são momentos, para eles, significativos, associados a experiências de conforto e bem-estar na sessão. Todos os participantes referem experiências de conforto e, na grande maioria dos casos, relatam mais do que uma dessas experiências. Uma das explicações possíveis para este resultado pode residir num fenómeno descrito num estudo de Rennie (1994). Usando uma metodologia *grounded analysis*, este autor, ao entrevistar 14 clientes em psicoterapia, concluiu pela existência de uma categoria principal que designou por Deferência para com o terapeuta. De certo modo, este fenómeno pode estar presente nas entrevistas aqui consideradas, levando os

clientes a relatarem mais situações de conforto e a desprezarem outras situações de desconforto sentidas na sessão, por preocupação e consideração pelo terapeuta. No entanto, uma outra explicação possível remete para a importância das emoções positivas em psicoterapia. Assim, no modelo *Broaden-and-Build* descrito por Fitzpatrick & Stalikas (2008), um fator importante de mudança e, simultaneamente, um fator comum a todas as psicoterapias, é o conceito de *broadening* – o alargamento ou a ampliação seja de esquemas de funcionamento, de significados, de repertórios de respostas comportamentais, de *insight* nas relações ou de experiências. Segundo os autores, as emoções positivas possibilitariam este alargamento, permitindo assim a mudança em terapia. De acordo com esta perspectiva, as emoções positivas seriam os geradores de mudança e não uma consequência da mudança.

A evidência de que as *Experiências de conforto* surgem associadas às *Ações do terapeuta* remete-nos para a proposta de modelo colaborativo de Ribeiro, A.P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath e Stiles (submitted). Segundo este modelo, *intervenções de desafio do terapeuta* são aquelas em que alguma novidade é introduzida na vivência do cliente, podendo perceber-se alguma semelhança com o que foi descrito pelos clientes, neste trabalho, como *ação do terapeuta: promove nova perspectiva*. De igual forma, o que emerge do discurso dos clientes entrevistados neste trabalho na categoria *Ação do terapeuta: promove apoio* assemelha-se ao descrito nos autores acima referidos como *Intervenção de suporte do terapeuta*. Segundo este modelo, ambas as intervenções podem ser validadas ou invalidadas pelos clientes, conforme sejam, ou não, realizadas em zonas de conforto para o cliente e promovendo, no caso da validação, a mudança terapêutica. Os resultados deste trabalho parecem também indicar que as experiências de conforto recordadas surgem tanto quando existe novidade introduzida pelo terapeuta como quando o terapeuta fornece suporte na sessão.

A importância do conforto sentido nas sessões tanto pode ser vista como um fator promotor de mudança (Fitzpatrick & Stalikas, 2008), ou como um contexto (Ribeiro, A.P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles, submitted) onde a mudança pode ocorrer. As experiências de conforto decorridas na sessão psicoterapêutica serão, pois, momentos significativos na perspectiva do cliente nos quais o terapeuta, através dos seus comportamentos e ações tem um papel de extrema importância.

REFERÊNCIAS

- Duff, C., & Bedi, R. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: from the client's perspective. *Counselling psychology quarterly*, 23(1), 91-110.
- Elliot, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: an analysis of the literature. *Clinical Psychological review*, 443-467.

- Elliott, R. (1984). A Discovery-oriented approach to Significant Change Events in Psychotherapy: Interpersonal Process Recal and Comprehensive process Analysis. In L. Rice, & L. Greenberg, *Patterns of Change* (pp. 249-286). New York: Guilford.
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: introduction to special section. *Psychotherapy research*, 18(3) , 239-242.
- Fernandes, E., & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In L.Almeida., & E. Fernandes, *Métodos e Técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas*. (pp. 49-76). Braga: CEEP-UM.
- Fitzpatrick, M., & Stalikas, A. (2008). Positive Emotions as Generators of Therapeutic Change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(2) , 137-154.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Hill, C., Thompson, B., & Williams, E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The counseling psychologist*, 25(4) , 517-572.
- Hill, C., Thompson, B., Hess, S., Knox, S., Williams, E., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: an update. *Journal of counseling psychology*, 52(2) , 196-205.
- Machado, P., & Horvath, A. (1999). Inventário de Aliança Terapêutica - W.A.I. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida, *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. vol.2, p. 87-94). Braga: APPORT/SHO.
- Rennie, D. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counselling Psychotherapy*, 41 (4) , 427-437.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, B. W. (2011). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *submetido para publicação*
- Saffran, J., & Segal, Z. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New Jersey: Aronson.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspectiva fenomenológico existencial. *Análise psicológica*, 3 (XXIV), 373-382.
- Timulak, L. (2008). *Research in psychotherapy and counselling*. London: Sage publications.

SEXUALIDADE E PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE

ANA AFONSO 1 & MARIA DE JESUS MACEIRAS 2

Nas últimas décadas temos assistido a grandes avanços científicos e tecnológicos, os quais têm contribuído para que doenças até então consideradas situações agudas, sejam actualmente abordadas como situações crónicas.

A doença renal crónica (DRC), é uma patologia em que há lesão irreversível dos rins, fazendo com que estes sejam incapazes de manter o equilíbrio hidro-electrolítico e excretar os produtos tóxicos do organismo (Thomas, 2005). Também aqui se tem verificado grande evolução, contribuindo para um aumento da sobrevivência dos doentes submetidos a tratamentos de substituição da função renal, nomeadamente a hemodiálise (HD).

A par deste aumento da sobrevida, da importância que o modelo holístico (em detrimento do biomédico) tem vindo a adquirir, e do aumento do número de doentes em hemodiálise, é de realçar a importância que deve ser dada não só ao “viver mais tempo”, mas também ao “viver mais tempo com qualidade de vida”. Segundo Farquar (1993) citado por Marques (2006, p.18) “uma vida longa não é, uma boa vida”.

Qualidade de vida do doente crónico

“Qualidade de vida”, outrora considerada por Aristóteles (384-322 a.C.) como “vida boa”, segundo o qual “quer a pessoa mais modesta ou a mais refinada (...) entende vida boa ou bem-estar como a mesma coisa que estar feliz” (Valério, 2006, p.29). Em 1994 a OMS definiu-a como “percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e inquietudes”. É fácil perceber que este é um conceito bastante complexo, influenciado pela “saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico, pelo seu nível de independência, pelas suas relações sociais e suas relações com os elementos essenciais do seu meio” (WHO, 1997, p.3)

Segundo Ferreira e Anes (2010), vários autores reconhecem que relacionar a qualidade de vida com outras variáveis de saúde contribui para uma melhor prestação de cuidados de saúde. Para as pessoas com doença crónica, bem como para os seus parceiros, a função sexual tem um papel determinante; a qualidade de vida não será a mesma caso a função sexual seja afectada (Marques, 2006).

1-NephroCare de Vila Franca de Xira; 2-Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.

Sexualidade do doente renal crónico

Sexualidade é “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções, por isso influencia também a nossa saúde física e mental” (WHO, 2006, p.5). Como tal, é uma dimensão que influi na qualidade de vida do indivíduo saudável ou doente. Existe a ideia deturpada que a sexualidade diz respeito apenas aos jovens e pessoas saudáveis, pensando-se que à pessoa doente não é consentido o viver da sua sexualidade e que esta não é uma das suas necessidades básicas. No entanto, McInnes (2003) defende que, para o doente crónico, ter uma vida sexual satisfatória pode fazê-lo sentir-se “normal”, perante tantas alterações na sua vida.

As fases da resposta sexual podem estar afectadas no DRC – doente renal crónico (Marques, 2006 citando Toorians *et al*, 1997, e Soykan *et al*, 2005).

Segundo Nóra, Zambone e Júnior (2009), estudos revelam que o doente renal manifesta diminuição da libido e disfunção erétil (DE) que varia de 41 a 93%; no estudo que estes autores efectuaram 23% dos doentes sofriam de DE severa, 23% moderada e 54% leve. Já Thomas (2005) refere que não há estimativas muito certas sobre este problema devido à falta de diálogo sobre o tema entre doente e profissional de saúde. No entanto, diz ser geralmente aceite que 70% dos DRC sofram de algum tipo/grau de DE.

Os estudos são escassos no que se refere à sexualidade no doente com DRC em hemodiálise, especialmente nas mulheres. Segundo Marques (2006) citando Milde *et al* (1996) das doentes submetidas a diálise 40% estavam sexualmente inactivas. E, segundo Diemont *et al* (2000) citado por Marques (2006) das que mantinham vida sexual activa 75% das submetidas a HD apresentavam alguma disfunção.

São múltiplas as causas apresentadas para que os DRC em hemodiálise tenham esta dimensão afectada, podendo estas ser decorrentes de factores orgânicos tais como: a alteração hormonal - aumento dos níveis de prolactina ocorre até 75% dos DRC e destes em 80% ocorre diminuição da libido (Marques, 2006 citando Weizman *et al*, 1983, Mastrogiacomo *et al*, 1984, Schaefer *et al*, 1989, Yeksan *et al*, 1992). Segundo a mesma autora citando Mastrogiacomo *et al* (1984), doentes com aumento da prolactina dizem ter relações sexuais com menos frequência e menor percentagem de orgasmos.

Alterações hematológicas que se manifestam através da anemia, que leva à fadiga e à astenia, não permitindo haver disponibilidade e energia extra necessária para a actividade sexual, no entanto a eritropoetina tem tido uma resposta bastante boa a este nível (Thomas, 2005).

Efeitos secundários da medicação - os anti-hipertensores podem comprometer a fase de desejo e orgasmo, os antidepressivos podem comprometer desejo, excitação e orgasmo, os diuréticos

influenciam as fases de desejo e excitação e as hormonas como corticosteróides podem influenciar o desejo, excitação e orgasmo.

Patologias associadas - nomeadamente a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a doença vascular periférica, a doença cardíaca, uma vez que todas podem afectar o fluxo sanguíneo à área genital, bem como diminuição da sensibilidade de estímulos eróticos; hiperparatiroidismo, dado que o impacto da urémia leva à deterioração das células musculares, nomeadamente nos corpos cavernosos e à diminuição da produção de testosterona.

Como factores psicológicos identifica-se a ansiedade. Cardoso (2004, p.385) citando Blanchard (1982) refere que “as doenças crónicas são aquelas que têm que ser geridas em vez de curadas”. Ter que gerir a insegurança quanto ao futuro, a ameaça à vida, por vezes alterações a nível profissional, social e de papéis familiares cria ansiedade nestes doentes que para além da notícia de doença, da dor que os tratamentos provocam aquando da colocação das agulhas, ainda se vêem confrontados com todas estas possíveis situações. São também estes mesmos factores que podem originar depressão nestes doentes. Muitos jovens DRC sentem ter pouco para dar ao seu parceiro, motivo pelo qual têm, muitas vezes, dificuldade em estabelecer relações com um(a) parceiro(a). É fundamental que, quando o doente tem um(a) parceiro(a), este também seja alvo dos nossos cuidados de modo a ser apoiado(a) e mais facilmente conseguir perceber que a alteração na função sexual do casal não é diminuição/falta de amor mas sim consequência da doença. No entanto, é também de averiguar como era a relação do casal antes da situação de doença, pois muitas vezes a doença apenas vem reforçar características já existentes.

Outro factor psicológico comum é a alteração da auto-imagem. Numa cultura em que a beleza corporal está tão presente e é tão valorizada, o surgir de uma doença crónica pode afastar esta representação social do corpo belo e perfeito da realidade que o indivíduo vive, que é um corpo disfuncional e em que a perfeição e integridade estão comprometidas (Cardoso, 2004). No DRC inicialmente é a criação do acesso arteriovenoso (FAV ou prótese) ou colocação de catéter venoso central. O corpo que até então era visto como “algo privado” passa a ser objecto de cuidados, sendo tocado por vários profissionais de saúde para a realização do tratamento. Mais tarde com a continuidade do tratamento podem ocorrer alterações da coloração da pele, bem como nas FAV e enxertos, existir aneurismas e pseudoaneurismas, condicionando o uso de roupas com mangas curtas ou mais justas ao corpo, principalmente nas mulheres.

Para os homens problemas na dimensão sexual podem pôr em causa a sua masculinidade. Para as mulheres a perda de fertilidade e diminuição da libido, associada à diminuição da produção de estrogénios (Black, 2009; Thomas, 2005; Morales, 2001) é também um factor de grande ansiedade, pois para além de poder ocorrer alterações do ciclo menstrual, com irregularidades a nível dos intervalos de tempo e da abundância da hemorragia, pode ocorrer mesmo ausência de ovulação, ou

esta ocorrer apenas algumas vezes num ano (Phipps, Sands e Mareck, 2003). Quando ocorre uma gravidez, o que é pouco frequente devido aos efeitos da urémia (Phipps, Sands e Mareck, 2003), há um elevado risco de aborto (Thomas, 2005).

Intervenção Terapêutica

Existem, destinadas aos homens, algumas abordagens terapêuticas possíveis para atenuação do problema, como por exemplo os aparelhos de vácuo, a administração de prostaglandinas no pénis e comprimidos (viagra®, levitra® e cialis®), que estudos indicam ser seguro para DR em hemodiálise. No caso das mulheres, dado que também têm sido menos estudadas, as possíveis abordagens a adoptar são mais restritas. Actualmente existe a hipótese da lubrificação artificial a fim de evitar desconforto no coito. Mas, para que tais abordagens sejam aconselhadas/prescritas é necessário haver diálogo sobre este tema entre profissionais de saúde e doentes, situação que raramente se verifica.

Estudos revelam que, apesar do problema a nível sexual estar identificado pelos doentes como sendo um factor problemático e como um assunto que gostariam de ver falado por parte dos profissionais de saúde, tal não se verifica. Outros estudos demonstram que os enfermeiros consideram que esta temática deve ser abordada pelos mesmos, no entanto não se sentem confiantes nem confortáveis para tal, pois reconhecem dificuldade em integrar conhecimentos sobre sexualidade nos cuidados ao doente (Magnan, Reynolds e Galvin, 2006).

McInnes (2003) refere algumas barreiras existentes que condicionam a discussão deste tema entre o profissional de saúde e o doente, nomeadamente a falta de informação sobre este tema, bem como o impacto da doença e a influência da medicação nesta, por parte de ambos; o descuido por parte dos profissionais de saúde, considerando questões sobre a sexualidade menos importantes que questões físicas; o sentimento de desconforto por parte dos profissionais de saúde para discutir questões da vida íntima do doente. Os doentes também não se sentem à vontade para serem eles a iniciar a conversa pois sentem relutância, vergonha e medo que sejam ridicularizados por quererem sexo quando estão doentes, velhos ou ambos.

Esta mesma autora sugere o modelo PLISSIT, como um bom modelo de aconselhamento para os profissionais de saúde seguirem, sendo que o P, significa permissão (*permission*), ou seja, o profissional de saúde aborda o tema demonstrando apoio e interesse, permitindo assim que o doente coloque as suas questões e preocupações. Posteriormente, o profissional de saúde, fornece informação limitada (*limited information – LI*) sobre o impacto que a doença e tratamento têm na sexualidade, podendo também fazer sugestões específicas (*specific suggestions – SS*) ao doente sobre como abordar o problema, fornecendo aconselhamento para as questões/problemas do doente. Por último, a terapia intensiva (*intensive therapy – IT*), já é um nível de apoio a ser prestado por profissionais de saúde com formação específica, como terapeutas sexuais.

Segundo Valério (2006, p.26) citando Gomes (2004) “ qualquer bom profissional, (...) deve estar preparado para, ao detectar um problema sexual, orientar a pessoa de forma mais adequada”. Para tal é então necessário por parte dos enfermeiros e outros profissionais de saúde uma mudança de atitude, ou seja desmistificar ideias pré-concebidas e deixar de parte estereótipos sobre esta temática; a intimidade e sexualidade são aspectos cruciais na saúde e qualidade de vida, os doentes em hemodiálise podem e devem continuar a ter interesse e ser sexualmente activos, não esquecendo que a sexualidade não se resume apenas ao coito. É igualmente importante que se adquiram conhecimentos e capacidades para ajudar os doentes, bem como os seus parceiros, a enfrentar problemas nesta área (McInnes, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de existir cada vez mais informação sobre sexualidade, esta é muito focalizada para questões de saúde e reprodução e pouco voltada para o impacto da actividade sexual na vida e qualidade de vida dos indivíduos, principalmente com doença crónica.

Estudos revelam que os profissionais de saúde reconhecem ser uma área importante, mas não se sentem preparados para abordar o tema. Esta falta de vontade verifica-se também nos doentes, que apesar de sentirem impacto a este nível, os valores morais ligados à palavra sexualidade fazem com que sintam que não são merecedores de a viver plenamente ou tenham medo de serem ridicularizados por pensarem em sexo quando estão doentes. Por tudo isto é premente que os profissionais de saúde recusem a passividade de não falar porque não sabem e tomem uma atitude pró-activa adquirindo competências a este nível de modo a melhorar a auto-estima e qualidade de vida dos doentes cujos cuidados lhes são confiados diariamente.

REFERÊNCIAS

- Black, K. (2009). Sexual function and end stage renal failure. *Renal Society of Australasia Journal*, 5 (1), 27-30. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010257037&site=ehost-live>.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20(3), 385-394. Disponível em:
http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=435.
- Ferreira, P., & Anes, E. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: criação da versão portuguesa do KDQOL. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 31-39. Disponível em:
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252010000100004&script=sci_arttext.

- Magnan, M., Reynolds, K., & Galvin, E. (2006). Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. *Dermatology Nursing*, 18 (5), 448-454. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009309263&site=ehost-live>.
- Marques, F. (2006). *Qualidade de vida e sexualidade de mulheres em diálise*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/17/TDE-2006-12-20T074703Z-209/Publico/346158.pdf.
- McInnes, R. (2003). Chronic illness and sexuality. *Medical Journal of Australia*, 179 (5), 263-266. Disponível em: http://www.mja.com.au/public/issues/179_05_010903/mci10673_fm.html.
- Morales, J., Rolo, F., & Sá, H. (2001). Disfunção Erétil e Insuficiência Renal Crônica. *Acta Urológica Portuguesa*, 3 (18), 35-38. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/acta/3-2001/Dissf-erec-insuf.pdf>.
- Nóra, R., Zambone, G., & Júnior, F. (2009). Avaliação da Qualidade de vida e disfunções sexuais em pacientes com Insuficiência Renal Crônica em tratamento dialítico em hospital. *Arquivo de Ciências da Saúde*. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-2/ID357.pdf
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico- Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed. VolIII). Loures: Lusociência.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª ed). Camarate: Lusociência.
- Valério, E. (2006). Interferência da Sexualidade na Qualidade de Vida da “Pessoa Doente”. *Revista de Enfermagem Oncológica*, 9 (35) , 25-33.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Disponível em: <http://www.who.com>.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on a sexual health 28-31 January 2002, Geneve*. Disponível em: <http://www.who.com>.

STRESS OCUPACIONAL NA FUNÇÃO PÚBLICA: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE COLABORADORES DE UMA AUTARQUIA LOCAL

JORGE M. P. AFONSO 1 & A. RUI GOMES 1

O *stress* ocupacional resulta da incapacidade do indivíduo em lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas de saúde física e mental, afetando o indivíduo e as organizações (Cooper, 1998). Os “custos” relacionados com o *stress* ocupacional têm sido objeto de cada vez maior interesse na comunidade científica, englobando cada vez mais variáveis consideradas importantes para se perceber o fenómeno, como sejam, a satisfação profissional, os problemas físicos e mentais, os níveis de absentismo e *turnover*, o comprometimento com os objetivos e as tarefas profissionais, etc. (Cooper & Payne, 1990; Sauter & Murphy, 1995). Como referem Steinhilber e Perry (1996), existem cada vez mais gestores a dar importância à satisfação dos seus funcionários, procurando promover o sentimento de comprometimento organizacional bem como procurando que os objetivos organizacionais se transformem em objetivos pessoais, pois desta forma as organizações poderão esperar maior produtividade dos seus colaboradores.

Tendo por base estas indicações, procurámos estudar este tema junto de colaboradores da função pública de uma autarquia local no norte do Portugal. Mais concretamente, este estudo incidiu a sua análise na experiência laboral de dois grupos profissionais: funcionários a exercerem funções na câmara municipal e funcionários a exercerem funções nas escolas do concelho.

Esta análise justifica-se não só pela escassez de dados existentes sobre estes profissionais (ver Teixeira, 2008), mas sobretudo por dois motivos relacionados. Em primeiro lugar, as alterações legais introduzidas em 2009 pelo governo português (Decreto-Lei n.º 305/2009) implicaram um redimensionamento das estruturas organizacionais do estado, levando à extinção de algumas dependências públicas e à consequente integração dos funcionários noutros departamentos estatais. Esta situação teve impacto imediato nos funcionários com um vínculo profissional no Ministério da Educação, exercendo funções nas escolas do ensino básico do concelho, tendo passado a integrar o quadro orgânico permanente da câmara, mas mantendo as mesmas funções.

1-Universidade do Minho. Escola de Psicologia. Braga.

Estas mudanças implicaram integrar uma nova estrutura organizacional que compreende um quadro de chefia de cariz político. Por outro lado, os funcionários em funções na câmara passaram também a assumir tarefas de maior responsabilidade em termos de exigência, quer na quantidade quer na qualidade das mesmas (ex: a avaliação de desempenho dos funcionários afetos à escola).

Em segundo lugar, este estudo procura analisar a experiência profissional de ambas as classes profissionais após a introdução do Sistema de Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP), que implicou um novo sistema de avaliação do desempenho dos funcionários. Este sistema visa a melhoria do desempenho e qualidade dos serviços da Administração Pública, defendendo a coerência e harmonia da ação dos serviços prestados, tendo como objetivo final a promoção da motivação profissional e desenvolvimento de competências dos quadros de dirigentes e demais trabalhadores.

Foi considerando este conjunto significativo de alterações que avaliámos a experiência de *stress* ocupacional nestas duas classes profissionais, observando o modo como percecionam a sua atividade bem como possíveis diferenças nesta mesma avaliação em função de exercerem funções na câmara ou nas escolas.

Assim sendo, este trabalho tem três objetivos principais:

- a) Analisar os níveis globais de *stress*, os fatores de *stress* e a prevalência de *burnout* em ambos os grupos profissionais;
- c) Analisar as diferenças na experiência de *stress*, comprometimento organizacional, *burnout* e satisfação com a vida, em função dos grupos profissionais;
- d) Analisar as variáveis preditores da satisfação com a vida e do comprometimento organizacional nos dois grupos profissionais.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 109 colaboradores de uma autarquia na zona norte de Portugal, divididos entre funcionários a desempenharem funções na câmara municipal ($n = 67$, 61.5%) e nas escolas do concelho ($n = 42$, 38.5%). Na distribuição por sexos, 45 (41.3%) são do sexo masculino e 61 (56%) do sexo feminino. As idades variaram entre os 24 e os 60 anos ($M = 44.03$; $DP = 8.51$).

Material

Questionário demográfico. Recolheu dados relativos ao sexo, idade, estado civil, formação académica e profissional, características e condições gerais de trabalho.

Questionário de *stress* ocupacional (QSO) (Gomes, 2010). Compreende duas partes distintas, sendo a primeira caracterizada por uma única questão destinada a avaliar os níveis globais de *stress*. Na segunda são incluídos 24 itens respondidos numa escala *Likert* desde 0=*Nenhum stress* a 4=*Muito stress* destinados a avaliar sete dimensões: i) relação com clientes/cidadãos; ii) relações com colegas; iii) relações com as chefias; iv) excesso de trabalho; v) carreira e remuneração; vi) problemas familiares; e vii) condições de trabalho.

Escala de satisfação com a vida (ESV) (Neto, 1999). Avalia a satisfação com a vida enquanto processo cognitivo (julgamento pessoal acerca da vida), assumindo-se que é mais relevante solicitar à pessoa uma análise global da sua vida do que efetuar uma avaliação da satisfação em domínios específicos da vida. O instrumento inclui 5 itens, respondidos numa escala *Likert* desde 1=*Discordo muito* a 5=*Concordo muito*.

Inventário de *burnout* de Maslach – Versão geral (IBM-VG) (Maslach & Jackson, 1986; Adaptação de Afonso & Gomes, 2009). Avalia os sentimentos relacionados com o trabalho, distribuindo-se por três dimensões: i) exaustão emocional; ii) cinismo e iii) eficácia profissional. Inclui 16 itens, distribuídos pelas três dimensões referidas, respondidas numa escala *Likert* desde 0=*Nunca* a 6=*Todos os dias*.

Escala de comprometimento organizacional (ECO) (Mowday, Porter, & Steers, 1982; Adaptação de Afonso & Gomes, 2009). Avalia os sentimentos, atitudes e valores positivos assumidos pelos profissionais relativamente ao seu local de trabalho. A versão original é constituída por 15 itens sendo, no entanto, possível utilizar apenas 9 itens de modo a extrair o fator original avaliado pelo instrumento. Assim, foi usada a versão com 5 itens, respondidos numa escala *Likert* desde 1=*Discordo totalmente* a 5=*Concordo totalmente*.

Procedimento

A investigação iniciou-se com o pedido de autorização ao Presidente da Câmara, explicando-se os objetivos do estudo e os procedimentos de recolha, tratamento e divulgação dos dados. Seguiu-se a distribuição do protocolo de avaliação, que incluía uma carta de apresentação acerca dos objetivos e implicações da investigação, assegurando-se o carácter voluntário da participação. Após isto, foi recolhido o consentimento informado de aceitação de participação na investigação. O protocolo foi distribuído a 128 colaboradores, tendo sido recebidos e validados 109 questionários, representando uma taxa efetiva de retorno e adesão de 86%.

RESULTADOS

Propriedades Psicométricas dos Instrumentos

Antes de procedermos à análise dos objetivos específicos deste estudo, testámos as estruturas fatoriais dos instrumentos, recorrendo a análises fatoriais de componentes principais, sem pré-definição do número de fatores, através da rotação ortogonal (procedimento “*varimax*”), com normalização de Kaiser (“*eigenvalue*” igual ou superior a 1). Em geral, os resultados confirmaram as estruturas previstas. No entanto, dois problemas significativos devem ser referidos. Assim, o questionário de *stress* ocupacional ficou representado apenas por cinco fatores (e.g., relação com os colegas e relação com as chefias assumiram-se como um único fator que passou a ser designado por “relações profissionais” e o excesso de trabalho foi retirado). De igual modo, tivemos de retirar a dimensão cinismo do Inventário de *Burnout* de *Maslach*. Os valores de consistência interna de todos os fatores foram aceitáveis.

Experiência de *Stress* Ocupacional nos Grupos Profissionais

Relativamente ao nível global de *stress* avaliado pelo QSO, é de referir que a atividade profissional foi percecionada como mais stressante pelos profissionais das escolas (46.1%) do que pelos profissionais da câmara municipal (36.9%). É interessante referir que a carreira e remuneração representou a maior fonte de *stress* para ambos os grupos profissionais, mas os valores médios foram superiores nos profissionais das escolas ($M = 3.11$; $DP = 1.03$) relativamente aos profissionais da câmara ($M = 2.71$; $DP = 0.88$). Já com valores médios mais baixos, foi possível observar que a segunda fonte de maior *stress* ocupacional para ambos os grupos profissionais disse respeito às condições de trabalho, sendo neste caso os valores médios superiores nos profissionais da câmara ($M = 2.48$; $DP = 1.08$) relativamente aos profissionais das escolas ($M = 2.36$; $DP = 1.04$).

Quanto aos níveis de *burnout*, também foram verificadas percentagens superiores de exaustão emocional nos profissionais das escolas (11.9%) do que nos profissionais da câmara municipal (9.1%). Do mesmo modo, os profissionais das escolas evidenciaram menor eficácia profissional (7.1%) do que os profissionais da câmara municipal (4.5%).

Numa observação comparativa entre grupos, e recorrendo a medidas paramétricas de análise, os resultados não evidenciaram diferenças multivariadas entre grupos no questionário de *stress* (Wilks’ $\lambda = .91$, $F_{(5,88)} = 1.8$, $p = .121$, $\eta^2 = .09$). No entanto, os testes univariados apontaram diferenças entre grupos ao nível do *stress* associado à carreira e remuneração ($F(1, 92) = 3.59$, $p < .05$, $\eta^2 = .04$), sendo os valores superiores nos profissionais das escolas. Nas restantes dimensões avaliadas não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Predição do Comprometimento Organizacional e da Satisfação com a Vida

O objetivo desta análise foi prever a experiência de comprometimento organizacional e de satisfação com a vida nos dois grupos profissionais, assumindo como variáveis preditoras as dimensões de *stress* (QSO) e do *burnout* (IBM-VG). Para tal, efetuámos análises de regressão múltipla (método “*enter*”). No conjunto de análises efectuadas, procuramos observar indicadores de multicolinearidade (Índices de Tolerância-IT, “*Variance Inflation Factor*”-VIF), a independência das observações (valores de “*Durbin-Watson*”), constatando-se a ausência deste problema nos modelos testados.

Começando pela dimensão de comprometimento organizacional no grupo dos funcionários em funções na câmara, o modelo final explicou 45% da variância total ($R^2_{\text{ajust.}} = .37$) revelando-se significativo ($F_{(7,50)} = 5.78, p < .001$). Assim sendo, o comprometimento organizacional foi predito pelo *stress* relacionado com os problemas familiares ($\beta = .36, t = 2.89, p < .01$) bem como pelas facetas da exaustão emocional ($\beta = -.27, t = -2.08, p < .05$) e eficácia profissional ($\beta = .37, t = 3.13, p < .01$) do inventário de *burnout*. Em relação aos funcionários das escolas, o modelo explicou 46% da variância total ($R^2_{\text{ajust.}} = .32$) revelando-se marginalmente significativo ($F_{(7,28)} = 3.38, p < .10$). Assim sendo, o comprometimento organizacional foi predito pelo *stress* associado à carreira e remuneração ($\beta = -.63, t = -2.96, p < .01$).

No que se refere à satisfação com a vida dos colaboradores em funções na câmara, o modelo explicou 35% da variância total ($R^2_{\text{ajust.}} = .26$), revelando-se significativo ($F_{(7,50)} = 3.86, p < .01$). Neste sentido, a satisfação com a vida foi predita pelo *stress* relacionado com a carreira e remuneração ($\beta = -.52, t = -3.86, p < .001$) e, com valores quase significativos, pelo *stress* associado à relação com colegas e chefias ($\beta = .25, t = 1.81, p < .10$). Quanto aos funcionários em funções nas escolas, o modelo explicou 47% da variância total ($R^2_{\text{ajust.}} = .33$), revelando-se estatisticamente significativo ($F_{(7,28)} = 3.50, p < .01$). Assim, esta dimensão foi predita pelo *stress* relacionado com os clientes/cidadãos ($\beta = .48, t = 2.07, p < .05$) e com a carreira e remuneração ($\beta = -.85, t = -4.04, p < .001$). Por outro lado, com valores quase significativos, a satisfação com a vida foi predita pela eficácia profissional ($\beta = .28, t = 1.70, p < .10$) do inventário de *burnout*.

DISCUSSÃO

Um primeiro aspeto a realçar dos dados refere-se ao facto da experiência de *stress* ocupacional ser mais evidente nos profissionais das escolas do que nos profissionais da câmara municipal. De facto, foram os profissionais das escolas a evidenciar maiores níveis globais de *stress* bem como maiores valores de *burnout*, tanto nas dimensões de exaustão emocional como de menor eficácia profissional. Embora não seja possível afirmar que estes dados refletem as mudanças no vínculo profissional dos

profissionais das escolas (pois não possuímos medidas prévias neste grupo antes das alterações legais), a verdade é que a experiência profissional tende a ser mais negativa para estes profissionais.

Um segundo aspeto a referir, prende-se com o facto do *stress* associado à carreira e remuneração representar uma das maiores preocupações para ambos os grupos profissionais, embora tal situação seja mais evidente nos profissionais das escolas. A este nível, já é possível estabelecer um maior paralelismo com as mudanças nos sistemas de avaliação propostos pelo SIADAP, uma vez que estes têm implicações diretas na avaliação do desempenho e na progressão da carreira (com consequências adicionais sobre os sistemas de remuneração). Estes dados reforçam essencialmente o papel de variáveis de *stress* associadas à estrutura organizacional, que têm vindo a ser referidas noutras profissões como fortemente associadas a experiências profissionais mais negativas (ver Afonso & Gomes, 2009; Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001; Gonçalo, Gomes, Barbosa, & Afonso, 2010; Melo, Gomes, & Cruz, 1997).

Quanto às análises de regressão, dois aspetos devem ser realçados. Em primeiro lugar, a experiência de comprometimento organizacional foi predita por variáveis distintas em ambos os grupos profissionais. Assim, enquanto nos profissionais da câmara são os problemas familiares do QSO bem como a exaustão emocional e a eficácia profissional do IBM que predizem o comprometimento organizacional, no caso dos funcionários das escolas é essencialmente o *stress* associado à carreira e remuneração. Uma vez mais, estes dados podem levar a supor que a mudança no vínculo profissional deste grupo de funcionários não será indiferente a estes resultados. Em segundo lugar, na satisfação com a vida já foi possível constatar uma maior congruência entre os resultados nos dois grupos profissionais. Neste caso, tanto as relações profissionais como a carreira e remuneração (uma vez mais...) constituíram-se como variáveis preditores em ambos os grupos profissionais, a que se juntou a eficácia profissional do IBM no caso dos funcionários das escolas. Em suma, os modelos de regressão de ambos os grupos sugerem o papel primordial do *stress* associado à carreira e remuneração na predição da satisfação com a vida, sendo também de considerar a influência desta variável na predição do comprometimento organizacional no caso dos profissionais a exercerem funções nas escolas. O papel de algumas destas variáveis preditores tem vindo a ser referido por outros estudos (ver Correia, Gomes, & Moreira, 2010; Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009), decorrendo assim a importância de serem consideradas em possíveis programas de intervenção junto destas classes profissionais.

Em síntese, estes dados sugerem que os aspetos relativos à carreira e remuneração representam um papel fundamental na compreensão das experiências profissionais dos funcionários da câmara e das escolas, devendo por isso merecer toda a atenção por parte dos responsáveis organizacionais, tanto mais por ocorrerem num período de significativas mudanças funcionais.

REFERÊNCIAS

- Afonso, J., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de segurança pública: Um estudo com militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 2(2), 294-303.
- Cooper, C. L. (1998). *Theories of organizational stress*. Oxford: University Press.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. O. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. London: Sage.
- Cooper, C. L., & Payne, R. (1990). *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: Wiley.
- Correia, T., Gomes, A. R., & Moreira, S. (2010). Stress ocupacional em professores do ensino básico: Um estudo sobre as diferenças pessoais e profissionais. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A.T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M.C. Taveira (Ed.), *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1477-1493). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Gomes, A. R. (2010). *Questionário de Stresse Ocupacional – Versão Geral (QSO-VG)*. Relatório técnico não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Gonçalo, H., Gomes, A. R., Barbosa, F., & Afonso, J. M. P. (2010). Stresse ocupacional em forças de segurança: Um estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 26(1), 165-178.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd ed.). Mountain View, CA: CPP, Inc.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características da personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- Sauter, S., & Murphy, L. (1995). *Organizational risk factors for job stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Steinhaus, C., & Perry, J. (1996). Organizational Commitment: Does Sector Matter? *Public Productivity & Management Review*, 3(19), 278-288.

Teixeira, S. (2008). *Stress Ocupacional numa unidade de administração pública local*. Tese Mestrado.
Braga: Universidade do Minho.

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO EM HOMOSSEXUAIS

CARLOS ALBUQUERQUE 1, LETÍCIA DAVID 2, SOFIA ARRIAGA 2 & MADALENA CUNHA 1

Ao longo dos últimos anos, a homossexualidade tem sido tema de diversos estudos com destaque para os domínios da homofobia, da homoparentalidade e do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Num outro contexto, alguns investigadores têm-se preocupado com questões relacionadas à sociabilidade homossexual, à sua vivência na actualidade e aos comportamentos de saúde e de risco, já que estes últimos desempenham um papel essencial nos estados de saúde e doença, onde o indivíduo é o elemento principal na adopção destes comportamentos. Actualmente, a população tende a consciencializar-se dos riscos inerentes à adopção de comportamentos de risco (Ogden, 2004). No entanto, a consciencialização não significa comportamentos saudáveis. Na população homossexual, há na, generalidade, a compreensão dos benefícios a que os comportamentos saudáveis conduzem, mas comparativamente com os heterossexuais os seus comportamentos são considerados menos saudáveis (Diggs, 2002).

Em geral, os indivíduos com parceiros do mesmo sexo, quando comparados com indivíduos com parceiros do sexo oposto, estão associados com um risco significativamente maior para transtornos de humor, ansiedade, sofrimento psíquico, transtornos por uso de substâncias, níveis baixos de qualidade de vida entre outros, tal como nos descreve Cretella e Sutton (2010) quando afirmam “having same-sex sexual partners is associated with substantially greater risk for mood disorders, anxiety disorders, psychological distress, substance use disorders, for suicidal thoughts and suicidal plans, suicide attempts, unstable relationships and lower levels of quality of life”(p.1) e a razão destes resultados é explicada pela discriminação (National Association for Research and Therapy of Homosexuality -NARTH, 2009).

1 -CI & DETS, Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV; 2 -Instituto Superior Miguel Torga.

Neste sentido a homossexualidade é um fenómeno de grande actualidade que gera implicações a nível psicossocial, com repercussões na saúde física e psicológica do indivíduo e da família. Neste contexto, à que salientar que é pertinente continuar a investigar no domínio da temática da homossexualidade e dos comportamentos de risco e de saúde, em virtude dos estudos epidemiológicos e sua monitorização são escassos. Em Portugal, os estudos desta temática são na maioria de cariz psicoterapêutico, não abordando directamente os comportamentos de risco e de saúde associados aos homossexuais. Aliás é de ressaltar a complexidade dos estudos associados à orientação homossexual, devido à falta de aceitação social que implica o segredo. Em suma, dada a relevância actual de se efectuar uma abordagem multidisciplinar dos comportamentos relacionados com a saúde e uma vez que a Psicologia pode dar um contributo importante para a compreensão de alguns factores do vector pessoa envolvidos no processo de iniciação e sobretudo consolidação destes comportamentos (DiClemente et al.,1996; Friedman,1991), decidimos efectuar o estudo de algumas variáveis que se podem relacionar com eles, concretamente no contexto da população homossexual. Escolheram-se os homossexuais em virtude destes serem identificados como um grupo crítico na promoção da saúde tendo por referência a sua opção por muitos comportamentos de risco (Cabaj & Stein, 1997; Meyer, 2003; Skinner & Otis, 1996). Neste sentido, e porque muitos dos comportamentos relevantes para a saúde são adoptados pelos homossexuais, os autores argumentam que esta população é assim um grupo complexo e de consideráveis implicações para a doença (Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb & Christensen, 2002).

Tendo por base o contexto anteriormente descrito e no pressuposto dos poucos estudos portugueses, já efectuados no domínio concreto dos comportamentos de saúde e de risco em homossexuais, salientamos que o presente estudo persegue três grandes *objectivos gerais*: o *primeiro* propõe-se conhecer os comportamentos de saúde e de risco adoptados pelos homossexuais; o *segundo* objectivo, visa conhecer as diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar com a população do estudo; e o *último* grande objectivo, visa contribuir para a reflexão sobre as atitudes subjacentes à dimensão comportamental dos homossexuais, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção da saúde destes sujeitos.

MÉTODO

Participantes

Realizou-se um estudo transversal de natureza quantitativa, na qual participaram 352 indivíduos, maioritariamente do sexo feminino (67,3%), com uma média de idades de 28 anos. Como variáveis centrais da investigação foram considerados os *Comportamentos de Saúde e de Risco* (variáveis comportamentais), especificamente relacionados com: *Dieta e Hábitos Alimentares; Consumo de Tabaco e Álcool; Hábitos de Sono; Abuso de Substâncias Ilícitas; Actividade Física; e Práticas Sexuais*. Considerámos também variáveis de contexto psicossocial, como o bem-estar psicológico, a depressão e o suporte social.

Material

Para a mensuração destas variáveis foram utilizados os seguintes instrumentos de medida aferidos e validados para a população portuguesa: *Questionário de Hábitos de Saúde e Comportamentos de Risco em Homossexuais; Escala de Bem-Estar Psicológico, Escala de Satisfação com o Suporte Social e Inventário de Depressão de Beck*.

RESULTADOS

No domínio dos resultados subjacentes ao enquadramento sócio-demográfico da amostra, constatamos, e no que diz respeito à distribuição por género, que 32,7% dos sujeitos são do sexo feminino e 67,3% do sexo masculino. Relativamente à idade esta oscila num intervalo [17 - 66], centralizando-se a média nos 28,37 anos com um desvio padrão (DP) de 7,93. Uma análise complementar subjacente à idade permitiu-nos verificar que a média de idades por sexo é de 29,37 com um Dp 8,69 para o sexo feminino e de 27,88 com um Dp 7,51 para o sexo masculino. Quanto ao estado civil, a maioria da população inquirida é solteiro/a, representada por 87% das mulheres e 75,1% dos homens. Relativamente ao local de residência, podemos constatar que 77% da amostra total reside em meio urbano e 23% em meio rural. Cerca de

74,7% da amostra inquirida reside no Centro de Portugal, seguindo-se o Norte com 13,4%. Quanto à coabitação os participantes na sua maioria vivem com a família (49,1%), seguindo-se com o/a companheiro/a (25,9%). No contexto das habilitações literárias, a maioria é Licenciado (52,6%), seguindo-se o Ensino Secundário (10º-12º Ano/Curso Complementar dos Liceus) com 27,8%. Também aqui uma análise suplementar dos dados permite-nos afirmar que: dos Licenciados 54,6% são heterossexuais e 45,4% homossexuais; e dos que referem possuir o ensino secundário 59,2% são homossexuais e 40,8% heterossexuais. Centrando-nos agora nos resultados afectos à caracterização da amostra segundo o género, orientação sexual e o assumir-se perante a sociedade e si mesmo, podemos afirmar que 73,9% da população da amostra do sexo feminino é homossexual (incluindo bissexualidade) e os restantes 26,1% são heterossexuais; 38,4% da população da amostra do sexo masculino é homossexual e 61,6% é heterossexual. Quanto ao assumir da sexualidade perante a sociedade, constatamos que a maioria dos homens e das mulheres afirma que o faz, com percentagens respectivamente de 79,7% e 72,20%. Já no contexto do assumir a sexualidade perante si mesmo, as percentagens são notoriamente mais elevadas, sendo que também aqui são os homens a apresentar valores mais elevados (98,7%) comparativamente às mulheres (96,5%). Numa análise complementar, no que respeita à orientação sexual, apenas 36,4% dos homossexuais assume a sua sexualidade perante a sociedade e 48,6% dos homossexuais se assume perante si.

No domínio da caracterização dos comportamentos de saúde e de risco a análise de resultados centrar-se-á nos hábitos de saúde, estado de saúde, uso ilícito de drogas e comportamento sexual.

No domínio do *consumo de drogas licitas* (tabaco e álcool), 46,6% refere ser consumidor ocasional de álcool e 11,1% regular; já relativamente ao tabaco, 57,7% refere não fumar e 17,6% consome entre 10 a 20 cigarros dia. No subgrupo do uso ilícito de drogas, 84,9% da amostra nunca consumiu haxixe dos quais a maioria é referente aos Heterossexuais (53,2%); para a cocaína o valor mais elevado é 97,2% que corresponde nunca ter consumido dos quais 50,6% é Heterossexual; e 96,6% dos participantes nunca consumiu drogas como comprimidos ou inalantes sem fins de tratamento médico, sendo a maioria (50,9%) Heterossexual. No domínio do uso ilícito de drogas, 84,9% da amostra refere nunca ter consumido haxixe

dos quais a maioria é Heterossexual (53,2%); para a cocaína o valor mais elevado é 97,2% que corresponde nunca ter consumido dos quais a maioria (50,6%) é Heterossexual; e 96,6% dos participantes nunca consumiu drogas como comprimidos ou inalantes sem fins de tratamento médico, sendo a maioria (50,9%) Heterossexual.

No contexto dos *hábitos de saúde*, constatou-se que 63,6% dos inquiridos, dormia 7horas ou mais, 30,4% dormia 6 horas e restantes menos de seis horas. Quanto à ingestão do pequeno-almoço 69,6% referiram ingeri-lo quase todos os dias e destes a maioria corresponde aos Heterossexuais com 140 participantes. Quanto às vezes que come entre as refeições a percentagem mais alta é de 39,8% para duas vezes e em seguida a de 18,8% para três vezes. No excesso de peso, a maioria corresponde a 67% com resposta negativa e destes são 53,4% Homossexuais (com inclusão dos Bissexuais). Da amostra, os que tomam iniciativa para perder peso correspondem à maioria com 81,5%; ainda os valores mais elevados de IMC são referentes ao peso normal com 64,8% e à pré-obesidade com 33%. Relativo a prática de actividade física nas últimas duas semanas, a maioria (55,1%) refere não ter praticado. Dos inquiridos que praticam, a actividade mais exercida é a caminhada (17,3%), o número praticado por semana com maior percentagem é de três vezes (12,8%) e 85,2% quer aumentar a actividade.

No âmbito do *estado de saúde*, constata-se que: a maioria (80,1%) não refere apresentar problemas de saúde persistentes; 81,0% não necessitou de tratamento médico no último mês e que 56,3% no último mês tomou medicamentos não prescritos pelo médico, para pequenos problemas (dores de cabeça, etc). No geral, a maioria dos sujeitos (36,6%) refere (cf. Quadro 1) apresentar um estado de saúde caracterizado como muito bom.

Quadro 1 - Caracterização dos Comportamentos de Saúde e de Risco: *saúde geral*

	Homossexual		Bissexual		Heterossexual		Total	
	n=145	%=41,2	n=31	%=8,8	n=176	%=50,0	n=352	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde Geral								
Excelente	21	14,5	7	22,6	26	14,8	54	15,3
Muito Boa	61	42,1	12	38,7	56	31,8	129	36,6
Boa	48	33,1	9	29,0	67	38,1	124	35,2
Razoável	13	9,0	2	6,5	23	13,1	38	10,8
Fraca	2	1,4	1	3,2	4	2,3	7	2,0

No que diz respeito ao *comportamento sexual*, os dados recolhidos centraram-se em três questões. Quanto ao evitamento na mudança de parceiro sexual, 92% inquiridos responderam positivamente, no evitar relações sexuais com pessoas que conhece mal, a maioria recai na resposta positiva com 92,6% e por fim, o evitar ter relações sexuais sem tomar precauções, devido às doenças sexuais, a maioria (90,6%) respondeu positivamente. Quanto à distribuição das respostas por orientação sexual, o quadro 2 esclarece os dados obtidos. Como podemos constatar dos 324 inquiridos que responderam positivo na primeira questão - 80,9% é Heterossexual, tal como na primeira questão, a segunda com a maioria na resposta positiva, 52,8% é Heterossexual e por fim, os 319 sujeitos da resposta maioritária, a positiva, 52% é Heterossexual.

Quadro 2 - Caracterização dos Comportamentos de Saúde e de Risco: *Comportamento Sexual*

		Homossexual	Bissexual	Heterossexual	Total
Mudar de Parceiro					
Sim	n	131	28	165	324
	%	40,4	8,6	80,9	100
Não	n	14	3	11	28
	%	50,0	10,7	39,3	100
Pessoas que conhece mal					
Sim	n	125	29	172	326
	%	38,3	8,9	52,8	100
Não	n	20	2	4	26
	%	76,9	7,7	15,4	100
Precauções					
Sim	n	129	24	166	319
	%	40,4	7,5	52,0	100
Não	n	16	7	10	33
	%	48,5	21,2	30,3	100

Caracterização Psicossocial: No que concerne ao *Bem-Estar Psicológico* o valor médio obtido para a nossa amostra foi de 142, 39 com um desvio padrão de 16, 73. Com o objectivo de realçar o nível de bem-estar psicológico que caracteriza a nossa amostra estabelecemos pontos de corte a partir da média e desvio padrão (Média \pm 1 Desvio Padrão). Neste pressuposto, salientamos que são os heterossexuais a apresentar um melhor bem-estar psicológico e os bissexuais um pior bem-estar psicológico. Relativamente à *Satisfação com o Suporte Social* o valor médio para a nossa amostra foi de 50,39 com um desvio padrão de 11,59. Também aqui foram estratificados 3 grupos em função dos pontos de corte a partir da média e desvio padrão (Média \pm 1 Desvio Padrão). Destacamos que também nesta variável são os heterossexuais a apresentar uma melhor satisfação com o suporte social, contrapondo com os bissexuais que são os que

revelam uma pior satisfação com o suporte social (cf. Quadro 3). No que diz respeito à *Depressão*, avaliada pelo Inventário Depressivo de Beck, o valor médio para a nossa amostra foi de 8,75 com um desvio padrão de 8,864, variando num intervalo de 0 (ausência de depressão) a 42 (depressão grave), respectivamente mínimo e máximo. Uma vez mais pela análise dos dados, expressos no quadro 3, salientamos que são os heterossexuais a apresentar um mais alta percentagem de ausência de depressão e os bissexuais a evidenciarem percentagens mais altas de níveis médios e graves de depressão.

Quadro 3 - Caracterização dos Determinantes Psicossociais: *Bem-estar Psicológico; Suporte Social e Depressão*

	Homossexual		Bissexual		Heterossexual		Total	
	n=145	%=41,2	n=31	%=8,8	n=176	%=50,0	n=352	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bem Estar Psicológico								
Baixo	42	29,0	13	41,9	35	19,9	90	25,6
Médio	69	47,6	15	48,4	82	46,6	166	47,2
Elevado	34	23,4	3	9,7	59	33,5	96	27,3
Suporte Social								
Satisfação baixa	36	24,8	9	29,0	17	9,7	62	17,6
Satisfação moderada	90	62,1	19	61,3	113	64,2	222	63,1
Satisfação elevada	19	13,1	3	9,7	46	26,1	68	19,3
Depressão								
Ausência	100	69,0	18	58,1	140	79,5	258	73,3
Leve	18	12,4	5	16,1	24	13,6	47	13,4
Média	17	11,7	4	12,9	4	2,3	25	7,1
Grave	10	6,9	4	12,9	8	4,5	22	6,3

Uma importante questão, colocada no âmbito de qualquer investigação, prende-se com a relevância futura dos resultados encontrados. Neste contexto, gostaríamos de começar por salientar que julgamos ser urgente a elaboração dum modelo teórico que integre e associe os vários dados da investigação psicológica e sociológica, aos dados da investigação psicofisiológica e biológica, no sentido de se poder compreender melhor a saúde e nomeadamente os comportamentos relacionados com ela. Pensamos que será muito útil, em termos conceptuais, o pluralismo teórico e metodológico das várias disciplinas que se dedicam aos estudos dos comportamentos de saúde e de risco e, em termos de intervenção, a colaboração dos vários profissionais da área da saúde, da psicologia, da educação e do serviço social em estreita colaboração com a família, “outros significativos” e comunidade educativa. A realização de campanhas de sensibilização sobre DST’s, e práticas de sexo seguro também se torna crucial. Temos consciência de que não foram estudados nesta investigação factores importantes (políticas instituídas, normas das instituições, factores genéticos e culturais), bem como o papel do homossexual (figura central neste estudo), que

concorrem para a compreensão dos comportamentos de saúde e de risco. Porém, pelo que nos foi possível analisar e reflectir sobre os dados obtidos, e do diálogo e observação efectuadas no recurso da investigação, somos levados a descrever sucintamente alguns aspectos que elegemos como recomendações a seguir: devem privilegiar-se programas compreensivos (formações) de Educação inerentes à Orientação Sexual, numa *educação* atenta à vertente pedagógica de um grupo (profissionais, familiares, amigos) caracterizado pelas suas ideias feitas e preconceitos inerentes à homossexualidade/bissexualidade; deve dar-se prioridade a programas esclarecedores, simples, concretos e bem adaptados às situações reais, e tendo por objectivo a construção de conceitos, de atitudes e de comportamentos saudáveis; deve, neste contexto, ser preocupação dos profissionais desenvolver habilidades pessoais nos seus pacientes para lidarem com a vida quotidiana, centradas sobretudo no desenvolvimento de competências sociais, na utilização de metodologias activas e interactivas (espaços para reflexão e discussão sobre a problemática ligada aos comportamentos de risco; motivação ao esclarecimento de dúvidas; incremento de uma participação responsável e de compromisso, envolvendo homossexuais/grupo/comunidade); recomenda-se, ainda, a organização de uma valência escolar nos Centros de Saúde, que poderia ser da maior importância na prevenção de situações mais problemáticas; a criação de uma disciplina de “Educação para a Saúde e a Sexualidade”. Contudo, e se é verdade que a informação e a educação para a saúde são necessárias, não é menos verdade que, só por si, não promovem as necessárias mudanças de comportamentos, nem a adopção de estilos de vida saudáveis. De facto, é necessário bastante mais do que a informação/educação.

REFERÊNCIAS

- Cabaj, R. P. (1996). Substance abuse in gay men, lesbians, and bisexuals. In Cabaj, R. P., & Stein, T. S. (Eds). Textbook of homosexuality and mental health (pp. 783–799). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cretella, M. A., & Sutton, P. M. (2010). *Health Risks: Fisting and other Homosexual Practices*. Acedido em 10, Dezembro, 2010 em: <http://www.narth.com/docs/healthrisks.html>.

DiClemente, R., Hansan, W., & Ponton, L. (1996). Adolescents at risk: A generation in jeopardy. In R.

DiClemente, W. Hanse & L. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.

Diggs, J. (2002). *The health risks of gay sex*. Acedido em 12, Novembro, 2010 em: http://www.corporateresourcecouncil.org/white_papers/Health_Risks.pdf.

Friedman, H. (1991). *The Self-healing personality*. New York: Penguin Books.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P. A., & Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged adults. *British Journal of Psychiatry*, 180, 423–427.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Skinner, W. F. & Otis, M. D. (1996). Drug and alcohol use among lesbians and gay people in a southern U.S. sample: epidemiological, comparative, and methodological findings from the Trilogy Project. *Journal of Homosexuality*, 30(3), 59-92.

HÁBITOS ALIMENTARES: COMPARAÇÃO ENTRE ADULTOS SAUDÁVEIS

E PORTADORES DE DOENÇA CRÓNICA

M. CELESTE B. ALMEIDA 1 & JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO 2

A adopção de uma alimentação saudável é determinante para a promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a gestão das doenças crónicas, tais como, as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e cancro (Desroches, Lapointe, Ratté, Gravel, Légaré, & Thirsk, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta os erros alimentares como uma das principais causas do aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis nos países desenvolvidos (WHO, 2003). Segundo a OMS, é possível reduzir este factor de risco com estratégias adequadas de promoção de saúde, tal como consta do relatório “Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases” (2003), para que as pessoas vivam de forma mais saudável.

A OMS recomenda que as pessoas diminuam o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, açúcar e sal (alimentos não saudáveis) e aumentem o consumo de frutas e vegetais (alimentos saudáveis). E há evidência de que é mais fácil aumentar o consumo de alimentos saudáveis, do que diminuir o consumo de produtos alimentares não saudáveis (Adriaanse, Vinkers, De Ridder, Hox, & De Wit, 2011).

Em Portugal, nos últimos anos, tem-se verificado um aumento do consumo de açúcares e gorduras (Viana, 2002). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) os portugueses apresentam desequilíbrios na sua dieta alimentar, com consumo excessivo de calorias e gorduras saturadas, e consumo deficiente de frutos, hortícolas e leguminosas secas (INE, 2010). No *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*, integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004), a alimentação é uma das áreas prioritárias.

Muitas pessoas estão conscientes dos benefícios de uma alimentação saudável e, actualmente, existem vários recursos com informação sobre a alimentação, desde livros, revistas, *websites*, panfletos e sessões de esclarecimento pelas entidades de saúde, no entanto, a existência de tantas fontes de informação também traduz a aparente dificuldade das pessoas seguirem uma alimentação saudável (Adriaanse et al., 2011).

1 -Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2- FPCE, Universidade do Porto (Estudo integrado num projecto de investigação do programa doutoral em Psicologia, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, no âmbito do programa PROTEC.)

A alimentação saudável é uma pedra angular na prevenção e manutenção da doença crónica (Desroches, et al., 2011), difícil de implementar no dia-a-dia, sendo frequente a baixa adesão às alterações recomendadas (Ben-Arye, Lear, Hermoni, & Margalit, 2007), principalmente se os prejuízos em termos de saúde são assintomáticos (Vieira, Cordeiro, Júnior, & Turato, 2011). Promover a consciencialização ajuda as pessoas a assumirem uma atitude mais positiva e maior envolvimento na alteração de hábitos alimentares (Ben-Arye et al., 2007).

O desafio para as entidades políticas e de saúde é o desenvolvimento de estratégias que ajudem as pessoas a integrar as mudanças alimentares na sua vida quotidiana, tanto numa perspectiva de prevenção da doença, como no âmbito dos cuidados inerentes à doença crónica (Desroches et al., 2011).

Atendendo ao papel determinante da alimentação na saúde, propusemo-nos realizar um estudo comparativo, entre adultos saudáveis e portadores de doença crónica, relativamente aos seus hábitos alimentares, utilizando como referência as indicações sobre alimentação saudável emanadas pela OMS e DGS.

MÉTODO

Desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo e transversal, com o objectivo de avaliar e comparar um comportamento de saúde, a alimentação saudável, entre dois grupos de adultos da comunidade, um grupo portador de doença crónica e um grupo saudável. Consideramos dois tipos de variáveis, a variável principal: os hábitos alimentares e as variáveis sociodemográficas: a idade, o sexo, estado civil, escolaridade e a presença/ausência de doença crónica.

Participantes

Participaram no estudo 514 indivíduos, que constituem uma amostra de conveniência, de adultos da comunidade, com idade média de 37 anos (entre os 19 e os 64 anos), 59,3% do sexo feminino e 40,7% do sexo masculino. O nível de escolaridade dos participantes é elevado, 72,6% dos participantes têm um curso superior. Em relação à doença, 11,5% dos participantes apresentam uma doença crónica e 88,5% são saudáveis.

Material

Instrumentos utilizados na recolha de dados: Questionário Sócio-demográfico - QSD e Questionário de Hábitos Alimentares – QHA (Almeida & Pais-Ribeiro, 2011).

O QSD inclui questões sobre a idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e doença crónica.

O QHA inclui sete itens, em que o participante aponta a frequência com que consome determinado alimento ou categoria de alimentos e um item em que aponta a frequência com que procura seguir uma alimentação equilibrada quanto à variedade de alimentos, com respostas que variam numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). O resultado obtém-se pela média dos oito itens, quanto mais elevada a pontuação obtida mais saudável é a alimentação praticada.

Procedimento

Formalizamos o pedido para proceder à colheita de dados numa instituição de saúde, numa instituição de ensino de enfermagem e contactamos pessoalmente diversos profissionais (agências bancárias, comércio, exercício liberal, operadores de empresas). Aos participantes foi solicitada colaboração após explicada a finalidade do estudo e garantida a confidencialidade e anonimato das declarações. A recolha de dados ocorreu entre Janeiro e Abril 2010.

RESULTADOS

A análise dos resultados foi efectuada a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 19.0).

De uma amostra global de 514 participantes, obtivemos dois grupos distintos, um grupo saudável constituído por 455 (88,5%) participantes e um grupo portador de doença crónica constituído por 59 (11,5%) participantes. Em termos das variáveis sociodemográficas os grupos são idênticos, tal como é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas.

		Amostra global	Grupo saudável	Grupo com doença crónica
Idade	Média (DP)	36,7 (9,1)	36,3 (8,8)	39,7 (10,9)
Sexo	Feminino	305 (59,3%)	268 (58,9%)	37 (62,7%)
	Masculino	209 (40,7%)	187 (41,1%)	22 (37,3%)
Estado civil	Só	163 (31,7%)	147 (32,3%)	16 (27,1%)
	Casado	351 (68,3%)	308 (67,7%)	43 (72,9%)
Escolaridade	Sem curso superior	141 (27,4%)	124 (27,3%)	17 (28,8%)
	Com curso superior	373 (72,6%)	331 (72,7%)	42 (71,2%)

O grupo portador de doença crónica apresenta uma multiplicidade de patologias, sendo as mais frequentes as doenças do foro respiratório e cardiovascular, tal como é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização das doenças apresentadas pelo grupo portador de doença crônica.

	<i>n</i>	%
Doença respiratória	16	27,1%
Doença cardiovascular	9	15,3%
Doença da tireóide	6	10,2%
Diabetes	5	8,5%
Doença reumática	5	8,5%
Doença osteoarticular	5	8,5%
Doença intestinal inflamatória	3	5,1%
Depressão	3	5,1%
Outra	7	11,9%
Total	59	100%

O Questionário de Hábitos Alimentares apresenta um valor de *alpha* de 0,80, o que aponta uma boa consistência interna, tendo como referência 0,70 (DeVellis, 2003).

A fim de caracterizar os hábitos alimentares dos participantes calculamos o valor da média do questionário, atendendo que o valor mínimo é de 1 e o valor máximo é de 5, o valor para a amostra global foi médio-elevado ($M = 3,72$ DP = 0,66), acima do valor do ponto médio da escala, com resultados do teste *t* para uma amostra ($t(513) = 24,70$, $p = 0,000$) a indicar que tem significado estatístico.

No Quadro 3 são apresentados os valores da média, desvio-padrão, valor mínimo e máximo, obtidos no questionário de hábitos alimentares, para a amostra global, grupo de participantes saudáveis e grupo de participantes com doença crônica.

Quadro 3 – Medidas descritivas dos hábitos alimentares, para a amostra global, grupo saudável e grupo com doença crônica.

		Amostra global	Grupo saudável	Grupo com doença crônica
Hábitos alimentares	M	3,72	3,70	3,89
	DP	0,66	0,67	0,59
	Min.	1	1	2
	Máx.	5	5	5

Os valores mais elevados da média verificam-se no grupo portador de doença crônica e os valores mais baixos no grupo de participantes saudáveis. Ao aplicar o teste *t Student* para duas amostras independentes, os resultados apontam diferenças significativas entre o grupo saudável ($M = 3,70$, DP = 0,67) e o grupo com doença crônica ($M = 3,89$, DP = 0,59; $t(512) = 2,05$, $p = 0,04$). No entanto, a magnitude da diferença entre as médias é muito baixa ($\eta^2 = 0,008$).

Como o questionário engloba questões acerca do consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, procuramos avaliar quais os alimentos que mais contribuíram para o resultado final. Verificamos que, para o grupo saudável, as respostas com as frequências mais elevadas para a opção *muito frequentemente* são: o consumo de frutas (39,6%) e vegetais (35,2%). Para o grupo com doença crônica além das percentagens idênticas para o consumo de frutas e vegetais, salienta-se a preocupação em reduzir o consumo de refrigerantes (42,4%), alimentos doces (28,8%) e sal (32,2%),

apesar de os estudos evidenciarem que é mais fácil aumentar o consumo de alimentos saudáveis, do que diminuir o consumo de produtos alimentares não saudáveis (Adriaans et al., 2011).

DISCUSSÃO

Os participantes apresentam hábitos alimentares moderadamente saudáveis. A média obtida para os hábitos alimentares sugere que os participantes manifestam, na generalidade, preocupação em seguir uma alimentação saudável, embora nem sempre com a frequência preconizada para obter os melhores ganhos em saúde. O que vem de encontro à preocupação das entidades de saúde nacionais e internacionais, que procuram encontrar soluções promotoras de alteração do comportamento alimentar das populações.

Os hábitos alimentares significativamente mais saudáveis no grupo de participantes com doença crónica, parece não corroborar com as evidências da baixa adesão e dificuldade de adaptação às dietas que se impõem nas doenças crónicas, por exemplo nas doenças metabólicas (Vieira et al., 2011), no entanto, a magnitude da diferença entre as médias, no nosso estudo, é muito baixa, e não traduz, obrigatoriamente, evidências directas de adesão a regimes dietéticos, apenas compara dois grupos com status de saúde diferente.

Na verdade, com os dados obtidos, apenas poderemos avançar com algumas interpretações à luz dos resultados de estudos no âmbito dos comportamentos de saúde e do nosso conhecimento acerca da população acolhida nos serviços de saúde, e que carecem de investigações posteriores.

Sabemos que, embora as pessoas manifestem, frequentemente, vontade em seguir uma alimentação saudável, poucas o conseguem fazer, o que não constitui surpresa, porque este é um comportamento complexo e difícil de alterar, mesmo existindo uma forte intenção (Adriaanse et al., 2011).

A doença confronta a pessoa com sintomas ou resultados de exames que constituem dados concretos de risco para a saúde, e se relacionados com a alimentação, exigem um questionamento acerca dos seus hábitos alimentares e necessidade de mudança. O que não acontece se os danos são assintomáticos (Vieira et al., 2011). As pessoas saudáveis não observam efeitos concretos dos hábitos alimentares na sua saúde, pelo que, podem não encontrar motivos suficientes para aderirem a alteração de hábitos já enraizados.

A doença crónica pode constituir, então, um motivo para a alteração de hábitos alimentares, facto que pode explicar as diferenças encontradas no nosso estudo. Na verdade os nossos participantes “doentes” apresentam uma alimentação mais saudável e investem especificamente na diminuição do consumo de alimentos não saudáveis (e. g. redução do sal, dos refrigerantes e do açúcar), comparativamente com os participantes saudáveis.

Por outro lado, a doença conduz a um contacto mais próximo com os serviços e profissionais de saúde, o que também pode constituir uma oportunidade de contactar com informação até então omissa e também a uma maior consciencialização sobre os benefícios da mudança alimentar. A adesão às recomendações de mudança de estilos de vida melhora quando existe uma relação de confiança entre o profissional/doente, porque permite uma maior consciencialização e comprometimento com o plano terapêutico (Ben-Arye et al., 2007).

Neste estudo os adultos da comunidade, portadores de doença crónica, apresentam hábitos alimentares mais saudáveis do que os adultos sem doença. Reconhecendo que na alteração de estilos de vida intervêm vários factores, a doença pode ter sido um factor concorrente para a diferença encontrada entre a prática alimentar dos dois grupos.

Os resultados traduzem a necessidade de investimento a nível de programas de prevenção e de saúde pública, para que a mudança dos hábitos alimentares não seja uma imposição na gestão de uma doença crónica, mas principalmente, uma opção no sentido de promover a saúde.

Em futuros estudos seria importante identificar os factores de ordem motivacional e outros factores psicológicos, que possam estar associados à determinação deste comportamento de saúde.

REFERÊNCIAS

- Adriaanse, M. A., Vinkers, C. D. W., De Ridder, D. T. D., Hox, J. J., & De Wit, J. B. F. (2011). Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. *Appetite*, 56, 183-193.
- Almeida, M. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (in press). Auto-determinação e alimentação saudável na população portuguesa. *Revista Nursing*.
- Ben-Arye, E., Lear, A., Hermoni, D., & Margalit, R. (2007). Promoting lifestyle self-awareness among the medical team by the use of an integrated teaching approach: A primary care experience. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 13(4), 461-469. doi:10.1089/acm.2007.6313.
- Desroches, S., Lapointe, A., Ratté, S., Gravel, K., Légaré, F., & Thirsk, J. (2011). Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults: a study protocol. *BMC Public Health*, 11(1), 111-114. doi:10.1186/1471-2458-11-111.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*. (2nd ed.). California: Sage Publications.

- Direcção-Geral de Saúde, Ministério da Saúde de Portugal (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística de Portugal (2010, 2 Dezembro). *Balança Alimentar 2003-2008*. INE, Informação à Comunicação Social em 30 Novembro 2010. Retirado de www.ine.pt
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 611-624.
- Vieira, C., Cordeiro, S., Júnior, R., & Turato, E. (2011). Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3161-3168.
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO Expert Consultation*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2003). *Process of Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. World Health Organization, Geneva.

SAÚDE DO HOMEM: COMPREENDENDO AS DIFICULDADES À HORA DE CUIDAR DA SAÚDE

RAILDA FERNANDES ALVES, RENATA PIMENTEL DA SILVA, MONALISA VASCONCELOS

ERNESTO, ANA GABRIELLA BARROS DE LIMA & FABIANA MARIA DE SOUZA.

O presente artigo é resultado de uma pesquisa realizada em diferentes Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF da cidade de Campina Grande – PB. A pesquisa amparou-se na discussão trazida pela literatura especializada segundo a qual, comparativamente, as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens (Figueiredo, 2005; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002). Entretanto, são os homens que lideram os índices de mortalidade e sobremortalidade (Laurenti, Mello-Jorge & Gotlieb, 2005). Tal paradoxo desmitifica a ideia de que o homem adocece menos que as mulheres, ao tempo em que aponta para uma problemática relacionada a uma questão de gênero, em que homens e mulheres, sob efeito de elementos culturais distintos, desenvolveriam padrões de comportamentos diferentes com relação aos auto-cuidados com a saúde.

Vários autores, tais como Gomes, Nascimento e Araújo (2007), Korin (2001) e Villar (2007) estudaram a relação existente entre um modelo culturalmente construído de masculinidade e sua influência nos cuidados com a própria saúde. Korin (2001, p.70), ainda acrescenta que “em vez de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, é mais apropriado falar de masculinidades e feminilidades”. Essas devem ser entendidas como significados culturais atribuídos às diferenças sexuais, e que, à medida que são construídas e perpassadas culturalmente, são também referências para o modo de ser e se relacionar. Modo que inclui, também, as preocupações com a saúde. Para além das questões de gênero pesquisas apontam que podem coexistir outros fatores inerentes ao funcionamento dos serviços de saúde, capazes de obstaculizar o acesso dos homens a esses serviços. Gomes et al (2007) apontam alguns aspectos relacionados ao trabalho, à acessibilidade, às especificidades das equipes profissionais e à estrutura de funcionamento desses serviços, como outros elementos influenciadores de uma menor procura dos homens pelas assistências em saúde.

No Brasil a política proposta pelo Ministério da Saúde através do Programa de Saúde do Homem - PNAISH (BRASIL, 2008), pretende identificar os elementos psicossociais que acarretam na vulnerabilidade da população masculina à maior exposição de riscos em saúde, assim como, influenciam em seu acesso à APS. Tal Programa visa assistir os homens entre 25 e 59 anos.

Faixa etária que, embora represente 41,3 % da população masculina, e 20% do total da população brasileira, além de ser uma parcela preponderante da força produtiva com significativo papel sociocultural e político, não se encontrava, incluída nas políticas de saúde. O presente estudo analisou os fatores que influenciam a procura masculina pelos serviços de Atenção Primária em Saúde - APS. Os objetivos foram identificar as dificuldades relatadas pelos homens para justificar a pouca procura pelos serviços de saúde para prevenir e/ou tratar de suas doenças.

MÉTODO

O estudo foi de caráter transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantiquantitativa (Minayo & Sanches, 1993). Os dados foram analisados através de análise temática de conteúdo, de acordo com Bardin (1977), e através de frequência e percentil.

Participantes

O universo da pesquisa contou com duas amostras de homens entre 25 e 59 anos (N=82): a amostra **número 1**, constituída por homens que costumam buscar auxílio nas UBSF's; e a amostra **número 2** composta por homens que, ainda que cadastrados nos programas de Saúde da Família, não costumam procurar esses serviços.

RESULTADOS

Categoria 1 : a quem recorre primeiro quando está doente

Nesta primeira categoria pode ser observado que o Centro de Saúde do bairro destacou-se como a primeira opção na procura dos usuários pertencentes à Amostra 1 (Quadro 1). Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e, portanto, a atenção primária, aparece como a porta de entrada dos serviços de saúde, algo condizente com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006). No entanto, a procura pelo hospital (consulta em atenção terciária), em segundo lugar, revela que a atenção básica ainda deve buscar uma cobertura mais adequada.

Na amostra 2, percebe-se que a maioria dos homens procura primeiro a assistência especializada, o médico, sendo em menor número aqueles que recorrem aos centros de saúde e aos hospitais. Os homens recorrem ainda aos cuidados domésticos de familiares; apegam-se à fé ou ainda procuram as farmácias para a automedicação. A literatura especializada aponta que o caráter imediatista e os resultados satisfatórios das farmácias são os elementos que influenciam os homens a substituírem a procura do serviço pela farmácia (Couto et al., 2010; Gomes et al., 2007).

Quadro 01: Quadro referente às assistências procuradas em primeiro lugar

Subcategorias	Respostas	Amostra 01	(%)	Amostra 02	(%)
Procura assistência Médica	Centro de Saúde – APS	21	42,86	06	11,76
	Hospital	11	22,45	05	9,81
	Médico	04	8,16	12	23,53
	Cuidados domésticos	05	10,20	08	15,69
	Depende da gravidade	07	14,28	01	1,96
Não procura assistência Médica	Nunca adoece	01	2,05	07	13,72
	Farmácia (automedicação)	-	-	03	5,89
	Busca a Deus	-	-	07	13,72
	Detesta atendimento médico	-	-	02	3,92

Na amostra 2 há um expressivo número de respostas que negam o adoecimento, o que parece refletir aspectos culturais em que prevalece a visão de que os autocuidados masculinos com a saúde seriam hábitos desnecessários. Isso corrobora a literatura especializada que aponta a masculinidade geralmente associada à invulnerabilidade e os hábitos preventivos ao sexo frágil, “o feminino” (Korin, 2001).

Categoria 2 – motivos da procura pela assistência médica

A Quadro 2 revela que as duas amostras buscam preferencialmente os serviços assistenciais para a reabilitação. Ou seja, a busca pelos serviços se dá primeiro para fins da resolução imediata de problemas de saúde, e não para fazer exames de rotina com vistas à prevenção de doenças. A prevenção ocorre, ainda que em menor incidência.

Quadro 02: Quadro comparativa dos motivos para procura da assistência médica

Categoria	Subcategorias	Amostra 01	(%)	Amostra 02	(%)
Aspectos remediativos	Doenças não-crônicas	12	15,44	08	17,76
	Doenças crônicas	07	14,84	03	6,66
	Problemas dermatológicos	03	6,36	02	4,44
	Dores	02	4,24	08	17,76
	Acidentes	01	2,12	-	-
	Cirurgias	-	-	03	6,66
	Crise nervosa/cansaço	-	-	03	6,66
	Acidentes de Trabalho	-	-	05	11,10
	Álcool	-	-	01	2,22
	Exames de rotina	07	14,84	02	4,44
	Exames de Toque Retal e PSA	05	10,60	-	-
Aspectos preventivos	Medicação	05	10,60	02	4,44
	Assistência odontológica	02	4,24	02	4,44
	Acompanhamento de familiar	-	-	01	2,22
Descaso com a saúde	Nunca procurou	01	2,12	04	8,88
	Não lembra	01	2,12	01	2,22

Comparativamente, a amostra 02 revelou uma diversidade maior de motivos, destacando a procura para diagnósticos de doenças não-crônicas, o tratamento de sintomas de dores e os acidentes. Além disso, as doenças crônicas também funcionaram como motivações para a busca pela assistência médica. Cabe ressaltar que os problemas associados ou resultantes das funções laborais, dentre estes, os acidentes de trabalho, foram relacionados à excessiva carga de trabalho.

Deve-se enfatizar que os homens pertencentes à Amostra 01 apresentaram mais motivações de cunho preventivo quando comparados à Amostra 02. A realização do exame de próstata é um exemplo. Tal exame, tão divulgado no universo masculino como uma necessidade de saúde, não foi sequer citado pela Amostra 02.

Alguns entrevistados afirmaram jamais terem procurado qualquer assistência, mas admitiram problemas de saúde. Nesses casos, infere-se sobre uma possível negação da vulnerabilidade, algo apontado pela literatura como um típico comportamento masculino (Braz, 2005; Gomes et al., 2007; Olavarria, 2000).

Categoria 3: problemas de saúde que não geraram a procura pela assistência

Nesta categoria chama a atenção o grande quantitativo de respostas indicando o não adoecimento e a não informação/negação das doenças. Assim, as duas amostras reconhecem a existência das doenças, mas apresentam diversas justificativas para não ir ao serviço de saúde.

Quadro 03: Existência de problemas de saúde que não geraram a procura pela assistência de saúde

Subcategorias	Respostas	Amostra 1	(%)	Amostra 2	(%)
Tem problema mas não procura assistência	Devido a dificuldade em ser atendido	04	8,9	-	
	Devido a pouca gravidade do problema	11	24,4	03	7,7
	Ter doença crônica sem perspectiva de melhora	-	-	04	10,3
	Pratica a automedicação	02	4,4	05	12,8
	Devido a acidente doméstico	-	-	01	2,6
	Não tem disponibilidade de procurar assistência	-	-	01	2,6
	DST – preferiu não procurar	-	-	01	2,6
	Não adoeceu	28	62,2	05	12,8
Não relatou problema	Não informou	-	-	19	48,7

A dificuldade em ser atendido, em consequência da não resolutividade do serviço, e a pouca gravidade do problema, vêm em segundo lugar, como justificantes da não procura pela assistência médica. Gomes et al. (2007), confirmaram esse dado ao inferir que no transcorrer da socialização dos homens o cuidado passa a não ser visto como uma prática masculina. Outras vezes a não procura acontece devido à falta de disponibilidade para procurar assistência; ao uso de tratamento em casa através de remédios caseiros e à automedicação; e, ainda devido à cronicidade da doença já sem perspectiva de melhora.

No tocante à amostra 2, as respostas justificantes da não procura é crivada pelo critério da gravidade da doença, podendo exemplificar-se gripe/virose, dor de cabeça, febre, queda de pressão, como manifestações onde não se faz necessário a procura por serviços de atendimento, uma vez que a automedicação resolve os sintomas.

Categoria 4: Dificuldades impostas pelos serviços de saúde

As dificuldades encontradas pelos homens nos serviços de saúde se referem ao tempo demandado para o atendimento, para marcar consultas e exames. O serviço é, dessa forma, caracterizado como precário, principalmente no que tange à humanização do atendimento. Na própria literatura encontramos discursos que reiteram a insatisfação com os serviços públicos (Bosi & Affonso, 1998; Figueiredo, 2005; Gomes et al., 2007; Traverso-Yépez & Moraes, 2004). Bosi e Affonso (1998) destacam que esses problemas acarretam consequências importantes na saúde da população, cuja resposta é a automedicação e o abandono do tratamento. Figueiredo (2005) destaca que a realidade dos serviços públicos é vivenciada de forma mais impactante pelos homens, devido à imagem feminilizada dos serviços de saúde. Os homens ainda destacaram a necessidade da procura pela assistência privada como uma forma de driblar a demora no atendimento e as precariedades da assistência pública à saúde.

Quadro 04: problemas impostos pelos serviços de saúde que dificultam a procura dos homens pela assistência médica

Subcategorias	Respostas	Amostra 1	(%)	Amostra 2	(%)
Problemas organizacionais	Demora e ineficácia no acolhimento	09	13,0	11	22,4
	Demora para agendar consulta	08	11,6	02	4,1
	Demora relacionada a exames (marcar, remarcar, resultados)	07	10,1	03	6,1
	Falta de pessoal e atendimento limitado	05	7,2	02	4,1
	Muita burocracia (dificuldade de encaminhamento e Perda de dia de trabalho)	03	4,3	01	2,0
	Desorganização do Centro de Saúde	01	1,4	-	-
	Precariedade do atendimento do SUS	07	10,1	04	8,2
Problemas estruturais	Precariedade do atendimento médico	07	10,1	-	-
	Poucos médicos p/ assistir muitas pessoas, o que gera longa fila	06	8,7	-	-
	Falta de investimento do governo	02	2,9	-	-
	Falta de medicamento	01	1,4	-	-
	Desrespeito às prioridades (deficiente, idoso)	01	1,4	-	-
Sem dificuldades	É bem atendido	-	-	13	26,5
	Serviço funciona na medida do possível	11	15,9	-	-
	Não procura o serviço de saúde	01	1,4	05	10,2
	Não utiliza os serviços do SUS	-	-	04	8,2
	Não encontra dificuldades	-	-	04	8,2

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo corroboram a literatura sobre gênero e saúde ao elencar fatores de ordem sociocultural e institucional capazes de influenciar negativamente as práticas preventivas masculinas. A inexpressiva procura masculina pelos serviços de APS está também associada à carência de ações voltadas para esse público que historicamente esteve fora das políticas de saúde. Os resultados apontaram que a atenção básica ainda não apresenta uma cobertura territorial e de gênero

satisfatória. Isso porque, especialmente os homens da amostra 02 recorrem à assistência especializada ou a tratamentos alternativos, em detrimento da APS. A última procura por assistência médica associa-se em geral a demanda por reabilitação, embora a amostra 1 também aponte o caráter preventivo como motivação. A negação em procurar assistência mesmo na existência de problemas de saúde foi verificada em ambas as amostras.

Vale ressaltar que uma das prerrogativas do PNAISH (BRASIL, 2008) é adequar os serviços de saúde para atrair e atender os homens em idade ativa. Entende-se que a identificação destes aspectos pode contribuir para a efetivação do PNAISH, na medida em que pode impulsionar ações que visem a influenciar os homens a adotarem hábitos de vida condizente com a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Por tudo isso, acredita-se que a superação das barreiras socioculturais e estruturais imbricadas no processo de saúde-doença do universo masculino, que acabam por deflagrar comportamentos negligentes, ainda está longe de ser alcançada.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bosi, M. L. M., & Afonso, K. de C. (1994, dezembro). Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. *Cad. Saúde Pública*, 10 (4), 446-456. Recuperado em 14 nov. 2010: <<http://www.scielo.br/scielo>>
- Brasil (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 mai. 2009: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>..
- Brasil (2006). *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Braz, M. (2005, janeiro/março). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1), 97-104. Recuperado em 4 de abr. 2009 : <<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=>>.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N. da, Gomes, R. et al. (2010, abril/junho). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)* 14 (33), 257-270.
- Figueiredo, W. (2005) Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (1). Recuperado em 4 de abril de 2009: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

- Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araujo, F. C. de. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, 23 (3), 565-574.
- Korin, D. (2001). Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência latinoamericana*, 2 (2), 67-79. Recuperado em 15 de abri. de 2010: <<http://aladolec.bvs.br/scielo>>.
- Laurenti, R., Mello-Jorge, M. H. P., & Gotlieb, S. L. D. (2005) Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1), 35-46. Recuperado em 18 de abril de 2010: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&p>..
- Minayo, M. C., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.
- Olavarria, J. (2000) De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XX. In: J.Olavarria, R. Parrini, *Masculinidad/Es. Identidad, Sexualidad y Familia. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad*. Santiago: Red de Masculinidad.
- Pinheiro, S. P., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. dos S. (2002) Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4). 687-707. Recuperado em 27 de mar. de 2010: <http://www.scielo.org/scielo.php>
- Traverso-Yépez, M., & Morais, N. A. (2004, janeiro/fevereiro). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública*, 20 (1), 80-88.
- Villar, G. B. (2007). *Gênero, cuidado e saúde: estudo entre homens usuários da atenção primária em São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 27 mar. de 2010: <<http://www.teses.usp.br/teses> >.

LOS EQUIPOS DE AYUDA COMO ESTRUCTURA SOCIAL CONSTRUIDA EN EL AULA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE ACOSO

*JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ, NATIVIDAD ALONSO ELVIRA & SUELY A.DO NASCIMENTO
MASCARENHAS*

Los problemas de violencia, su prevención y el abordaje de esas conductas en las escuelas son hoy uno de los retos más importantes a los que se enfrentan nuestros sistemas educativos. Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que en el contexto escolar se desarrollan procesos de interacción entre sus componentes que no siempre adoptan cauces respetuosos con los derechos de quienes los integran. Los conflictos en ocasiones son resueltos de manera impositiva, no dialogada y sin los consensos necesarios. Por tratarse de un medio precisamente educativo quienes convivimos en él estamos obligados a buscar salidas que propicien el entendimiento, fomenten el diálogo y promuevan una cultura de paz que ayude a la labor educativa en que estamos inmersos.

Sin embargo, esto no es posible sin la colaboración expresa y activa de todos y cada uno de los miembros de la comunidad educativa. Uno de los más importantes es el alumnado, que inmerso en los conflictos y en situaciones de violencia, unas veces como actores y otras como sufridores de ellas, tienen que ser uno de los protagonistas de las salidas planificadas y previstas a esas situaciones de tensión.

Desde hace años venimos construyendo (Avilés, Torres & Vián, 2008) estructuras sociales en los centros educativos que hacen al alumnado protagonista de la salida a las situaciones de violencia y en las estrategias de prevención de clima de clase y mejora de la convivencia escolar.

Unas de estas estructuras es la red de Equipos de Ayuda en los centros educativos como una plataforma estable en el aula y el centro para que el alumnado que pueda verse envuelto en problemas o situaciones de conflictos disponga de un referente a su mismo nivel, los iguales, que le proporcione instrumentos de descongestión de esas situaciones problemáticas, haciendo a su vez protagonistas a aquél alumnado que se envuelto en esas mismas situaciones.

Además, no se trata de una estrategia aislada o desprovista de conexión con otras que se llevan coordinadamente en el centro y que persiguen fines similares. Son sistemas de apoyo que en diferentes modalidades postulan al alumnado como solución y no como problema.

Sitúan al alumnado al frente de la manija que regula la salida y la gestión a los problemas de convivencia escolar. Por ejemplo, modelos como los alumnos mediadores, alumnado tutor, alumnos acompañantes, supervisores de recreo, consejeros, *buddy*, etc.

Concepto y enmarque en el contexto de las estrategias de apoyo entre el alumnado

Desde la propia práctica educativa y de aula nos hemos ido dando cuenta de que es necesario establecer el itinerario de construcción de la convivencia y formativo que sea natural y lógico entre el alumnado y que respete los procesos de adquisición de habilidades de apoyo entre iguales que señalan diferentes investigaciones y que se inician en el aprendizaje y puesta en práctica de tareas de amistad y acompañamiento, tareas de ayuda, tareas de mediación y finalizan con la adquisición de tareas de consejo (Avilés, Torres y Vián, 2008; Cowie y Fernández, 2006). Ejemplificaciones de ese proceso pueden verse en la Tabla nº1

Tabla 1: Diferentes modalidades de tareas de apoyo entre iguales en el contexto escolar (Tomado de Avilés, Torres y Vián, 2008).

Tipología que adopta	Amistad	Ayuda	Mediación	Consejo
	Alumnado acompañante Hora del círculo- <i>Circle Time</i> Apadrinamientos - <i>Buddies</i>	Alumnado Tutor Voluntariado inducido Equipos de Ayuda Teleayuda Ayudantes de recreo	Mediadores escolares Mediadores en clase Alumnado Negociador	Alumnado Consejero Teleayuda

Por tanto, la puesta en práctica del programa de Equipos de Ayuda persigue completar ese itinerario de adquisición de habilidades y poner en práctica una forma más de Aprendizaje-Servicio (Avilés y Uruñuela, 2012), tan necesaria y deseada entre los objetivos educativos que se pretenden conseguir en cualquier centro educativo, que por principios necesita ejercitar y llevar a la práctica. Conocer a los otros, prestarles ayuda, valorar y entender sus diferencias, en definitiva, conseguir en el bagaje de aprendizaje herramientas que ayuden a incorporar claves que hagan más fácil la convivencia entre los distintos sectores de la comunidad educativa y en el seno de cada uno de ellos también. Claro, formar parte de estos Equipos de Ayuda con garantía de poder ejercer lo que se espera de ellos no es fácil y exige que sus componentes tengan un perfil muy definido y reciban la formación y entrenamiento suficientes como para desempeñar con garantías esa misión (Avilés y Alonso, 2012).

Sentido y metodología del curso de formación

En el curso de formación de los Equipos de Ayuda participa el alumnado elegido por sus compañeros/as en cada uno de los grupos y previa aceptación de ellos mismos y de sus familias. El proyecto pretende nada menos que empoderar al alumnado como protagonista en la salida a los problemas de convivencia que puedan producirse día a día en la comunidad educativa. Se trata de una tarea conjunta y colectiva. En ese trabajo de concienciación y selección del alumnado valoramos como muy importante el trabajo del departamento de orientación y de los tutores/as de cada uno de los grupos con su alumnado. Igualmente consideramos imprescindible el respaldo e implicación en estas

tareas del Equipo Directivo del Centro. En el marco del Plan de Convivencia del Centro y en una línea de trabajo en valores, su impulso y liderazgo en un proyecto de Equipos de Ayuda se nos ocurre imprescindible, política, pedagógica y organizativamente hablando. Para el seguimiento y supervisión de los Equipos de Ayuda es fundamental que exista en el centro un grupo de profesorado (Equipo de Convivencia), sin responsabilidades de tutoría sobre el alumnado que supervisa, que puedan reunirse periódicamente con los Equipos de Ayuda para asesorarles en su trabajo y supervisar sus actuaciones.

Queremos que la formación se desarrolle fuera del centro escolar. Queremos darle un sentido que no sea académico, a pesar de que el alumnado y el profesorado habitual participen en las sesiones. Se trata de una formación especial, intencional, integral e inherente a la labor educativa del profesorado en el desarrollo de sus competencias profesionales.

Las dinámicas de trabajo se alternarán en Gran Grupo y en Grupos de Nivel (1º, 2º, 3º de ESO). El trabajo en Gran Grupo lo planteará el coordinador/a de la formación y abordará actividades motivadoras en cada uno de los cinco bloques de contenido (Presentación, Clima y Conflicto, Comunicación, Trabajo en Equipo y Práctica de Ayuda). Una vez terminadas estas actividades de motivación, cada uno de los Equipos de Ayuda se reunirán por Nivel con sus tutores de referencia para profundizar y asegurar los aprendizajes que se plantean en cada bloque de contenidos.

El trabajo de los alumnos y las alumnas se realiza en equipo. No queremos que el alumnado actúe individualmente. Como equipo actúan mejor porque:

- ❑ Se sentirán más respaldados y acompañados por sus compañeros/as del Equipo.
- ❑ Se acostumbrarán a compartir las decisiones tomadas en Equipo.
- ❑ Se evitará el riesgo de actuación inadecuada por parte de alguno de los miembros del Equipo de Ayuda.
- ❑ Se interiorizará el hábito de consensuar con el resto de Equipo lo que es más favorable hacer en las situaciones y casos importantes.
- ❑ Disminuirá el sentido de responsabilidad individual en las actuaciones a acometer.
- ❑ Evitaremos protagonismos innecesarios.
- ❑ Aumentaremos la sensación de poder de ayuda en el alumnado ayudado.
- ❑ Potenciaremos más el respeto y la confianza del grupo de iguales hacia los miembros del Equipo de Ayuda.
- ❑ Facilitaremos los relevos de los componentes del Equipo de Ayuda durante el curso o en cada nuevo curso escolar.

Porque pensamos que es más enriquecedor actuar en equipo que hacerlo individualmente, por eso creemos que es bueno facilitar la ayuda a través de los Equipos de Ayuda. Porque lo que cada

alumno/a aporta es fundamental para que funcione el Equipo de Ayuda es necesario que cada uno se implique en el trabajo en equipo.

Como queremos reflejar por escrito el trabajo de formación que hacemos, nombramos dos relatores/as en cada uno de los grupos intermedios (1º, 2º y 3º), un adulto y un chico/a, que recoge las dinámicas que hacemos en los grupos y, sobre todo, las conclusiones a que llegan como grupo intermedio en cada uno de los ejercicios que hacemos. La finalidad es reunirlos al final con el objetivo de que sirvan como base para elaborar el proyecto propio de Equipos de Ayuda de nuestro centro escolar.

Modalidades que adopta

En el marco conceptual descrito anteriormente, los Equipos de Ayuda son una opción entre otras. Cada modalidad de apoyo entre iguales supone el trabajo de unas habilidades específicas en el alumnado y se constituye como una respuesta diferenciada a problemas de naturaleza diferente.

Los sistemas de apoyo entre el alumnado es cierto que cumplen el requisito del protagonismo del mismo en la búsqueda de soluciones a los problemas, pero indudablemente constituyen una herramienta fundamentalmente útil también para el profesorado que trabaja por mejorar el clima escolar y dar solución a múltiples problemas de convivencia con los que actualmente nos encontramos en las aulas. Ejemplificamos a continuación algunos de ellos:

.Soledad: alumnado que es rechazado por sus compañeros o no quieren juntarse con ellos para hacer grupos, realizar tareas o estar en el recreo.

.Llegar nuevo al centro: alumnado que es trasladado de localidad y aparece en un grupo sin ningún tipo de conocimiento de sus iguales. Existe un tiempo crítico hasta que construye una red social nueva en el que es necesario estar pendiente.

.Aislamiento: los grupos, en ocasiones, provocan ostracismo en alguno de sus miembros. A veces, sin causa aparente y sin justificación aceptable. Es indispensable romper los dictados de un líder negativo o demasiado impositivo en el seno de un grupo.

.Falta de amigos: en algunos chicos es especialmente visible su falta de habilidades para establecer amistades. En este sentido, es importante tener dispuesto en la clase a alguien que quiera dar un paso adelante en este sentido.

.Dificultades de relación: en otras ocasiones las dificultades para establecer interacciones son generalizadas, como es en muchos casos de Asperger. En este sentido la estrategia del ‘círculo de amigos’ es muy apropiada para proteger al alumno que tiene problemas emocionales del grupo y viceversa.

.Acoso: los casos de bullying también son susceptibles de ser abordados a partir de estrategias como los Equipos de Ayuda y otras estrategias pueden servir para que no se produzcan o no vayan a más.

.Timidez: en ocasiones muchas víctimas de abusos o de conflictos no se atreven a autoafirmarse por timidez. Son chicos que no dan problema pero que pueden sufrir la dominancia de otros.

.Falta de asertividad: aprender a decir mensajes en primera persona para expresar los sentimientos y los deseos a otros es una parte importante de la comunicación y fundamental para sentirse bien consigo mismo.

.Incomunicación: es una posible fuente de conflictos entre las partes que no intercambian información. A veces está detrás de muchos conflictos no resueltos que lo hacen cuando las partes comparten la información que no conocen.

.Malentendidos: cuando la información que poseemos no se ajusta a lo que ha sucedido en realidad y provoca en nosotros incomodidad y disgusto.

.Déficits académicos: cuando los otros tienen herramientas y posibilidades de asesorarnos, tutorizarnos o mentorizarnos en una materia o aspecto que no conocemos o en el que ellos son mucho más expertos.

.Conflictos interpersonales: se dan continuamente en la convivencia escolar, en ocasiones entre iguales y otras veces entre adultos y alumnado o entre familias y/o entre familias y profesorado.

.Conflictos escolares: riñas, peleas, pequeños enfados que si no se hablan y se buscan salidas, pueden ir a más provocando malestar y daño en las partes que los mantienen.

.Diferencia de intereses: en ocasiones los conflictos se mantienen porque las partes no están dispuestas a renunciar a parte o la totalidad de sus intereses. En este sentido, es importante formar a los mediadores a que sean capaces de identificar y separar los intereses y las necesidades de las partes para ayudarles en el proceso de mediación.

.Indecisiones: a lo largo de la vida académica y profesional hay momentos en que es necesario tomar decisiones y aprender a hacerlo es fundamental. Contar la información adecuada y suficiente es vital. Esto suele venir aportado por los adultos aunque hay iguales con más experiencia y años que pueden desarrollar trabajos de tutelaje y asesoramiento importante y ajustado a la experiencia emocional que muchos adolescentes viven en momentos determinados.

.Problemas personales: desde el espejo de los iguales se proporcionan imágenes más cercanas y amables a chicos que están viviendo situaciones difíciles para ellos.

.Retos ante situaciones: determinadas situaciones, accidentes, enfermedades, separaciones, pérdidas, adicciones, etc., exigen templanza, equilibrio y capacidad para tomar decisiones y ser

consecuente con ellas, que algunas figuras como la del alumnado consejero puede trabajar para poder llegar a prestar ese servicio.

Estrategias de selección y aplicación de la propuesta

Este proceso se desarrolla en dos sesiones de tutoría con el alumnado. Es el tutor/a quien lo lleva a cabo en colaboración con el tutor/a de convivencia del nivel educativo en el que da clase.

El profesor/a tutor explica el objetivo de las sesiones.

.Justificar la necesidad de que conviene que haya alguien que esté dispuesto a ayudarnos cuando lo necesitemos.

.Decir que los elegidos tienen que querer participar para serlo y que recibirán formación fuera del centro durante 2 días. Ser del Equipo de Ayuda es un honor, un premio.

.El Equipo de Ayuda será coordinado (se reunirá periódicamente) por un grupo de profesores del centro (Equipo de Convivencia).

1.- El proceso se desarrolla en dos sesiones de tutoría.

Primera sesión

2.- Se trabaja en pequeños grupos guiados por una serie de preguntas que guían el debate. En tres bloques:

a) Se pregunta sobre la actitud del grupo y persigue que reflexionen sobre la amistad, el compañerismo y la solidaridad.

b) Tienen que pensar en las cualidades que deben tener quienes compongan los Equipos de Ayuda. **IMPORTANTE DIFERENCIAR ENTRE AMISTAD Y AYUDA.** (Se hace un resumen de recogida de información en la pizarra por parte del tutor y se acuerdan los requisitos que se deben cumplir para formar parte del Equipo de Ayuda)

c) Hay que pensar también en las dificultades que pueden surgir al implantar un sistema de Equipos de Ayuda con el fin de evitarlas o prevenirlas. (Aclarar equívocos o malos entendidos)

3.- Hay que solicitar los voluntarios a los que les gustaría participar en el Equipo de ayuda, cuya elección se producirá en la sesión siguiente. Pueden ser elegidos los que se presentan u otros que no lo hagan y cumplan los requisitos.

Segunda sesión

1.- Hay que volver a recordar los acuerdos de la sesión anterior. Se vuelve a recordar la diferencia entre AMISTAD y AYUDA.

2.- Se hace una votación, con acta incluida.

3.- Se informa al grupo de las características del Equipo de Ayuda y de su formación posterior.

Evaluación de la satisfacción con el desarrollo del modelo

La evaluación evidentemente la planteamos a partir del análisis de la satisfacción de los participantes (todos) que de alguna manera tienen con ver con el modelo, profesorado implicado, otro profesorado, las familias del alumnado que forma parte de los Equipos de Ayuda, el alumnado de los Equipos de Ayuda y el resto del alumnado.

Los resultados de la evaluación del modelo ya los hemos reseñado (Avilés, Torres y Vián, 2008) evidenciando niveles de satisfacción óptimos: todos los sectores de la comunidad educativa han considerado en mayor o menor medida, que el programa es válido para lograr los objetivos que persigue. El alumnado integrante de los Equipos de Ayuda y sus familias atribuyen al programa el desarrollo de algunas habilidades de ayuda, como son la empatía, la escucha activa y la capacidad para reflexionar antes de actuar. Además, todos los sectores creen que el programa debería continuar en el centro.

Sin embargo, el sector que manifiesta un mayor nivel de satisfacción con la puesta en marcha medidas como los Equipos de Ayuda, son sin duda el alumnado participante en ellos. Un 84% cree que formar parte de un Equipo de Ayuda ha modificado su forma de pensar, de actuar y de analizar situaciones, aludiendo a cambios como los siguientes: “*ahora me fijo más en el comportamiento de mis compañeros*”, “*me siento más capacitado para ayudar*”, “*escucho mejor a los demás*”, “*me pongo más en el lugar del otro*”. Un 75% cree que le ha ayudado a mejorar la comunicación con los otros. El 69% ha intervenido en alguna ocasión. Los casos en los que han trabajado han sido mayoritariamente sobre problemas personales de los compañeros, seguidos de acompañamiento a chicos/as que estaban solos y en tercer lugar en situaciones de conflicto entre compañeros. Ningún miembro de Equipo de Ayuda dice haber sentido algún tipo de discriminación –en sentido negativo– por parte de sus compañeros. Un 76% valora su intervención como medianamente eficaz y el resto, un 24%, como muy eficaz.

REFERENCIAS

- Avilés, J. M., Torres, N., & Vian, M.V. (2008). Equipos de ayuda, maltrato entre iguales y convivencia escolar. En *Revista de Investigación Psicoeducativa*, 6 (3) 357-376. Universidad de Almería: Instituto de Orientación Psicológica.
- Cowie, H., & Fernández, F.J. (2006). Ayuda entre iguales en las escuelas: desarrollo y retos. En *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4 (2), 291-310

IMPACTO DOS FACTORES PSICOSSOCIAIS NA SAÚDE E BEM-ESTAR DOS TRABALHADORES PORTUGUESES

*VÂNIA AMARAL 1, PEDRO BEM-HAJA 1, ALEXANDRA PEREIRA 1, ANABELA PEREIRA 1,
TERESA COTRIM 2, CATARINA CARDOSO 2, VÍTOR RODRIGUES 3, PAULO NOSSA 4 &
CARLOS SILVA 1*

Para a saúde ocupacional, os factores de risco psicossocial representam uma área de interesse crescente especialmente porque nas últimas décadas a investigação epidemiológica forneceu fortes evidências do seu impacto na saúde (European Commission, 2000). No entanto, não é um facto novo. Factores psicossociais são condições de trabalho intimamente relacionadas com o seu conteúdo e organização, que podem causar doença, ou seja, referem-se a ritmos e intensidade de trabalho excessiva, ausência de controlo do tempo e das tarefas, trato injusto, futuro incerto, etc. Numa tentativa de criar um instrumento válido e compreensível para avaliar os factores psicossociais surge o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* – COPSOQ – desenvolvido e validado por Kristensen e Borg com a colaboração do *Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen*. O questionário teve como enquadramento teórico uma perspectiva eclética. O COPSOQ tenta lidar com a amplitude do constructo “factores psicossociais”, mediante a aplicação de uma abordagem multidimensional (Kristensen et al., 2005a). O marco conceptual do COPSOQ está fundamentado numa amplitude de evidências científicas que implicam o modelo de exigência, controlo e apoio social de Karasek (1979), e inclui todas aquelas dimensões psicossociais que se consideram factores de risco relevantes (Kivimäki, 2002). Este instrumento é baseado no modelo de exigência e controlo, que tenta explicar o stress como consequência das elevadas exigências no trabalho e de um baixo apoio social (Kristensen et al., 2005a). O COPSOQ permite o estabelecimento de níveis de referência dos riscos psicossociais da população trabalhadora, permitindo a elaboração de estratégias preventivas e/ou remediativas (Moncada, 2008). Um estudo desenvolvido na Dinamarca revelou que o COPSOQ, através da identificação de factores psicossociais, permitiu efectuar um registo das causas do absentismo por doença entre os trabalhadores dinamarqueses (Rugulies et al., 2010).

1-Universidade de Aveiro; 2- Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa; 3-Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 4- Universidade de Coimbra.

Seguindo o exemplo dos vários países que utilizam o COPSOQ, pretende-se avaliar o impacto dos factores psicossociais na saúde e bem-estar no trabalho e verificar diferenças nos factores psicossociais ao nível do sexo e idade na população portuguesa activa, contribuindo neste sentido para o progresso científico nacional no campo da saúde ocupacional.

MÉTODO

Participantes

Participaram 3000 trabalhadores portugueses, com idades compreendidas entre os 19 e os 69 anos de idade, sendo 50,5% do sexo feminino. As características sociodemográficas da amostra estão descritas no Quadro 1. Os trabalhadores inquiridos provêm de diversos sectores profissionais, sendo as áreas da saúde e polícia as mais prevalentes. Relativamente às habilitações literárias, os sujeitos estudados apresentam habilitações entre o 1º ciclo (2,5%) e o doutoramento (4,2%), sendo o grau de licenciatura (36%) e secundário (26,3%) os predominantes.

Quadro 1. Características sociodemográficas e ocupacionais da amostra

Característica	Valor do Parâmetro
Número de Trabalhadores	3000
Mulheres	1516
Média Idade (DP)	39,3 (9,4)
Média Anos de trabalho (DP)	16,4 (9,7)
Casados (%)	58,6
Sectores Profissionais:	
Ensino (%)	9,7
Serviços e Comércio (%)	12,0
Saúde (%)	33,7
Administração Pública (%)	5,7
Polícia (%)	31,1
Outros (%)	7,8

Material

O *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), elaborado em 2000 pelo Professor Tage Kristensen inserido no Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga. Trata-se de um instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação de muitas das mais relevantes dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral. Este questionário, num formato recente reformulado em 2007 (COPSOQ II), compreende três versões distintas: uma versão longa para os investigadores, a versão média para os profissionais de saúde ocupacional e a versão pequena para utilização nos locais de trabalho (Kristensen *et. al.*, 2005a). Após a adaptação para a população portuguesa, a versão média do COPSOQ II ficou constituída por 76 itens, agrupados segundo 29 subescalas (Figura 1).

Versão Média COPSOQ II	Nº itens		Nº itens
EXIGÊNCIAS LABORAIS		INTERFACE TRABALHO-INDIVÍDUO	
Exigências quantitativas	3	Insegurança Laboral	1
Ritmo de trabalho	1	Satisfação laboral	4
Exigências cognitivas	3	Conflito Trabalho/Família	3
Exigências emocionais	1	VALORES NO LOCAL DE TRABALHO	
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E CONTEÚDO		Confiança vertical	3
Influência no trabalho		Confiança horizontal	3
Possibilidades de desenvolvimento	4	Justiça e respeito	3
Significado de trabalho	3	Comunidade social no trabalho	3
Compromisso face ao local de trabalho	3	PERSONALIDADE	
	2	Auto-eficácia	2
RELAÇÕES SOCIAIS E LIDERANÇA		SAÚDE E BEM-ESTAR	
Previsibilidade	2	Saúde Geral	1
Recompensas (reconhecimento)	3	<i>Stress</i>	2
Clareza do papel laboral desempenhado	3	<i>Burnout</i>	2
Conflitos de papéis laborais	3	Problemas em dormir	2
Qualidade da liderança	4	Sintomas Depressivos	2
Apoio social de superiores	3	COMPORTAMENTOS OFENSIVOS	4
Apoio social de colegas	3		
Número de subescalas			29
Número de questões			76

Figura 1. Subescalas e número de questões na versão média portuguesa do COPSOQ II

A maioria dos itens das várias subescalas é respondida numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (*1- Sempre a 5 – Nunca* ou *1- Extremamente a 5- Nada/quase nada*), com questões como: *Precisa trabalhar muito rapidamente?*; *Sabe exactamente quais as suas responsabilidades? Sente-se envolvido e motivado no seu trabalho?*. A análise da consistência interna das subescalas indicou alphas de Cronbach satisfatórios entre .61 (*Exigências cognitivas*) e .90 (*Qualidade da liderança*). Na versão média original os alphas de Cronbach variam entre .63 e .89 nas dimensões *Comunidade social no trabalho* e *Qualidade da liderança* respectivamente.

Procedimento

Cada trabalhador português, de várias instituições/empresas públicas e privadas, respondeu ao protocolo composto pelo consentimento informado e o instrumento em estudo (COPSOQ II versão média portuguesa). O retorno no formato de papel assumiu o valor de cerca de 15%, consumando uma amostra final de 3000 trabalhadores.

RESULTADOS

Estudo da relação entre os factores psicossociais e as subescalas de saúde e bem-estar.

Com vista a compreender se os homens e as mulheres se diferenciam ao nível dos factores psicossociais, saúde e bem-estar, realizámos testes-t, dividindo os trabalhadores por sexo. Verificámos

que os homens apresentam médias superiores¹ nas subescalas: *Influência no trabalho* ($t(2922)=6470$, $p=.000$, $M=3,03$ vs $M=3,24$), *Recompensas* ($U= 1022887.5$, $p=.007$, $M=2,29$ vs $M=3,35$), *Apoio superiores* ($t(2968)=3.882$, $p=.000$, $M=2,84$ vs $M=2,97$), *Comunidade no trabalho* ($t(2967)=7.263$, $p=.000$, $M=1,94$ vs $M=2,16$), *Qualidade da chefia* ($t(2943)=7.019$, $p=.000$, $M=2,42$ vs $M=2,66$), *Justiça e respeito* ($t(2950)=4.226$, $p=.000$, $M= 2,59$ vs $M=2,72$), *Auto-eficácia* ($t(2964)=3.258$, $p=.001$, $M=2,09$ vs $M=2,17$) e *Satisfação no trabalho* ($t(2950)=3.065$, $p=.002$, $M=2,64$ vs $M=2,72$), comparativamente às mulheres. Por outro lado, as mulheres manifestam mais *Ritmo de trabalho* ($t(2963)=-6.057$, $p=.000$, $M=2,69$ vs $M=2,91$), *Exigências emocionais* ($t(2971)=-8.918$, $p=.000$, $M=2,31$ vs $M=2,67$), *Insegurança laboral* ($t(2964)=-8.121$, $p=.000$, $M=2,85$ vs $M=3,28$), *Problemas em dormir* ($t(2971)=-4.317$, $p=.000$, $M=3,45$ vs $M=3,61$), *Burnout* ($t(2975)=-11.313$, $p=.000$, $M=3,07$ vs $M=3,46$), *Stress* ($t(2967)=-6.943$, $p=.000$, $M=3,15$ vs $M=3,38$) e *Sintomas depressivos* ($t(2969)=-3.860$, $p=.000$, $M=3,55$ vs $M=3,67$).

Factores psicossociais, saúde e bem-estar: comparação por sexos.

Factores psicossociais, saúde e bem-estar: comparação por idade.

Quadro 2. Correlações de *Pearson* entre os factores psicossociais e as variáveis de saúde e bem-estar avaliados no COPSQ II.

<i>Pearson Correlation</i>	Saúde Geral	Stress	Burnout	Problemas em dormir	Sintomas depressivos
Exigências quantitativas	-	.283**	.269**	.169**	.228**
Recompensas	.117**	-	-.253**	-.152**	-.303**
		.268**			
Comunidade social no trabalho	.143**	-	-.246**	-.155**	-.324**
		.273**			
Justiça e respeito	.096**	-	-.276**	-.150**	-.306**
		.283**			
Significado do trabalho	.205**	-	-.175**	-.140**	-.321**
		.232**			
Satisfação no Trabalho	.229**	-	-.285**	-.185**	-.363*
		.320**			
Conflito trabalho-família	-.039*	.401**	.457**	.302**	.324**

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

Este estudo pretendeu avaliar se os trabalhadores mais jovens se diferenciavam dos mais velhos em relação aos factores psicossociais, saúde e bem-estar. Para isso, realizámos testes-t a partir da mediana da idade ($Mdn = 38$ anos). Constatámos que os trabalhadores mais jovens (<38) pontuam mais nos factores *Exigências quantitativas* ($t(2890)=4.277$, $p=.000$, $M=3,41$ vs $M=3,54$), *Ritmo de trabalho* ($t(2909)=2.780$, $p=.005$, $M=2,75$ vs $M=2,85$), *Exigências cognitivas* ($t(2901)=2.034$, $p=.042$, $M=2,16$ vs $M=2,21$), *Conflitos de papéis laborais* ($t(2902)=2.973$, $p=.003$, $M=2,98$ vs $M=3,06$) e *Apoio de colegas* ($t(2921)=3.405$, $p=.001$, $M=2,51$ vs $M=2,61$) relativamente aos mais velhos. Por sua vez, os trabalhadores mais velhos (≥ 38) apresentam valores mais elevados nas subescalas *Influência no*

¹ Tendo em conta que a resposta aos itens obedece a uma escala de 1 – *Sempre* até 5 – *Nunca*, o valor de 1 é qualitativamente superior a 5, assim os valores das médias deverão ser interpretados segundo esta referênciação.

trabalho ($t(2870)=-4.215$, $p=.000$, $M=3,06$ vs $M=3,20$), *Transparência do papel* ($t(2906)=-5.138$, $p=.000$, $M=1,77$ vs $M=1,91$), *Recompensas* ($t(2894)=-2.365$, $p=.018$, $M=2,28$ vs $M=2,36$), *Comunidade no trabalho* ($t(2915)=-2.278$, $p=.023$, $M=2,01$ vs $M=2,08$), *Justiça e respeito* ($t(2899)=-2.321$, $p=.020$, $M=2,62$ vs $M=2,69$), *Significado do trabalho* ($t(2922)=-4.572$, $p=.000$, $M=1,92$ vs $M=2,04$) e *Problemas em dormir* ($t(2919)=-3.807$, $p=.000$, $M=3,46$ vs $M=3,61$).

Estudo de regressão: Factores psicossociais sobre a saúde, stress e burnout em contexto laboral

Quadro 3. Análise de regressão múltipla *stepwise* para os factores psicossociais (variáveis independentes) sobre a subescala **Saúde Geral** (COPSOQ II) (variável dependente)

<i>Preditores</i>	β	R^2	R^2 change	F change	p
Satisfação no trabalho	.168	.056	.056	158.316	.000
Significado do trabalho	.076	.064	.008	22.866	.002
Insegurança laboral	-.063	.069	.005	14.956	.001
Apoio dos colegas	.073	.073	.004	11.285	.000
Auto-eficácia	.071	.076	.003	8.657	.001
Justiça e Respeito	-.083	.079	.003	8.821	.001
Confiança horizontal	-.061	.082	.003	9.265	.002
Exigências cognitivas	.040	.083	.001	4.224	.040

Quadro 4. Análise de regressão múltipla *stepwise* para os factores psicossociais avaliados no COPSOQ II (variáveis independentes) sobre a subescala **Stress** (COPSOQ II) (variável dependente)

<i>Preditores</i>	β	R^2	R^2 change	F change	p
Conflito trabalho-família	.307	.169	.169	543.775	.000
Satisfação no trabalho	-.164	.241	.072	255.761	.000
Insegurança laboral	.114	.253	.012	44.794	.000
Exigências emocionais	.125	.266	.013	47.169	.000
Significado do trabalho	-.145	.279	.012	46.306	.000
Conflitos de papéis laborais	.074	.285	.007	24.422	.000
Confiança horizontal	.061	.289	.004	15.537	.000
Apoio dos colegas	-.066	.293	.003	12.389	.000
Compromisso com o local de trabalho	.052	.296	.002	6.514	.011

Quadro 5. Análise de regressão múltipla *stepwise* para os factores psicossociais avaliados no COPSOQ II (variáveis independentes) sobre a subescala **Burnout** (COPSOQ II) (variável dependente)

<i>Preditores</i>	β	R^2	R^2 change	F change	p
Conflito trabalho-família	.358	.209	.209	709.734	.000
Satisfação no trabalho	-.108	.261	.052	189.357	.000
Exigências emocionais	.153	.279	.018	65.742	.000
Insegurança laboral	.113	.293	.014	54.120	.000
Significado do trabalho	-.093	.300	.007	27.533	.000
Influência no trabalho	-.079	.305	.005	19.963	.000
Conflitos de papéis laborais	.059	.311	.005	21.110	.001
Justiça e respeito	-.045	.313	.002	8.574	.024
Ritmo de trabalho	.044	.314	.001	5.708	.012
Confiança horizontal	.041	.316	.001	5.606	.018

Dos resultados das análises de regressão, apurámos que, se considerarmos como variáveis independentes os factores psicossociais do COPSOQ II, o melhor predictor da Saúde Geral é a *Satisfação no trabalho*, contribuindo para explicar 5,6% da sua variância ($t=6.580$, $p=.000$). Por sua vez, o *Conflito trabalho-família* assume-se como o melhor predictor do Stress e do Burnout. A sua

contribuição singular é de 16,9% para a explicação da variância do Stress ($t=17.126$, $p=.000$) e de 20,9% da variância do Burnout ($t=19.527$, $p=.000$).

DISCUSSÃO

Os resultados do nosso estudo revelam a existência de uma relação positiva significativa entre os factores psicossociais avaliados no COPSOQ II e as dimensões de saúde e bem-estar avaliadas no mesmo instrumento. Concretamente, o estudo indica que mais exigências quantitativas e conflito trabalho-família se associam a níveis mais elevados de *stress*, *burnout*, problemas em dormir e sintomas depressivos. Por outro lado, as recompensas, comunidade social no trabalho, justiça e respeito, significado do trabalho e satisfação neste contexto, apresentam uma relação positiva significativa com a saúde geral auto-avaliada e uma associação negativa com o *stress*, *burnout*, problemas em dormir e sintomas depressivos. As associações encontradas neste estudo vão de encontro ao esperado (Kristensen et al., 2005), revelando o impacto das variáveis psicológicas e sociais inerentes à organização e conteúdo do trabalho na saúde e bem-estar percebido do trabalhador (Karasek, 1979; Kivimäki, 2002). Adicionalmente, a presente investigação revela diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ao nível das dimensões psicossociais no trabalho. Foi possível constatar, através de análises de *testes-t*, que os homens revelam ter mais influência no trabalho, recompensas, apoio dos superiores, sentido de comunidade no trabalho, qualidade da chefia, justiça e respeito, auto-eficácia e satisfação no trabalho que as mulheres. Já as trabalhadoras, pontuam mais nas dimensões ritmo de trabalho, exigências emocionais, insegurança laboral, problemas em dormir, *stress*, *burnout* e sintomas depressivos. Estes resultados demonstram uma distinção entre os sexos com claro prejuízo das mulheres no que concerne ao bem-estar ocupacional. De facto, as mulheres pontuam em média mais que os homens nas dimensões psicossociais consideradas de risco para a saúde e capacidade para o trabalho, para além de apresentarem índices de saúde inferiores. A literatura é consensual no que concerne à superior capacidade para o trabalho no sexo masculino (Costa & Santori, 2007; Rotenberg et al., 2008; Silva et al., 2000), e tendo em conta as diferenças apontadas neste estudo, podemos estar perante alguns dos factores que sustentam esta realidade. Paralelamente, os riscos psicossociais também assumem formas distintas consoante a idade do trabalhador. Neste estudo, verificámos, através de *testes-t*, que os trabalhadores mais jovens manifestam mais exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências cognitivas, conflito de papéis laborais e apoio de colegas que os trabalhadores mais velhos. Ou seja, os mais jovens apresentam maior carga e ritmo de trabalho, mais ambiguidade nos papéis laborais desempenhados mas também mais confiança nos colegas. Estes dados podem ser explicados tendo em conta a sua menor idade (e eventual menor experiência) e portanto, melhor condição física e menos estatuto profissional, contribui para que lhes seja exigido mais em termos de carga de trabalho em menor tempo de

execução, aliado à falta de objectivos claros no trabalho. Por seu turno, os trabalhadores mais velhos manifestam mais influência no trabalho, transparência do papel laboral desempenhado, recompensas, comunidade social no trabalho, justiça e respeito, significado do trabalho e problemas em dormir. Efectivamente, estes não são resultados surpreendentes. Na realidade laboral portuguesa, é reconhecido que o aumento da idade/experiência do trabalhador acarreta tendencialmente uma maior responsabilidade nas funções desempenhadas e percepção de influência, associada muitas vezes a cargos mais elevados na hierarquia organizacional. Outro objectivo deste estudo, remetia para a avaliação do contributo das variáveis psicossociais na predição da saúde e bem-estar em contexto laboral. Pudemos averiguar, através de análises de regressão, que a dimensão psicossocial que melhor prediz a percepção de saúde geral dos trabalhadores é a satisfação no trabalho, explicando 5,6% da variância da saúde geral. Por outro, o conflito trabalho-família apresenta-se neste estudo como o melhor preditor tanto do *stress* como do *burnout*, contribuindo para a explicação de 16,9% e 20,9% da variância respectiva de cada uma destas dimensões.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, as desvantagens inerentes ao uso de instrumentos de auto-resposta. Para além disto, salienta-se a constituição e características da amostra, concentrada em alguns sectores profissionais específicos e com um número elevado de licenciados, o que poderá dificultar a replicação das conclusões acerca das relações entre factores psicossociais, saúde e bem-estar na população portuguesa. Investigações futuras são necessárias, sendo importante a replicação deste estudo a amostras mais equiparáveis, a nível de sectores profissionais e profissões, assim como o recurso a outros métodos de avaliação (p.ex.: entrevistas). Além disso, seria importante desenvolver estudos longitudinais para averiguar até que ponto, e de que modo, o risco psicossocial influencia a saúde e capacidade para o trabalho.

Em suma, os resultados deste estudo permitem compreender o porquê do interesse crescente dedicado ao estudo dos riscos psicossociais no trabalho e a importância da intervenção preventiva e remediativa neste domínio.

REFERÊNCIAS

- Costa, G., & Santori, S. (2007). Ageing, working hours and work ability. *Ergonomics*, 50(11), 1914-1930.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial_Gonzalez, E. (2000). *A investigação sobre o stress no trabalho*. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias: Luxemburgo.
- European Commission (2000). Guidance on work-relates stress: spice of life or kiss of death? Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Karasek, R. (1979). Job demands, Job decision latitude and mental strain: implications for Job re-design. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vathera, J., Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325 (19), 1-5.
- Kristensen, T., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005a). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438-449.
- Kristensen, T., Smith-Hansen, L., & Jansen N.(2005b). A systematic approach to the assessment of the psychological work environment and the associations with family work conflict. In: S. Bianchi, L. Casper, R. King. (eds.). *Work, family, health and well-being*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moncada, L., Serrano, C., Coromina, A., Camps, A., & Gine, A. (2008). Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): valores de referencia de las 21 dimensiones del cuestionario COPSOQ ISTAS21. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 667-675.
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2006). Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 3,1-14
- Rugulies, R., Aust, B., & Pejtersen, J. (2010). Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark? *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 42-50.
- Rotenberg, L., Fernandes Portela, B., Banks, R., Harter Griep, R., Fischer, F., & Landsbergis, P. (2008). A gender approach to work ability and its relationship to Professional and domestic work hours among nursing personal. *Applied Ergonomics*, 39, 646-652.
- Schmitt, N., Fuchs, A. & Kirch, W. (2008). Mental health disorders and work-life balance. In A., Linos & W. Kirch (eds.). *Promoting health for working women*. Springer: New York.
- Shain M., & Kramer, D.M. (2004) Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 61(7), 643-648.
- Silva, C., Silvério, J., Nossa, P., Rodrigues, V., Pereira, A., & Queirós, A. (2000). Envelhecimento, ritmos biológicos e capacidade laboral – versão portuguesa do Work Ability Index (WAI). *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(5), 329-339.
- Tabanelli, M., Depolo, M., Cooke, R., Siarchielli, G., Bonfiglioli, R., Mattioli, S., & Violante, F. et al. (2008). Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82,1-12.

DETERMINANTES COGNITIVOS PARENTAIS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL - UMA ÁREA DE INTERVENÇÃO EM CRIANÇAS PRÉ- ESCOLARES

GRAÇA ANDRADE

A obesidade infantil é considerada desde 2000 pela OMS como a pandemia do século XXI, com consequências graves na saúde atual e futura das populações.

Desde há muito que os modelos ecológicos têm vindo a chamar atenção para as diferentes dimensões envolvidas (*e.g.*, individuais, sociais, políticas), nas quais se integram um número significativo de determinantes, que interagindo entre si, influenciam o peso da criança. O modelo de Davinson e Birch (2001) propõe a integração dos determinantes em 3 sistemas: (1) o social/comunitário/demográfico onde se incluem fatores como características sociodemográficas, programas escolares de educação física, refeições escolares, horas de trabalho dos pais e acessibilidade dos locais de lazer, restaurantes e locais de compra de alimentos; (2) o relacionado com os estilos parentais e características familiares, onde se incluem o conhecimento nutricional, as práticas parentais relacionadas com a alimentação, preferências e hábitos alimentares dos pais, entre outros; (3) os determinantes relacionados com a criança, onde se diferenciam variáveis moderadoras (*i.e.*, susceptibilidade familiar ao ganho de peso, a idade e sexo da criança) e determinantes (*i.e.*, dieta, nível de actividade física e comportamento sedentário).

Embora este modelo seja uma abordagem abrangente apresenta algumas limitações. Os determinantes propostos não incluem aspectos mais latos como as políticas nacionais e locais relacionadas com a alimentação, os sistemas de produção, a distribuição e publicidade alimentar que, entre outros, são geralmente integrados no macrosistema dos modelos ecológicos e influenciam, mesmo que indirectamente, o comportamento na infância. Ao nível das características da criança, os autores englobam as preferências alimentares na dieta e não o consideram um determinante específico, apesar da sua influência a curto e longo prazo nas escolhas alimentares da criança (Contento & Michela, 1999). Ainda relativo às características individuais, não são referidos no modelo o grau de neofobia nem os sistemas de auto-regulação, que podem ser determinantes na dieta da criança (Falciglia *et al.*, 2000; Johnson, 2000).

Relativamente às características da família estão ausentes as variáveis psicológicas, em particular as cognitivas como, por exemplo, a auto-eficácia parental para levar a cabo mudanças alimentares da criança, a percepção de controlo parental sobre a alimentação dos filhos, a preocupação com o peso e ainda a percepção de peso da criança.

Um outro modelo proposto por Story, Neumark-Sztainer e French (2002) que visa explicar o comportamento alimentar dos adolescentes, segue de perto os níveis proposto no modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979): individual-intrapessoal, social - interpessoal, ambiente físico e macrosistema, incluindo alguns dos determinantes ausentes no modelo de Davison e Birch. Concomitantemente, associa à conceptualização ecológica a teoria de cognição social, integrando no nível individual fatores psicológicos, quer cognitivos quer comportamentais. Contudo este modelo não permite uma transposição directa para a infância. Assim, no presente trabalho propõe-se um modelo que integra as perspectivas ecológicas e da teoria da cognição social e se adapta ao contexto da infância (figura 1). Este modelo inclui a maioria dos factores explicativos validados por trabalhos de investigação. Assumindo que o IMC da criança é resultado dos comportamentos alimentares e de actividade física, resultando estes da interacção bidirecional de vários factores, os quais se agrupam de um modo semelhante ao proposto pelo modelo ecológico de desenvolvimento de Bronfenbrenner, dando relevância ao micro sistema familiar. Porém incluem-se também determinantes individuais (cognitivos, comportamentais e orgânicos), quer a nível da criança quer a nível da família, que reflectem a importância do vasto corpo de investigação nesta área. O modelo proposto assume e integra conceitos da teoria da cognição social como a interacção recíproca (*i.e.*, determinismo recíproco) entre os vários sistemas e determinantes, auto-eficácia parental, expectativas sobre barreiras e eficácia de estratégias disponíveis, modelagem e significados pessoais sobre o comportamento (e.g., crenças parentais).

O macro e exosistema, referem-se a contextos que influenciam a criança mas com os quais ela não interage directamente. A sua influência provém do sistema social alargado onde a criança e a família se inserem como a comunidade em que vive (exosistema), e da organização das instituições sociais e das ideologias existentes na sociedade e que se traduzem nos sistemas económicos e políticos (macrosistema).

Todos os modelos integradores de determinantes dos comportamentos de saúde têm associados fortes dificuldades metodológicas para testar a sua validade. A multiplicidade de variáveis torna inviáveis estudos que as englobem simultaneamente. Por outro lado a integração de níveis tão diferenciados implica metodologias diversas e mesmo provenientes de diferentes ciências (e.g., estudo do efeito das preferências alimentares da criança e das políticas de saúde). Por estas razões a maioria dos estudos de psicologia da saúde sobre comportamento alimentar infantil centram-se na influência de algumas variáveis de um dos microsistemas e/ou das características da própria criança. Assim, no presente trabalho focar-se-á a influência das variáveis cognitivas parentais no IMC e comportamentos

alimentares da criança, através da análise dos estudos existentes nesta área e também de dois estudos realizados pela autora. As variáveis cognitivas parentais consideradas são a percepção de peso da criança, a preocupação com o peso e a auto-eficácia percebida para mudança de comportamentos alimentares dos filhos.

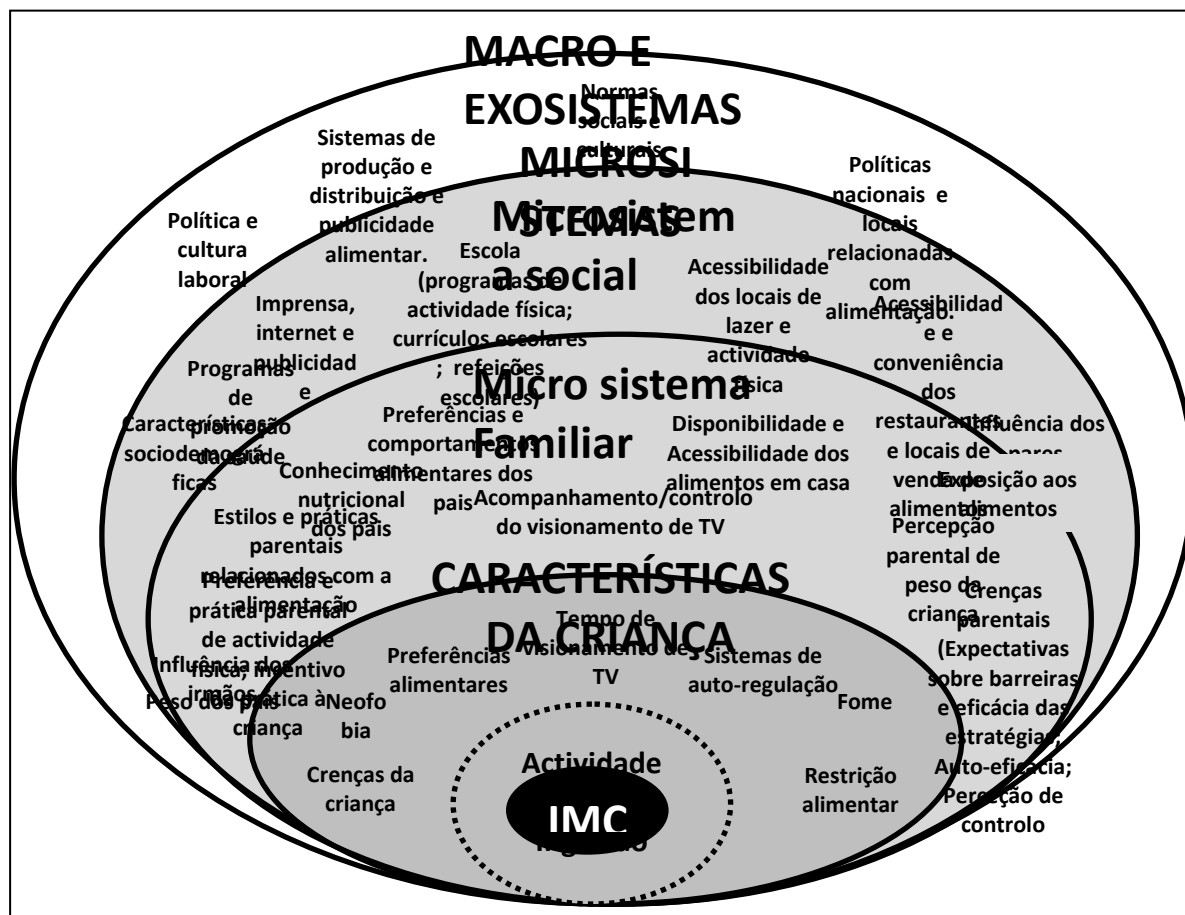


Figura 1- Modelo de preditores do excesso de peso infantil

Percepção parental do peso da criança

Está amplamente confirmado que os pais das crianças com excesso de peso (EP) tendem a perceber os seus filhos como tendo peso normal, o que não acontece com os pais das crianças normoponderais. Num estudo realizado pela autora (Andrade, Barros & Ramos, 2010) com 231 pais e crianças pré-escolares da zona norte de Loures cerca de 94,4% dos pais de crianças com pré-obesidade e 86,1% dos pais de crianças obesas consideravam que os filhos tinham peso normal para a idade e altura. Estes resultados não diferem dos de outros estudos para a população portuguesa (Gomes *et al.*, 2010).

A partir da meta-análise realizada por Towns e D'Auria (2009) conclui-se que não está ainda clara a relação da percepção de peso com as variáveis sociodemográficas dos pais e das crianças, à excepção de que os pais das crianças mais novas com EP tendem a subavaliar mais frequentemente o peso dos

seus filhos. A subestimação de peso é claramente atenuada quando os pais avaliam outras crianças (Warschburger & Kröller, 2009).

Alguns estudos apontam para que a aquisição de uma percepção mais correcta do peso aumenta a intenção de mudança de comportamentos dos pais das crianças com EP (Davis *et al.*, 2005) e determina mudanças efetivas na alimentação da criança (Grimmett *et al.*, 2008).

Torna-se necessário conhecer melhor os processos cognitivos relacionados como a percepção parental de peso, bem como a realização de mais estudos que confirmem que a mudança para uma percepção correcta gera alterações adequadas nas práticas parentais relacionadas com a alimentação da criança.

Preocupação com o peso da criança e percepção parental de peso

Moore e Harris (2011) encontraram uma relação entre o IMC mais elevado da criança e a preocupação parental com o peso do filho. Contudo outros estudos não apresentam resultados semelhantes (Etelson *et al.*, 2003). Os pais das crianças com EP parecem estar mais preocupados que a criança venha a ter EP no futuro, do que com o peso actual (Campbell *et al.*, 2006), o que poderá indicar que alguns pais lidam com a situação fazendo um adiamento do problema, ou não associam o EP na infância a riscos para a saúde. No estudo já referido realizado pela autora não se encontraram diferenças significativas no grau de preocupação parental com o peso actual em função do IMC da criança, embora a percentagem de pais que se preocupam mais frequentemente seja maior quando a criança tem peso normal (50,4%) do que quando tem EP (39,4%).

Alguns estudos têm tentado analisar a preocupação parental associada à percepção de peso, mas também com resultados divergentes. Alguns estudos indicam que os pais de crianças com EP que subavaliam o peso têm menor probabilidade de estarem preocupados com o peso da criança do que aqueles que reconhecem o EP (Tschamler *et al.*, 2010). Num outro estudo não se encontraram diferenças significativas na preocupação parental em função da percepção de peso da criança (Eckstein, 2006). No estudo da autora com pais de crianças pré-escolares a percepção parental de peso revelou uma associação positiva com a percepção de controlo parental sobre o comportamento alimentar da criança ($\chi^2=6,176$; $p=0,046$) mas não com a preocupação parental.

Dada a heterogeneidade de resultados torna-se necessário estudar a possibilidade de outras variáveis mediar a relação entre a preocupação dos pais quer com a percepção de peso quer com o IMC da criança. Parecem particularmente indicados os estudos qualitativos que se adequam ao conhecimento dos processos cognitivos de preocupação e distorção de peso por parte dos pais.

Auto-eficácia parental

A auto-eficácia é um construto fundamental da teoria da cognição social de Bandura. A combinação entre as barreiras percebidas e as competências e recursos que o indivíduo avalia como

disponíveis são um aspecto fundamental para a avaliação da auto-eficácia. O conceito de barreiras percebidas, presente no Modelo de Crenças de Saúde, tem sido amplamente associado ao processo de mudança de comportamentos de saúde, e em particular ao comportamento parental relacionado com a alimentação da criança (Becker, Maiman, Kirscht, Haefner, & Drachman, 1977). Um estudo de West e Sanders (2009) avaliou pais de crianças obesas e normoponderais, concluindo que estes apresentam níveis mais elevados de auto-eficácia.

A comunicação entre os pais e o médico parece estar também associada à percepção de auto-eficácia parental (Taveras *et al.*, 2009), em particular o facto de o médico discutir com os pais o seu grau de prontidão para a mudança dos hábitos alimentares da criança.

No estudo desenvolvido pela autora a auto-eficácia parental (i.e., capacidade percebida pelos pais de serem capazes de mudar os comportamentos alimentares dos seus filhos) não apresentou qualquer relação com os comportamentos alimentares e o IMC da criança.

Num outro estudo realizado pela autora em que foram entrevistados 40 pais de crianças normoponderais dos 7 meses aos 12 anos e em que se avaliaram as barreiras percebidas a uma alimentação saudável e a eficácia das estratégias de confronto que os pais utilizavam, conclui-se que 41% das estratégias utilizadas são avaliadas como tendo uma eficácia total, 38,4% como sendo parcialmente eficazes e 20,6% eram consideradas como tendo resultados nulos ou negativos. Os pais das crianças mais novas (7- 12 meses) consideram que as estratégias utilizadas são totalmente eficazes em 48% das barreiras referidas, enquanto no grupo do 10-12 anos esta percentagem desce para 25,4%. Assim conclui-se que a eficácia percebida embora não seja baixa diminui ao longo do crescimento da criança.

CONCLUSÃO

Das variáveis cognitivas abordadas a percepção de peso é a que tem uma relação mais forte com o IMC da criança, sendo que a maioria dos pais das crianças com EP subavalia o peso do seu filho. Várias hipóteses têm sido colocadas para explicar este fenómeno. Os pais poderão não querer estigmatizar os seus filhos e por isso, quando inquiridos, evitam classificá-los com tendo EP. A subavaliação de peso pode também reflectir uma fuga ao sentimento de culpabilização ou preocupação com o peso da criança, principalmente se sentirem pouco capazes de fazer alterações significativas nos comportamentos alimentares da criança. Esta distorção poderá também reduzir a pressão para impor restrições alimentares à criança, as quais geram em alguns pais emoções negativas difíceis de ultrapassar (Steinsbekk, Ødegård e Wichstrøm, 2011). A comunicação entre os profissionais de saúde e os pais pode ser também um aspecto relevante neste processo. A ausência de uma discussão com o pediatra sobre o peso da criança parece ser um forte preditor da distorção de peso tanto em pais de crianças normoponderais como com EP (Hernandez, Cheng, Serwint, 2010). A subestimação de peso

poderá também ser influenciada pela elevada prevalência de EP infantil, criando assim uma noção de “normalidade” das crianças com peso excessivo. Este contexto pode potenciar o optimismo irrealista dos pais (Young-Hyman, 2000), os quais na maior parte dos casos, não se confrontam ainda com sintomas ou doenças dos seus filhos associados ao peso.

Existem ainda poucos estudos sobre a auto-eficácia e a preocupação parental com o peso, os quais apresentam resultados heterogéneos, sendo necessário um maior número de estudos para determinar a influência destas variáveis nos comportamentos alimentares e IMC da criança. É também fundamental o desenvolvimento de estudos qualitativos, que permitem uma melhor compreensão destes processos cognitivos e da sua interacção.

REFERÊNCIAS

- Andrade, G., Barros, L., & Ramos, R. (2010). *Accuracy of parental perception of child's weight status: A requirement to change the child's eating habits?* Comunicação apresentada na 24th European Health Psychology Conference, Cluj-Napoca, Roménia.
- Becker, M.H., Maiman, L., Kirscht, J., Haefner, D.P., & Drachman, R.H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 348-366.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Campbell, M.W.-C., Williams, J., Hampton, A., & Wake, M. (2006). Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *Medical Journal of Australia*, 184, 274-277.
- Contento, I. R., & Michela, J. L. (1999). Nutrition and Food Choice Behavior Among Children and Adolescents. In A. Goreczny & M. Hersen (eds.), *Handbook of Adolescent Health Psychology*. Needham Heights, Ma: Allyn & Bacon.
- Davis, R.K., Rhee, K.E., De Lago, C.W., Arscott-Mills, T., & Mehta, S.D. (2005). Children Factors Associated With Parental Readiness to Make Changes for Overweight. *Pediatrics*, 116(1), 94-101.
- Davison K.K., & Birch, L.L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations. *Obesity Review*, 2(3), 159-171.
- Eckstein, K.C., Mikhail, L.M., Ariza, A.D., Thomson, J.S., & Binns, H.J., (2006). Parents' Perceptions of Their Child's Weight and Health. *Pediatrics*, 117 (3), 681-690.
- Etelson, D., Brand, D.A., Patrick, P.A., & Shirali, A. (2003). Childhood Obesity: Do Parents Recognize This Health Risk? *Obesity Research*, 11(11), 1362-1368.

- Falciglia, G., Couch, S.C., Gribble, L.S., Pabst, S.M., Frank, R. (2000). Food Neophobia in Childhood Affects Dietary Variety. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(12), 1474-1481.
- Gomes, S., Espanca, R., Gato, A., & Miranda, C. (2010). Obesidade em idade pré-escolar – cedo demais para pesar demais! *Acta Medica Portuguesa*, 23(3), 371-378. Retrieved from www.actamedicaportuguesa.com.
- Grimmett, C., Croker, H., Carnell, S., & Wardle, J. (2008) Telling Parents Their Child's Weight Status: Psychological Impact of a Weight-Screening Program. *Pediatrics*, 122, 682-688.
- Hernandez, R. G., Cheng, T.L., & Serwint, J.R. (2010). Parents' Healthy Weight Perceptions and Preferences Regarding Obesity Counseling in Preschoolers: Pediatricians Matter. *Clinical Pediatrics*, 49(8), 790-798. doi: 10.1177/0009922810368288
- Johnson, S. (2000). Improving Preschoolers' Self-Regulation of Energy Intake. *Pediatrics*, 106(6), 1429-1435. doi:10.1542/peds.106.6.1429.
- Moore, L.C., & Harris, C.V. (2011). Exploring the Relationship Between Parental Concern and the Management of Childhood Obesity. *Maternal Child Health Journal*, 19. doi 10.1007/s10995-011-0813-x.
- Steinsbekk, S., Ødegård, R., & Wichstrøm, L. (2011). Treatment of obesity in children: Parent's perceived emotional barriers as predictor of change in body fat. *Obesity Research & Clinical Practice*, 5, e229-e238. doi:10.1016/j.orcp.2011.03.001.
- Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescents eating behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, Sup. 112(3), S40-S51.
- Taveras, E.M., Mitchell, K., & Gortmaker, S.L. (2009). Parental Confidence in Making Overweight-Related Behavior Changes. *Pediatrics*, 124(1), 151-158. doi:10.1542/peds.2008-2892.
- Tschamler, J.M., Conn, K.M., Cook, S.R., Halterman, J.S. (2010). Underestimation of Children's Weight Status: Views of Parents in an Urban Community. *Clinical Pediatrics*, 49(5), 470-476.
- Towns, N., & D'Auria, J. (2009). Parental perceptions of their child overweight: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 115-130.
- Young-Hyman, Heman, L.J., Scott, D.L., & Schlundt, D.G. (2000). Care Giver Perception of Children's Obesity-Related Health Risk: A Study of African American Families. *Obesity Research*, 8(3) 3, 241-248.
- Warschburger, P., & Kröller, K. (2009). Maternal Perception of Weight Status and Health Risks Associated With Obesity in Children. *Pediatrics*, 124, 60-68.
- West, F., & Sanders, M.R. (2009). The Lifestyle Behaviour Checklist: A measure of weight-related problem behaviour in obese children. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4, 266-273.

QUALIDADE DE VIDA, DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV: ESTUDO EXPLORATÓRIO

DIANA ARRAIOL & LUIZA NOBRE LIMA

Sida é a abreviatura para “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”. É uma doença viral, infecciosa e fatal, identificada pela primeira vez nos Estados Unidos em 1981 (Guerra, 1998), que afecta também crianças e adolescentes, na sua maioria infectados com o vírus HIV por via materna (transmissão vertical) através do útero, no parto ou através da amamentação (Klunklin & Harrigan, 2002). Apesar de a Sida ser uma doença mortal, o aparecimento de medicamentos antiretrovirais (década de 90) tem conduzido a uma melhoria significativa nas condições de saúde das crianças e adolescentes infectados pelo HIV, o que se tem traduzido em ganhos no seu processo de desenvolvimento e na sua qualidade de vida (Brown & Lourie, 2000; Thorne et al, 2002). Mas se os tratamentos através dos antiretrovirais estão cada vez mais a oferecer uma melhor qualidade de vida, no que concerne à saúde mental, as crianças e adolescentes que vivem com HIV estão sujeitos a problemas neurológicos e psicológicos, devido à variedade de fármacos que consomem por dia (Brouwers, Wolters & Civitello, 1998 in New, Lee & Elliot, 2007). Alguns estudos indicam que estas crianças e adolescentes apresentam mais problemas de aprendizagem e dificuldades de atenção (Brouwers et al, 1998), bem como problemas comportamentais e défices cognitivos (Armstrong, Seidel & Sxales, 1993). Perante esta realidade, foi objectivo deste estudo avaliar a qualidade de vida, o desenvolvimento cognitivo e o comportamento de crianças e adolescentes portadores de HIV, bem como estudar a relação entre estas variáveis.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 8 crianças e 7 adolescentes, seleccionados da consulta de doenças infecciosas do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), com idades compreendida entre os 8 e os 18 anos (M=11.73; DP=3.43).

Do total de sujeitos, 11 são do sexo masculino e apenas 4 são do sexo feminino. Encontram-se todos a frequentar o ensino básico (10 no 1º ciclo, 2 no 2º e 3 no 3º ciclo).

Material

Kidscreen (Gaspar & Matos, 2006) - questionário de auto-resposta, para crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade que mede a saúde geral associada à qualidade de vida (The Kidscreen Group Europe, 2006). A sua abordagem conceptual defende a inclusão de dez dimensões: Saúde e Actividade Física; Sentimentos; Estado de Humor Global; Auto-percepção (Sobre si próprio); Autonomia/Tempo Livre; Família e Ambiente Familiar; Questões Económicas; Amigos (Relações interpessoais de apoio social); Ambiente Escolar e Aprendizagem e Provocação (Bullying).

Inventário de Competências Sociais e de Problemas do Comportamento em Crianças e Adolescentes (ICCP) – versão portuguesa do Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991: Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994) - Este inventário pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento de crianças e adolescentes, dos 7 aos 16 anos de idade, tal como são percebidos pelos pais. Os itens estão agrupados por 9 factores, sendo eles: Oposição/Imaturidade, Agressividade, Hiperactividade/Problemas de Atenção, Depressão, Problemas Sociais, Queixas Somáticas, Isolamento, Ansiedade e Obsessivo/Esquizóide.

Inventário de Problemas do Comportamento para Crianças e Adolescentes (YSR) – versão portuguesa do Youth Self Report (Achenbach & Edelbrock, 1991: Fonseca & Monteiro, 1999). - Este inventário é uma versão de auto-resposta do instrumento anterior, que só foi preenchido pelos adolescentes. Os itens estão agrupados por 8 factores, sendo eles: Comportamento Agressivo, Delinquência, Ansiedade/Depressão, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Queixas Somáticas, Isolamento e Problemas Sociais. Este inventário

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III) (Wechsler, 2003) - Instrumento clínico de administração individual que avalia a inteligência de crianças com idades compreendidas entre os 6 anos e os 16 anos e 11 meses. É possível obter, entre outros indicadores, um Quociente de Inteligência da Escala Completa QIEC), um Quociente Intelectual de Realização (QIR) e um Quociente Intelectual Verbal (QIV).

Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – Terceira Edição (Wechsler Adult Intelligence Scale - Third Edition, WAIS-III) - Proporciona uma boa medida do desempenho intelectual individual de pessoas com idades compreendidas entre os 16 e 89 anos (Wechsler, 1999). Fornece os mesmos indicadores do que a WISC.

Procedimentos

Foi pedido uma autorização formal à direcção do HPC, e posteriormente solicitada a colaboração aos sujeitos, tendo os pais / cuidadores assinado um consentimento informado.

RESULTADOS

Qualidade de Vida

Os resultados apresentados no quadro 1 correspondem às médias obtidas, pelos sujeitos da amostra, na avaliação da sua qualidade de vida.

Quadro 1 - Média e desvio-padrão da qualidade de vida de crianças e adolescentes (N15)

Qualidade de Vida	M (DP)
Qualidade de Vida Geral	74.30 (33.32)
Saúde e actividade física	70.12 (17.29)
Sentimentos	84.60 (15.37)
Estado de humor geral	84.66 (16.67)
Sobre ti próprio	57.52 (13.73)
Tempo livre	92.52 (14.19)
Família, ambiente familiar e vizinhança	82.93 (14.52)
Questões económicas	60.00 (20.86)
Amigos (as)	90.83 (15.13)
Ambiente escolar e aprendizagem	81.27 (16.17)
Provocação	86.67 (12.38)

Verifica-se uma média de 74.3 na qualidade de vida em geral, o que demonstra que, de uma forma generalizada, as crianças e adolescentes com HIV apresentam uma qualidade de vida geral moderada alta. Atendendo às dimensões deste constructo, os resultados apontam para uma melhor qualidade de vida na dimensão “Tempo Livre”, mostrando que, de um modo geral, as crianças e adolescentes sentem autonomia para participar em actividades sociais, sentem-se livres para decidir, independentes e autónomos. Jones (2001), num estudo realizado sobre crianças com HIV, relata que a discriminação, seja ela social, política ou económica, dirigida às crianças e adolescentes nesta condição, depende muito do contexto onde se inserem. Assim, num contexto onde esta população se sinta mais integrada e acolhida pelo meio envolvente, ela irá ter mais sentido de iniciativa e independência. A dimensão que pontuou mais baixo, “Sobre ti próprio”, sugere que a amostra geral demonstra níveis mais baixos de qualidade de vida em relação à sua aparência e auto-estima. Este resultado é concordante com os resultados de um estudo de Jones (2001), onde as crianças e adolescentes com HIV apresentaram dificuldades em ajustar as mudanças sofridas na sua imagem corporal devido à sua condição de saúde.

Neste estudo também foram avaliados os domínios específicos, separadamente, das crianças e adolescentes em relação à qualidade de vida por eles percebida. Apenas foram encontrados resultados com significado estatístico na dimensão “Amigos (as)” ($U=6.00$; $p=.010$) e “Ambiente escolar e

aprendizagem” ($U=10.5$; $p=.042$), com as crianças a apresentar valores médios superiores quando comparadas com os adolescentes. Podemos então assumir que as crianças se sentem mais capazes, a nível cognitivo, e mais satisfeitas na sua relação com os pares e professores do que os adolescentes.

Desenvolvimento Cognitivo e sua relação com a qualidade de vida

No que concerne ao desenvolvimento cognitivo das crianças e adolescentes com HIV, através dos resultados podemos concluir que tanto as crianças como os adolescentes apresentam resultados abaixo da média esperada para a sua idade cronológica. Um estudo de Melvin e Biggs (2009), verificou a existência de um défice no desenvolvimento cognitivo em crianças infectadas com HIV, sugerindo que existem alguns factores orgânicos que aumentam a vulnerabilidade desta dimensão do desenvolvimento. Consta-se que estas crianças e adolescentes não têm, muitas vezes, condições de ir com assiduidade as aulas devido à sua condição de saúde. É de frisar, que aquando da sua avaliação, estas crianças e adolescentes relatavam o facto de terem que se deslocar muitas vezes até Coimbra para a consulta, inclusive muitos deles ficavam internados durante um determinado período de tempo. Alguns ainda relatavam o facto de que em determinadas alturas se sentiam menos bem, daí terem que ficar em casa e não poderem ir à escola. Todos estes factores podem concorrer para explicar esse défice. Por muito que hoje em dia esta população consiga ter uma melhor qualidade de vida, em grande medida devido aos medicamentos antiretrovirais, existem outros factores importantes e determinantes que podem condicionar o seu desenvolvimento e a própria percepção da sua qualidade de vida.

Não foram encontradas relações com significado estatístico entre o desenvolvimento cognitivo das crianças e adolescentes com HIV e a auto-percepção da sua qualidade de vida.

Comportamento e sua relação com a qualidade de vida

A qualidade de vida e o funcionamento psicossocial em crianças e adolescentes infectadas pelo HIV é razoavelmente boa (Das, Mukherjee¹, Lodha¹ & Manju Vatsa, 2010). Neste estudo, ao analisarmos os resultados verifica-se que tanto o comportamento das crianças e adolescentes com HIV relatado pelos pais (CBCL), como o comportamento relatado pelos próprios adolescentes (YSR) estão dentro dos parâmetros considerados normais, o que contraria algumas das investigações feitas neste campo (Forehand et al. 1998; Gaughan et al. 2004; Brouwers et al. 1998; Fundaro et al. 1998; Bachanas et al. 2001; Havens, Mellins, e Pilowsky, 1996), apesar de encontrarmos um estudo com uma amostra de 41 crianças com HIV, em que apenas 3 apresentavam disfunção psicossocial identificada pelo *Pediatric Symptom Checklist*, o que indica, de um modo geral, a inexistência de problemas psicossociais no grupo HIV, relatados pelos pais (Lofstad, Reinfjell, Hestad, & Diseth, 2008).

Apesar dos nossos resultados não identificarem nenhum comportamento disfuncional nas crianças e adolescentes com HIV, foram encontradas associações negativas e significativas entre a qualidade de vida e o comportamento nesta população ($p<0.5$). Quanto melhor avaliarem a sua saúde e actividade física, menor serão os problemas sociais e quanto melhor se percepcionarem em termos de estado de humor geral”, menos

comportamentos de hiperactividade/atenção e depressão serão exibidos ($p < 0.5$). Verifica-se que quanto melhor for a relação destas crianças e adolescentes com o seu grupo de pares, menor serão os comportamentos de agressividade e hiperactividade/atenção ($p < 0.5$). Quanto maior qualidade de vida na dimensão “Ambiente escolar e Aprendizagem” ($p < 0.5$) e “Provocação” ($p < 0.1$), menor serão os comportamentos agressivos por parte destas crianças e adolescentes.

Quanto aos resultados obtidos nas correlações entre a qualidade de vida e o comportamento relatados pelos pais verifica-se igualmente algumas associações negativas com significado estatisticamente significativo ($p < 0.5$). Em relação às dimensões “Hiperactividade/Atenção” ($p < 0.5$) e “Depressão” ($p < 0.1$), quanto maior estes comportamentos menor será a qualidade de vida destes sujeitos. Quanto maior for a pontuação na dimensão “Sentimentos” menor serão os comportamentos de depressão ($p < 0.5$) e quanto à dimensão “Estado de Humor Geral”, quando maior for, menor serão os comportamentos de hiperactividade/atenção” ($p < 0.5$), depressão ($p < 0.1$) e comportamento geral ($p < 0.5$).

Os medicamentos e as consultas da criança têm de fazer parte da vida quotidiana, apesar de, muitas vezes, exigirem grandes adaptações e levantarem tensões nas relações e rotinas familiares. Entre as mudanças de comportamento necessárias, as pessoas que cuidam da criança devem tentar manter perante ela uma sensação de normalidade. Apesar de viverem com uma doença crónica, as crianças continuam a carecer de regras, disciplina e rotinas. As rotinas são particularmente importantes para crianças que se encontrem em situações novas ou de stress, porque ajudam a transmitir uma sensação de segurança.

A disfunção psicossocial e os problemas de comportamento têm sido identificados em pacientes com HIV em idade escolar. Outros estudos apontam que as crianças com HIV são susceptíveis de apresentar problemas de aprendizagem, distúrbios de atenção (Brouwers et al. 1998; Fundaro et al. 1998) e problemas de comportamento (Bachanas et al. 2001); Havens, Mellins, Pilowsky, 1996).

Relação entre desenvolvimento cognitivo e comportamento

No presente estudo foi, ainda, analisada a relação entre o desenvolvimento cognitivo e o comportamento, tendo sido encontradas correlações negativas e com significado estatístico. Especificamente, os resultados demonstram que quanto menor for o QI dos inquiridos, maior as pontuações nos sentimentos de oposição/imaturidade ($p < 0.1$), agressividade ($p < 0.5$), hiperactividade/atenção ($p < 0.1$), e ansiedade ($p < 0.5$).

Não obstante a reduzida dimensão da amostra e o facto de não existir um grupo de controlo, o estudo que foi realizado suscita algumas reflexões importantes. Os resultados alcançados com o presente estudo, parecem reforçar a ideia, já existente, de que as crianças e adolescentes com HIV vivem durante muito mais tempo com uma boa qualidade de vida. Tal evidência reforça a importância de serem tidas em conta um conjunto de variáveis, como o desenvolvimento cognitivo e o comportamento, que se relacionem com o ajustamento e bem-estar das crianças e adolescentes, bem como de serem consideradas outras fontes de informação, como os pais e até mesmo os professores. O recurso a fontes complementares de informação pode contribuir para uma melhor compreensão da realidade das crianças e adolescentes com HIV e,

consequentemente, para uma intervenção mais eficaz. Um apoio adequado irá ajudar estas crianças e adolescentes a atravessar as fases próprias do desenvolvimento e a crescerem com a autonomia necessária para assumirem os próprios cuidados médicos e se protegerem a si e aos outros.

REFERÊNCIAS

- Bachanas, P. J., Kullgren, K. A., Schwartz, K. S., Lanier, B., McDaniel, S., Smith, J., & Nesheim, S. (2001). Predictors of psychological adjustment in school-age children infected with HIV. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 343-352.
- Brown, L. K., & Lourie, K. J. (2000). Children and adolescents living with HIV and Aids: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 81-96.
- Brouwers, P., Woltersm P., & Civitello, L. (1998). *Central Nervous system manifestations and assessment. Pediatrics AIDS: The challenge of HIV infection in infants, children and adolescents* (3rd ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Das, S.; Mukherjee, A.; Lodha, R; & Vatsa, M. (2010). Quality of Life and Psychosocial Functioning of HIV Infected Children. *Indian Journal of Pediatrics*, 77(6),633-6377
- Fonseca, A. C., & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: O Youth Self Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes. O Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Forehand, R., Steele, R., Armistead, L., Morse, E., Simon, P., & Clark, L. (1998). The Family Health Project: Psychosocial adjustment of children whose mothers are HIV infected. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 513-520.
- Fundaro, C., Miccinesi, N., Baldieri, N. F., Genovese, O., Rendeli, C., & Segni, G. (1998). Cognitive impairment in school-age children with asymptomatic, HIV infection. *AIDS Patient Care STDS*, 12, 135-140.
- Gaspar, T., & Matos, M. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52* (pp. 19-82). Quebrada: Gráfica Europam Lda.
- Gaughan, D. M., Hughes, M. D., Oleske, J. M., Malee, K., Gore, C. A., & Nachman, S. (2004). Psychiatric hospitalizations among children and youths infected with human immunodeficiency virus infection. *Pediatrics*, 113, 544-551.
- Guerra, M. (1998). *Sida. Implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de século edições LDA.

- Havens, J., Mellins, C., & Pilowsky, D. (1996). Mental Health issues in HIV-affected women and children. *International Review of Psychiatry*, 8, 217-225.
- Jones, D. J., Beach, S. R. H., Forehand, R., & Family Health Project Group. (2001). Disease status in African-American single mothers with HIV: The role of depressive symptoms. *Health Psychology*, 20, 417-423.
- Klunklin, P., & Harrigan, R. C. (2002). Child-rearing practices of primary caregivers of HIV-infected children: An integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 17, 289-296.
- Lofstad, E., Reinfjell, T., Hestad, K., Diseth, T. (2008). Cognitive outcome in children and adolescents treated for acute lymphoblastic leukaemia with chemotherapy only. *Acta Paediatrica*, 98(1), 180-186
- Melvin D, & Biggs R. (2009). *Neurological and functional outcomes in paediatric HIV infection: a multidisciplinary approach for monitoring progress*. Retirado de www.chiva-resources.org/sites/default/pdf/monitoring-neurological09.pdf.
- The KIDSCREEN Group Europe (2006): *The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook*. Lengerich, Pabst Science Publishers.
- Thorne, C., Newell, M. L., Botet, F. A., Bhlin, A. B., Ferrazin, A., Giaquinto, C., Gomez, I. J., Mok, J. Y. Q., Mur, A., & Peltier, A. (2002). Older children and adolescents surviving with vertically acquired HIV infection. *Journal of Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, 29, 396-401.
- Wechsler, D. (2003). *Escala de Inteligência de Wechsler para crianças. Terceira Edição*. Manual. Lisboa: Cegoc/Investigação e Publicações Psicológicas.
- Wechsler, D. (1996). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos-3ª edição*. Lisboa: CEGOC-TEA.

LA FORMACIÓN DE LA AFECTIVIDAD Y LA COMUNICACIÓN DEL ALUMNADO COMO BASE DE SU PROTAGONISMO EN LA MEJORA DE LA CONVIVENCIA ESCOLAR

JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ & NATIVIDAD ALONSO ELVIRA

Desde el punto de vista educativo y psicológico no existe la menor duda de las ventajas para la formación integral y complementaria a lo educativo del alumnado el peso que puede tener abordar los ámbitos emocionales y afectivos desde el punto de vista formativo y en una estrategia coordinada por parte del profesorado del centro escolar. Si bien social y educativamente esto es importante, desde el punto de vista profesional, circunscribiéndonos exclusivamente al ámbito docente, esto es especialmente importante en la cultura profesional de los docentes, porque supone incorporar a su bagaje académico estrategias e intenciones que persiguen moldear en el alumnado contenidos emocionales, afectivos y de relación interpersonal. Ello significa que el profesional de la educación asume que en el desempeño de su trabajo también contempla de forma intencional la intervención en esas dimensiones de su alumnado.

Hacer eso de forma planificada, coordinada e intencional supone incorporar en el curriculum escolar del alumnado y en el profesional de los docentes herramientas formativas potentes que van a tener repercusión por una parte en el formación del alumnado como personas, y que también van a aportar mejoras evidentes en campos como el de la relación de ellos con su alumnado y de la mejora del clima de convivencia en los contextos escolares, extendiendo esos contenidos a las relaciones con las familias o entre el propio profesorado en su convivencia cotidiana en la escuela.

Este es un exponente del salto cualitativo que supone incorporar estos temas en la mochila profesional de los docentes en una suerte de paso entre docentes meramente instructores de conocimiento y docentes educadores de personas en colaboración con otros agentes educativos que reman en la misma dirección. La presente ponencia presenta el procedimiento para abordar esta tarea por parte del profesorado, describiendo los contenidos de trabajo, las herramientas de aplicación y la intención educativa que en cada una de las fases se persigue. Igualmente se valoran los resultados de ese trabajo y la satisfacción de las partes tras su aplicación.

Previamente conviene señalar que estos contenidos de trabajo se lleva a cabo o a través de una estrategia educativa como es la de formación de Equipos de Ayuda en el seno de los grupos de convivencia entre iguales en la escuela. Esta estrategia tiene como finalidad abordar los conflictos antes de que se desarrolle aportando a quienes están inmersos en ellos herramientas de ayuda que les aporten instrumentos de gestión y manejo de las situaciones que les permitan resolver por ellos mismos las situaciones o bien con ayuda de otros, sean estos adultos o iguales. Por lo tanto, se trata de una estrategia definida, estructurada y planificada, que se describe en otra parte de este Simposium, en la que se implica la estructura organizativa del centro escolar, que afecta a toda la comunidad educativa y que tiene la legitimación de los diferentes estamentos y figuras educativas del centro.

Contenidos de la formación

La estructura de la formación que se facilita al profesorado y al alumnado de los Equipos de Ayuda es similar y discurre por los siguientes elementos:

- ❑ Contenidos de presentación y acceso a la ayuda
- ❑ Contenidos referidos al conflicto y al clima de clase.
- ❑ Contenidos de comunicación y escucha activa
- ❑ Contenidos de toma de decisiones y trabajo en grupo.
- ❑ Prácticas de ayuda en casos

Cada uno de estos bloques de contenido se plasman en instrumentos físicos tanto para el alumnado (cuaderno del alumnado) como para el profesorado (guía didáctica)

1.- Desde el punto de vista del alumnado estos son los contenidos que se trabajan:

Contenidos de presentación y acceso a la ayuda

1. Conocerse y darse a conocer a otros que necesitan ayuda
2. Las funciones de los Equipos de Ayuda
3. Estereotipos y prejuicios
4. Habilidades para la ayuda
5. Qué es y qué no es un Equipo de Ayuda
6. A qué nos comprometemos cuando actuamos como Equipo de Ayuda
7. Esquema de trabajo del Equipo de Ayuda.

Contenidos referidos al conflicto y al clima de clase.

1. Buscamos y describimos conflictos

2. Participantes en los conflictos
3. Puntos de fricción
4. Sentimientos y emociones que se manejan
5. Formas de abordar un conflicto
6. Pasos en la puesta en práctica de la Ayuda

Contenidos de comunicación y escucha activa

1. Comunicación verbal y no verbal
2. Errores comunes de comunicación
3. Acciones acertadas de comunicación
4. Escucha Activa
5. Identificación y Expresión afectiva de sentimientos y emociones
6. Empatía
7. Asertividad

Contenidos de toma de decisiones y trabajo en grupo.

1. Análisis de criterios
2. Justificación de argumentos
3. Análisis de actitudes
4. Objetivos del consenso

Prácticas de ayuda en casos

1. Análisis de casos
2. Práctica de la ayuda
3. Revisión de casos y prácticas
4. Role play de casos

2.- El profesorado dispone de una guía didáctica donde se recogen las intenciones y estrategias didácticas en cada uno de los bloques. Previamente a la aplicación de la formación con el alumnado el profesorado trabaja estos contenidos en base a un esquema como el siguiente:

Se Diseña una actividad para cada uno de los CONTENIDOS DE FORMACIÓN del curso y tiene que ser adaptada al nivel y características del alumnado destinatario conforme al siguiente guión para la elaboración de la actividad:

- 1.- Título; 2.- Objetivos que pretende; 3.- Destinatarios (entre 5º de primaria y 3º de la eso); 4.- Explicación del desarrollo de la actividad; 5.- Aspectos relacionados con la ayuda que se pretenden trabajar con esta actividad. (desglose y relación de contenidos de trabajo y relación con la ayuda); 6.- Cosas que aprendemos en el grupo con la aplicación de esta actividad.

Con ello se tratan de unificar los objetivos que se persiguen en la estrategia formativa

Estrategias formativas

Las estrategias que empleamos están en función de los grupos y la tipología y características del alumnado. Sin duda, las actividades serán adaptadas a sus características pero las estrategias también, especialmente las participativas y dinámicas por esas características y las colaborativas y cooperativas por lo que significan en el contexto formativo en que nos manejamos. La presentación de estas estrategias adopta dos formas y tamaños, por una parte trabajamos en grupo grande (hasta 50 personas) y por otra en grupo pequeño (no más de 15 personas). Organizativamente hablando esto supone que los Equipos del Centro son hasta dieciséis (cuatro por nivel educativo) y cada Equipo de Ayuda viene siendo compuesto por entre tres y cuatro miembros. En un centro de cuatro líneas por nivel y a tres alumnos por grupo y Equipo daría un total para una etapa educativa como la ESO (Educación Secundaria Obligatoria) un total de 48 alumnos, de ellos, 12 por nivel y 3 por clase. Metodológicamente hablando intercalamos en la estrategia formativa con el alumnado sesiones de gran grupo y de pequeño grupo pero siempre respetando el orden establecido en el manejo de contenidos descritos.

Actividades formativas ejemplos

A continuación describimos una actividad en cada uno de los bloques de contenido con el fin de ejemplificar cómo se lleva a cabo la estrategia formativa. Conservaremos la numeración descrita más arriba para que el lector pueda ubicar la actividad en el continuo.

- ❑ Respecto a los contenidos de presentación y acceso a la ayuda

6.- A qué nos comprometemos cuando formamos parte de un Equipo de Ayuda. Principios y valores del Equipo de Ayuda.

Principios a los que nos comprometemos:

CONFIDENCIALIDAD RESPONSABILIDAD COMPAÑERISMO AYUDA

Excepciones: drogas, abuso sexual, riesgo de suicidio

Valores que fomentaremos en el Equipo de Ayuda

VALORES	CONTRAVALORES
Compañerismo	No prestar ayuda a quien está en apuro
Solidaridad	Reírse de alguien
Amistad	Meterse con el más débil
Ser sincero	Callarse cuando se tiene un problema
Afrontar los problemas	Huir y evitar los problemas
Confianza en la persona	
Saber escuchar	

Ejercicio: En pequeño grupo

A cada valor le buscamos por consenso tres manifestaciones que lo identifiquen:

Lo compartimos en gran grupo y escribimos las conclusiones:

- ❑ Respecto a los contenidos referidos al conflicto y al clima de clase.

5.- Formas de afrontar los conflictos.

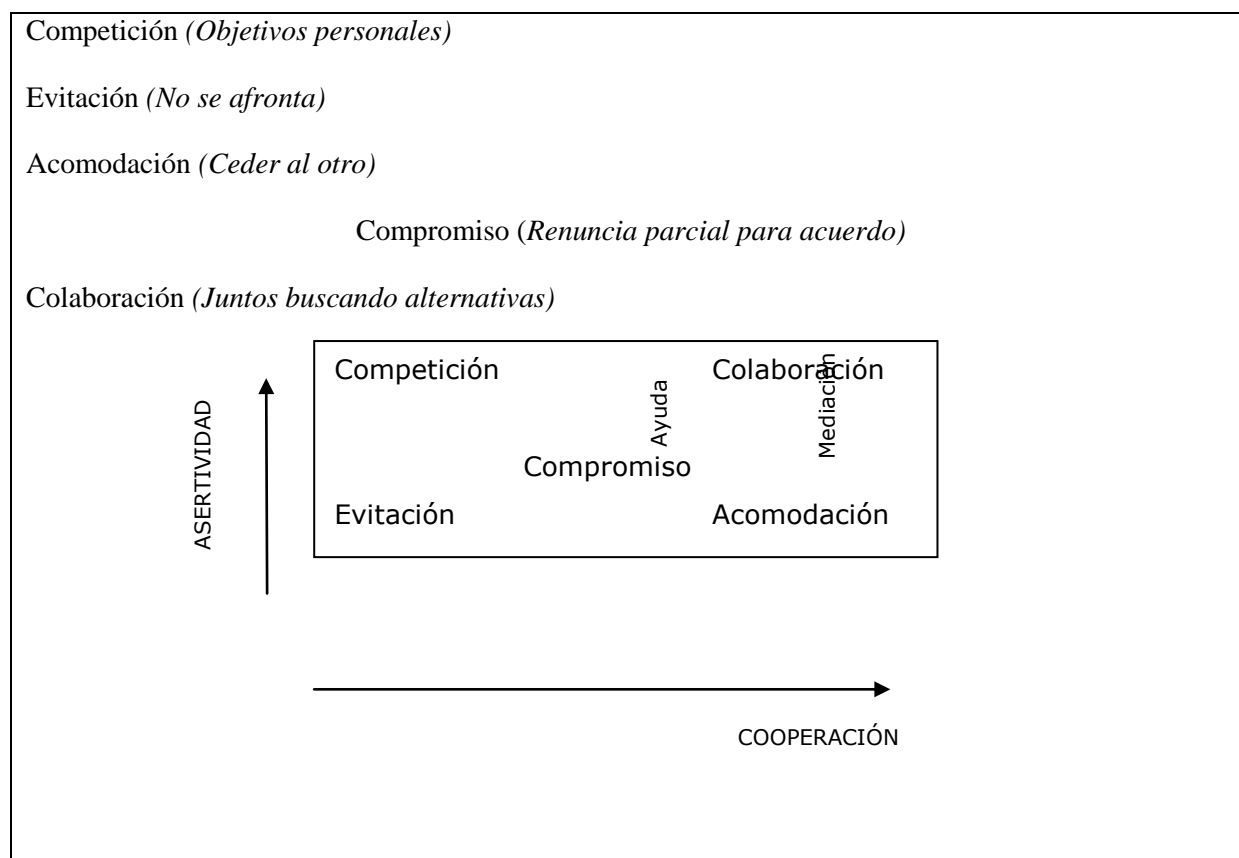


Figura 1: Formas de abordaje de los conflictos

La manera de trabajar este contenido es presentarles a los alumnos una serie de casos de conflictos. En cada caso se presentan cinco diferentes salidas o reacciones de solución que representan las cinco maneras a las que alude el modelo.

En pequeño grupo y gran grupo se debate la oportunidad o no de cada una de las cinco salidas en función de la naturaleza del conflicto que se intenta resolver.

- Respecto a los contenidos de comunicación y escucha activa

5.- Elabora un diccionario sentimental

EJERCICIO: Expresa sentimientos que empiecen por “D” y busca situaciones en las que sientas estos estados de ánimo. Adaptado de (Boqué, C. (2007). <i>Guía de mediación escolar</i> . Ed. Octaedro		
SITUACIÓN EMOCIONAL	ASÍ ME SIENTO CUANDO ...	MEJORO CUANDO
DÉBIL DEBILITADO DECAÍDO DECENTE DECEPCIONADO ...		

- Respecto a los contenidos de toma de decisiones y trabajo en grupo.

Decidimos en grupo. La actividad recoge el proceso y pasos para adoptar una decisión de ayuda respetando las etapas establecidas para ello. El alumnado practica a partir de casos propuestos por ellos.

CRITERIOS PARA ANALIZAR	ARGUMENTOS PARA JUSTIFICAR	ACTITUD DESINTERESADA Y ABIERTA	EL OBJETIVO COMO HORIZONTE
DECISIÓN COLECTIVA			
SITUACIÓN 1 Carla y María tienen que hacer un trabajo de sociales para mañana. Pero María tiene un ipod nuevo y lo quiere probar esta tarde con sus amigas, para lo que ha invitado también a María. María no quiere ir porque le parece más importante hacer el trabajo de sociales cuya nota les va a afectar a las dos. Salen enfadas el instituto sin saber qué hacer cada una con su opinión. Una cree que es mejor hacer el trabajo y la otra probar su ipod	CRITERIOS		
	ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA		
	ACTITUDES NECESARIAS		
	DECISIÓN		

- Respecto a los contenidos de prácticas de ayuda en casos

1.- Análisis de casos

Se presentan a los Equipos de Ayuda constituidos casos para que respetando los pasos a seguir en el proceso de ayuda, sean capaces de analizarlos y establecer el procedimiento más adecuado y que permita abordarlos con garantías de éxito.

LOGO	ANÁLISIS DE CASOS
<p>CASO 4 Andrea es una chica que no es aceptada por el grupo por su manera de ser y de actuar. Tiene un carácter muy fuerte y agresivo hacia sus compañeros/as. Esto también le supone sufrimiento, aunque no parece darse cuenta de que de alguna forma tiene la solución en su mano. ¿Cómo podríamos hacérselo ver? ¿Quiere en realidad que la situación cambie? ¿Qué podría hacer el Equipo de Ayuda de su clase?</p> <p>GUIÓN DE ANÁLISIS: Indica los pasos en el PROCESO DE AYUDA para poder facilitar con Andrea una salida a su problema: (Comparte y decide qué y cómo hacer en tu Equipo de Ayuda)</p> <p>1.- OBSERVACIÓN 2.- ABORDAJE DE LA AYUDA 3.- OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN 4.- BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS 5.- PRÁCTICA</p>	

Evaluación de las actividades formativas

Plantear un catálogo de actividades formativas exige llevar a cabo una evaluación de ellas a partir de las opiniones de sus destinatarios. En este sentido pretenden objetivos como evaluar el grado de conocimiento de las funciones y protocolos de actuación del Equipo de Ayuda (EA) entre el alumnado; valorar las actitudes del alumnado ante los Equipos de Ayuda; relacionar las intervenciones efectuadas por el Equipo de Ayuda (cuantitativas y cualitativas) con los indicadores de satisfacción de los usuarios con éstas y detectar las debilidades y fortalezas percibidas en el funcionamiento u organización de los Equipos de Ayuda para incorporar las mejoras pertinentes.

Para ello utilizamos las siguientes actuaciones:

- .Cumplimentación individual de una escala de evaluación entre el alumnado del grupo.
- .El vaciado de las escalas individuales en una grupal, en pequeño grupo (philips 6x6)
- .La exposición al grupo y la cumplimentación de la escala resumen de todos los datos.
- .La recopilación de las escalas haciendo un vaciado de las mismas.
- .La difusión de los resultados obtenidos a través de diferentes procedimientos, instrumentos y de distintos agentes de la comunidad educativa en la omisión de coordinación pedagógica.

REFERENCIAS

Boqué, C. (2007). *Guía de mediación escolar*. Ed. Octaedro

- Avilés, J. M., Torres, N., & Vian, M.V. (2008). Equipos de ayuda, maltrato entre iguales y convivencia escolar. En *Revista de Investigación Psicoeducativa*, 6 (3) 357-376. Universidad de Almería: Instituto de Orientación Psicológica.
- Cowie, H., & Fernández, F.J. (2006). Ayuda entre iguales en las escuelas: desarrollo y retos. En *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4 (2), 291-310

+ SAÚDE – RISCOS:

**UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO NAS FESTIVIDADES ACADÉMICAS DA UNIVERSIDADE DO
MINHO**

*VANESSA AZEVEDO 1, JOÃO GOMES 2, ANA SARA FERREIRA 1, CATARINA LEITE 1, &
ÂNGELA MAIA 1*

O presente artigo expõe uma intervenção inovadora no âmbito das festividades académicas, implementada em Maio de 2011 na Universidade do Minho. Antes de proceder à explanação detalhada da actividade – constituída por três fases distintas, nomeadamente formação, implementação e avaliação – é essencial proceder ao enquadramento contextual das festividades académicas e ao enquadramento teórico que norteou a intervenção.

Actualmente, em Portugal, as festividades académicas são uma tradição bem viva, partilhada pelas instituições de ensino superior de norte a sul do país, e especialmente corporizadas em determinados momentos temporais (e.g., recepção aos alunos do primeiro ano, Queima das Fitas/Enterro da Gata).

Na Universidade do Minho, a festividade mais aclamada é o Enterro da Gata, que se realiza habitualmente na segunda semana de Maio e que engloba, por um lado, o desfecho do ritual da praxe (isto é, os alunos do primeiro ano deixam de ser caloiros), e por outro as celebrações dos finalistas (ou seja, daqueles que terminam o curso). O Enterro da Gata prolonga-se durante uma semana e embora inclua alguns eventos diurnos, o que realmente diferencia este período é a existência de um recinto ao ar livre vedado, aberto ao início da noite e até de madrugada, onde se podem encontrar barraquinhas que funcionam como bares, assistir a concertos variados ou ouvir música. Esta semana tende a ser vivida pelos estudantes com sentimentos de euforia ilimitada, enquanto a opinião pública parece percepcioná-la como um período de excessos propício à adopção de comportamentos de risco. Apesar das percepções do senso-comum relativamente às vivências durante o Enterro da Gata, apenas recentemente foram realizados as primeiras investigações centradas nos comportamentos dos estudantes durante estas festividades (Azevedo, Elias, Ferreira, Samorinha, & Maia, 2010; Azevedo, Samorinha, Ferreira, Leite, Lopes, & Maia, 2010). Genericamente, estes estudos indicam que a maioria dos alunos relata não ter adoptado comportamentos de risco.

1- Universidade do Minho; 2- Juventude da Cruz Vermelha de Braga.

Apesar desta tendência, foram identificados alguns cenários preocupantes, nomeadamente 65% dos estudantes admite ter ficado embriagado, 12% intoxicado e 1% em coma alcoólico. Nestes dias, os alunos admitem consumir mais bebidas alcoólicas e fazerem misturas de bebidas. Existe também um consumo significativo de substâncias ilícitas. Em relação a comportamentos violentos, uma baixa percentagem relatou envolver-se nessas situações, por ordem decrescente, com estranhos, com o/a parceiro/a íntimo, ou com conhecidos. De realçar que 4% dos alunos relatou ter estado envolvido numa situação contacto sexual forçado e de carícias, beijos ou outro tipo de contacto físico sem consentimento. De acordo com os mesmos estudos, os homens parecem integrar um grupo de risco no que concerne aos consumos e as diferentes experiências e comportamentos parecem estar associados entre si (e.g., envolvimento em episódios de violência e consumos).

Face a este cenário, a disponibilização de recursos e estratégias de apoio aos estudantes constituiu-se como uma diligência premente. Neste sentido, alguns esforços têm sido já encetados, dos quais se destacam a distribuição de preservativos pelo recinto, a realização de testes de alcoolemia e o apoio a situações de intoxicação alcoólica através quer da tenda da saúde, quer das patrulhas de voluntários que circulam pelo recinto para reencaminhar casos críticos. Apesar disso, a investigação sugere que 52% dos estudantes parece desconhecer estas actividades (Azevedo, et al., 2010).

Pese embora a pertinência das medidas existentes, outras situações careciam ainda de enquadramento (e, consequentemente, de resposta) e foi neste contexto que a Juventude Cruz Vermelha coordenou o projecto “+Saúde, - Riscos – Enterro da Gata 2011”, que envolveu também o Grupo de Promoção da Saúde do Serviço de Psicologia da Universidade do Minho, a Associação Académica da Universidade do Minho e o Instituto da Droga e da Toxicodependência. Este projecto encerrava como principais objectivos a redução dos riscos e a minimização de danos associados ao abuso de substâncias lícitas e ilícitas em contexto recreativo através de uma intervenção por pares, com alunos voluntários.

O conceito de “crise” surge como o elemento agregador das situações às quais se dirigia o projecto “+Saúde – Riscos”. Este conceito remete para a existência de um acontecimento stressante em que as exigências ultrapassam a capacidade do indivíduo para lidar com elas (Flannery & Everly, 2000). Nesta definição podem ser incluídas situações plausíveis de ocorrerem no âmbito do Enterro da Gata, como por exemplo assaltos, situações de violência ou ataques de pânico, em que a potencial desorganização decorrente destes acontecimentos poderá limitar a capacidade de resposta do indivíduo.

De acordo com Flannery e Everly (2000) as situações de crise são situações em que o estado psicológico do indivíduo fica alterado, os mecanismos de *coping* são ineficazes no restabelecimento do equilíbrio e o stress afecta significativamente o seu funcionamento. Assim, considera-se que a intervenção em crise pode ser uma solução a ponderar, uma vez que é um tipo de intervenção

psicológica imediata e rápida, que tem por objectivo ajudar o indivíduo a regressar ao seu nível habitual de funcionamento e prevenir o potencial desenvolvimento de sintomatologia associada ao impacto do acontecimento negativo. Em suma, este tipo de intervenção propõe-se a resolver precocemente situações de stress agudo, tentando dotar o indivíduo de estratégias de *coping* para lidar adequadamente com a situação (Roberts, 2005). Estas intervenções providenciam informação, avaliação da situação de crise e uma intervenção adequada, que poderá implicar o reencaminhamento do caso.

Numa intervenção em crise é fundamental que a pessoa responsável pela intervenção seja capaz de estabelecer uma relação empática e sensível de forma rápida (Roberts, 2005), sendo, por isso, essencial possuir competências de atendimento. Além disso, é necessário estabilizar emocionalmente o indivíduo, avaliar o problema e desenvolver estratégias de resolução de problemas (Flannery & Everly, 2000; Roberts, 2005).

Após a apresentação do enquadramento contextual e teórico subjacente ao projecto, descreve-se a componente empírica do projecto.

Voluntários para actuar

O projecto foi implementado por equipas de apoio, constituídas por voluntários, na sua maioria estudantes da Universidade do Minho. Estes elementos foram angariados através das redes de contactos da Cruz Vermelha, da Associação Académica da Universidade do Minho e do e-mail institucional da universidade. Num total, 30 voluntários, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 18 e os 33 anos de idade e formações distintas, integraram as equipas de apoio.

Formar antes de actuar

A implementação da actividade foi precedida de uma fase de formação, dirigida aos voluntários que integraram as equipas de apoio, que se organizou em três módulos distintos, com uma duração total de nove horas (cf. Quadro 1).

Quadro 1- *Temáticas e dinamizadores das sessões da formação*

Temáticas	Dinamizador
Módulo I. Intervenção em contextos recreativos: modelos, princípios e competências de intervenção	Instituto da Droga e da Toxicoddependência
Módulo II. Intervenções básicas de saúde: como agir em situações de crise	Grupo de Promoção da Saúde do Serviço de Psicologia
Módulo III. Substâncias psicoactivas e treino de competências; “role play” da intervenção	Juventude Cruz Vermelha

Para além do carácter educativo/informativo, as sessões pretendiam promover a aquisição e o desenvolvimento de competências técnicas e sociais, essenciais para a prestação de um apoio eficaz.

Seguidamente, por abordar competências transversais, apresenta-se com detalhe o “Módulo II. Intervenções básicas de saúde: como agir em situações de crise”. Este módulo, designado por “A outra face do Enterro da Gata”, centrou-se nas potenciais experiências negativas que poderiam ocorrer neste contexto e nas estratégias adequadas a encetar. Assim, a promoção de estratégias para a redução dos riscos e dos danos e a salvaguarda da segurança / protecção dos participantes e dos voluntários foram definidos como os objectivos principais do módulo.

A sessão de formação foi iniciada com um quebra-gelo, com o intuito de promover a interacção e a coesão do grupo não só durante a sessão, como também ao longo da actividade. De seguida, numa estratégia de sensibilização, foram apresentados alguns dados relativamente a comportamentos e experiências relatadas pelos estudantes como tendo ocorrido no Enterro da Gata (Azevedo, Elias, Ferreira, Samorinha, & Maia, 2010; Azevedo, Samorinha, Ferreira, Leite, Lopes, & Maia, 2010). Para esclarecer as especificidades contextuais, que promovem a vulnerabilidade e a desprotecção, foram analisados e discutidos os factores envolvidos no “cocktail explosivo”, nomeadamente os consumos, os contactos sociais, as crenças, a normalização social e as experiências negativas. O modelo de stress (Lazarus & Launier, 1978) e as reacções habituais ao stress foram outro dos assuntos abordados. O ataque de pânico foi descrito e explicado.

Após esta fase inicial, de índole mais informativa, a sessão centrou-se nas competências a implementar no terreno, que foram diferenciadas em competências gerais e competências específicas. No que concerne às competências gerais, foram abordadas as competências de atendimento e enfatizada a necessidade de comprometimento com um código de conduta, questão particularmente sensível por se tratar de uma intervenção por pares. Além disso, foi também treinada a identificação de emoções negativas e de “sinais de alarme”. As estratégias de negociação – para evitar a escalada da situação, as competências de resolução de problemas e as estratégias de activação de recursos foram outras das temáticas analisadas e discutidas. Relativamente às competências específicas, apostou-se no treino da respiração diafragmática, na actuação em caso de ataque de pânico e em caso de ideação suicida.

Por fim, reflectiu-se acerca dos factores pessoais facilitadores e inibidores envolvidos no desempenho da tarefa. Adicionalmente, atendendo aos objectivos do projecto, foi também discutida a necessidade de salvaguardar a autoprotecção dos elementos envolvidos nas equipas de apoio. Para finalizar a sessão, realizou-se uma actividade de construção de um origami, com um duplo objectivo: por um lado, terminar com algo positivo (uma vez que o conteúdo da sessão se centrou nas experiências negativas) e, por outro, criar algo que pudesse ser utilizado posteriormente no espaço de atendimento.

Actuar para apoiar

A intervenção privilegiou três tipologias de resposta, nomeadamente: rondas para cedência de informação sobre substâncias psicoativas explorando efeitos e consequências ligadas ao seu abuso e minimização de riscos associados ao consumo; testes de alcoolemia à saída do local onde decorreram as festividades; e um local de recuperação face a situações de crise, comumente conhecida como “tenda de pânico”.

Estas respostas foram implementadas pelos voluntários, num total de 30 distribuídos por turnos e equipas, identificados com blusões impermeáveis vermelhos com referência ao projecto.

As rondas ocorreram pelo recinto do Enterro da Gata e eram acompanhadas de materiais especificamente elaborados para esse fim. Esta actividade decorreu diariamente, entre as 23:00h e as 2:00h, e envolveu duas equipas compostas por três elementos, que abordavam informalmente os participantes, distribuindo os panfletos e apostando na interacção social. Adicionalmente, foram também distribuídos preservativos e identificados casos críticos.

Relativamente aos testes de alcoolemia, estrategicamente privilegiaram-se as últimas horas da noite (entre as 2:00h e as 5h00). Os alcoómetros, disponíveis à saída do recinto, forneciam resultados quantitativos, permitindo enquadrar os potenciais condutores na moldura penal portuguesa no que concerne à concentração de álcool no sangue. Os indivíduos que apresentavam níveis acima do legal eram aconselhados a não conduzir e, em alternativa, eram propostos outros meios de deslocação (e.g., números de táxi, horários de autocarros e/ou contacto com amigos capazes de conduzir).

Como terceira resposta, no próprio recinto, foi disponibilizado um local tranquilo, de fácil acesso e localização, destinado aos indivíduos que, face ao consumo de substâncias ilícitas, violência física e/ou emocional, ansiedade e/ou desorganização despoletada pelo contexto, entre outros motivos, pudessem restabelecer o equilíbrio e activar os recursos existentes para reparar a situação. Esta “tenda de pânico” foi concebida para permitir o máximo de privacidade, tranquilidade e conforto, funcionando como um espaço alternativo no recinto do Enterro da Gata. Os voluntários encetavam diversas estratégias para promover o restabelecimento do equilíbrio, entre as quais as técnicas de relaxamento, a respiração diafragmática e as técnicas de distracção.

No quadro 2 são apresentados indicadores de implementação do projecto e é elaborada uma breve avaliação acerca desta.

Quadro 2 - *Síntese de indicadores e avaliação das actividades do projecto*

Actividade	Indicadores	Avaliação
Rondas	Total pessoas contactadas: 1642 Média pessoas/noite: 234	Genericamente, as equipas de apoio avaliaram a receptividade dos estudantes como “boa ou muito boa”. As solicitações mais frequentes foram: distribuição de preservativos, cedência de informações e reencaminhamento para outros recursos de apoio
Testes de alcoolemia	Total testes realizados: 732 Média testes/noite: 104	Actividade bastante solicitada. De um modo geral, os indivíduos que acusaram um valor superior ao permitido, acataram as alternativas propostas.
“Tenda de pânico”	Total atendimentos: 42 Média atendimentos/noite: 6	As solicitações mais frequentes prenderam-se com ataques de pânico, isolamento social e outras situações de crise.

Reflectir depois de actuar

Ao longo da elaboração e implementação deste projecto surgiram algumas questões e inquietações, que carecem de reflexão.

Em primeiro lugar, desconhecendo-se outra(s) iniciativa(s) análogas, destaca-se o carácter inovador e exploratório do projecto, que se propunha a disponibilizar “recursos especiais” através de “voluntários indiscriminados”. Ora, esta solução configura-se como facilitadora – na medida em que facilita o recrutamento dos voluntários - e provocadora – isto é, como se podem preparar indivíduos com formações distintas para actuar em situações de crise? A formação que precedeu à implementação do projecto foi a estratégia definida para responder a este desafio, sendo que o feedback foi bastante satisfatório. Os limites de actuação dos voluntários foram uma questão central e omnipresente no processo, sendo evidente que seria disponibilizado um apoio de primeira linha e que o reencaminhamento para um profissional destacado deveria ser activado sempre que necessário.

A necessidade de atender às especificidades de cada caso, individualizando o acompanhamento, foi uma preocupação constante no projecto. Neste sentido, por exemplo, na formação evitou-se o recurso a casos-exemplo, para minimizar a “fixação a um perfil”. Contudo, a flexibilidade, intimamente associada a esta questão, não é uma competência simples de treinar e, por conseguinte, numa edição posterior deveria ponderar-se a realização de um módulo dedicada a este propósito.

Um dos aspetos mais relevantes da intervenção prende-se com “a relação” como estratégia de comunicação. Esta abordagem, facilitada pelo contexto recreativo e pelo sentimento de pertença ao grupo, associada ao discurso amoral contribuiu significativamente para o sucesso da iniciativa.

Além disso, a intervenção por pares permitiu a aproximação e a identificação entre os estudantes e as equipas de apoio. Esta estratégia representou uma “aposta ganha”, pelo que deverá ser sempre ponderada no âmbito das intervenções de promoção da saúde.

No futuro, importa “não baixar as armas”. De facto, num cenário hipotético de repetição do projecto, em que alguns voluntários voltassem a participar na iniciativa, é essencial evitar uma postura de acomodação. O “*know-how*” e o “*expertise*” resultam da (in)formação contínua.

Finalmente, este tipo de projectos só é exequível quando se estabelecem boas sinergias, nomeadamente entre as diferentes instituições envolvidas nas festividades académicas. Na verdade, este é um factor crítico de sucesso, pelo que deverá ser analisado, definido e trabalhado de forma estratégica e assertiva.

REFERÊNCIAS

- Azevedo, V., Elias, A., Ferreira, A., Samorinha, A., & Maia, A. (2010). Comportamentos de risco durante o enterro da gata: Realidade ou mito? In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds). *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1172-1186). Retirado de <http://www.actassnip2010.com>
- Azevedo, V., Samorinha, A., Ferreira, A., Leite, C., Lopes, H., & Maia, A. (2010). As festividades académicas: dos comportamentos de risco às possibilidades de intervenção. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, A. Ferreira, & P. Vagos. *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e práticas. I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 137-143)
- Flannery, R. & Everly, G. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2 (2), 119-125
- Roberts, A. (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. In A. Roberts (Ed). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, treatment and research* (pp. 3-34). New York: Oxford University Press.

QUALIDADE DE VIDA E EXPERIÊNCIAS DE VIDA EM MULHERES EM DIFERENTES ESTADOS DE MENOPAUSA: PRÉ, PERI E PÓS-MENOPAUSA

JOANA BAETA, FILIPA PIMENTA & ISABEL LEAL

Na perspectiva da saúde tem-se enfatizado a forma como os sintomas da menopausa podem influenciar a qualidade de vida. Embora alguns estudos abordem determinados sintomas como passíveis de tratamento hormonal, o que terá um impacto positivo (Freedman, 2002) ou negativo (Ekström & Hovellius, 2000) na qualidade de vida, outros referem não existir relação entre o alívio de sintomas através de terapia hormonal e uma melhor qualidade de vida (Luoto, 2009), tornando-se importante considerar o contexto sócio-cultural e familiar da mulher (Chaby, 1997).

No que respeita à prevalência de sintomas nos diferentes estados de menopausa e o impacto na qualidade de vida, Nisar (2001) observou que os sintomas de domínio psicológico eram mais evidentes entre as mulheres na peri e pós-menopausa e que sintomas urogenitais sobressaíam nas mulheres na peri-menopausa, levando a uma diminuição da qualidade de vida. Já Ekström e Hovellius (2000) verificaram que mulheres na pré e pós-menopausa não mostravam diferenças no que diz respeito à qualidade de vida e à quantidade de sintomas. Contudo, as mulheres mais velhas reportavam maior qualidade de vida, em especial no que respeita ao aspecto social, bem como apresentavam um número mais baixo de sintomas, principalmente a nível psicológico.

Kurpius, Nicpon e Maresh (2001), por outro lado, observaram o impacto do estado civil nos sintomas da menopausa e concluíram que as mulheres nos três estados de menopausa e não casadas relatavam mais sintomas depressivos que as casadas. Contudo, a qualidade da relação que estas últimas mantinham com o companheiro parecia ser fundamental, pois mesmo casadas, mulheres que relatavam uma relação menos feliz demonstravam pior humor.

No campo da sexualidade parece unânime que a menopausa leva a um declínio da actividade sexual (Chaby, 1997; Kolod, 2009). Muitos estudos relacionam as dificuldades sexuais com a deficiência hormonal mas há que considerar também os aspectos psicológicos, emocionais (Kolod, 2009) e sócio-culturais que podem ser desfavoráveis à actividade sexual.

Price, Storey e Lake (2008) reforçam a ideia de que a construção social da menopausa tem impacto nas mulheres. Os estereótipos vão no sentido de desassociar menopausa de juventude e sexualidade, relacionando-a com uma experiência negativa, o que é consistente com a mensagem que a comunicação social parece passar ao focar essencialmente os problemas físicos e psicológicos, bem como os desafios inerentes a esta fase da vida. Isto leva a que algumas mulheres enfrentem a menopausa com temor, desânimo e negação, muitas vezes relacionados com a má compreensão das mudanças a nível do seu corpo. Apesar deste panorama, outros estudos não apontam decadência na resposta sexual destas mulheres (Mansfield, Koch, & Voda, 2000; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007) que muitas vezes assumem que até desejam estar mais envolvidas com o parceiro, sendo que não necessariamente a nível génito-sexual (Mansfield & Voda, 1997; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007).

Durante anos tentou investigar-se a relação entre acontecimentos de vida causadores de stress e a propensão a problemas quer físicos quer psicológicos. Embora os estudos que enfatizam esta relação tenham seguido vários caminhos, parece que o stress pode ser mensurado a partir desses acontecimentos, experienciados num determinado espaço de tempo, da desejabilidade ou não dos mesmos e da importância que o indivíduo lhes dá (Silva et al., 2003).

Neste campo Hardy e Kuh (2002; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007) verificaram uma relação entre os sintomas da menopausa e determinados acontecimentos da vida da mulher. A vulnerabilidade sentida nesta fase da vida pode também ser ocasionada pelo stress resultante do impacto de determinados acontecimentos inerentes ao período da meia-idade. Dennerstein (1996) refere que as mulheres de meia-idade estão mais atentas a experimentar situações como a rebelião dos filhos adolescentes ou a sua saída de casa e a doença ou morte do companheiro.

Relativamente ao impacto de acontecimentos positivos, Chaby (1997) refere que para muitas mulheres a chegada da menopausa não traz quaisquer problemas e que até se sentem aliviadas com a sua chegada. É o caso de mulheres que sofriam sistematicamente de dores menstruais agonizantes ou mulheres que se sentem mais livres no campo sexual, pois não há mais o risco de engravidarem. Também Helson e Wink (1992) observaram que muitas mulheres na meia-idade associaram este período a algo positivo, com relatos de satisfação e estabilidade.

Considerando este panorama, colocaram-se algumas questões que serão objecto de estudo, nomeadamente: 1) Será que existem diferenças na qualidade de vida entre as mulheres nos três estados de menopausa; 2) Existirão diferenças na qualidade de vida emocional e sexual, tendo em conta o seu estado civil; 3) Haverá diferenças na qualidade de vida ocupacional nos três estados de menopausa, considerando a situação profissional; 4) Será que a qualidade de vida, nos diferentes domínios, está correlacionada com as experiências de vida positivas e negativas?

MÉTODO

Trata-se de um estudo de carácter observacional, descritivo e transversal.

Participantes

Utilizou-se uma amostra de conveniência constituída por 364 mulheres com idades compreendidas entre os 42 e 60 anos ($M=50,6$; $DP=5,2$) e residentes na área da grande Lisboa. Destas mulheres 25,8% encontravam-se na pré-menopausa, 25,8% na peri-menopausa e 47,5% estavam na pós-menopausa. No que concerne ao estado civil 67,9 % eram casadas, 20,6 % eram divorciadas/separadas, 8% eram solteiras e 3 % viúvas. Relativamente à situação profissional, 85,2% das mulheres encontravam-se activas, 4,9% estavam reformadas, 5,8% estavam desempregadas e 1,4% eram domésticas. Quanto às habilitações literárias 9,6% das mulheres possuíam o 1.º ciclo do ensino básico ou menos habilitações; 0,5% o 2.º ciclo do ensino básico; 26,4% o 3.º ciclo do ensino básico; 23,4% o ensino secundário; 5,5% tinham bacharelato; 29,9% licenciatura; 0,3% pós-graduação; 2,2% mestrado e 0,8% possuíam o doutoramento.

Material

Recorreu-se a um questionário sócio-demográfico e a um segundo questionário que permitiu averiguar em que estado de menopausa se encontrava a participante, constituído por três questões, nomeadamente: “Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais mais curtos, isto é, com menos 7 ou mais dias do que o habitual?”, “Nos últimos 12 meses teve menstruações irregulares, isto é, passaram 2 ou mais meses sem que o período lhe aparecesse e permaneceu sem ter o período durante 60 ou mais dias?” e “Já esteve 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação?”.

Foi utilizada a tradução da Escala Qualidade de Vida de Utian (Pimenta, Leal, Branco, & Maroco, 2010) que é constituída por 27 itens que reflectem quatro dimensões da qualidade de vida: ocupacional, saúde, emocional e sexual e em que a resposta é ordinal tipo Lickert de 5 posições, sendo que 1 corresponde a “não é verdadeiro no meu caso” e 5 a “largamente verdadeiro no meu caso”. Esta escala revelou boas propriedades psicométricas, sendo que a análise da consistência interna no estudo mostrou um alfa de Cronbach de 0,87 para a totalidade dos itens analisados. Foi ainda utilizada a versão portuguesa do *Life Experiences Survey*- LES (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2000), instrumento de auto-resposta composto por 47 itens (mais três espaços em branco, onde o sujeito pode indicar outros acontecimentos de vida para além dos apresentados) e resposta ordinal tipo Lickert de 7 posições (que vai desde o extremamente negativo ao extremamente positivo). Os itens remetem a vários acontecimentos de vida, incluindo positivos e negativos, bem como a intensidade do seu impacto, que permitem a avaliação

do stress ao longo do último ano. Neste estudo verificou-se um alfa de Cronbach de 0,84, revelando a boa consistência interna dos itens.

Procedimento

Os questionários foram distribuídos em vários contextos, nomeadamente estabelecimentos de ensino, estabelecimentos comerciais e hospitais. O rosto do questionário constava de um consentimento informado onde era explicado o estudo, com duplicado para a participante, sendo que quando entregue directamente este era igualmente explicado oralmente. Grande parte dos questionários foi entregue indirectamente através de outras pessoas e eram acompanhados de um envelope de forma a garantir a confidencialidade depois de preenchidos. Todas as participantes foram esclarecidas para o facto de o questionário ser de preenchimento voluntário e de não existir qualquer obrigatoriedade em participar, sendo que podiam desistir em qualquer momento.

RESULTADOS

Os resultados estatísticos revelam que não existem diferenças significativas na qualidade de vida ocupacional ($F=0,127$; $p=0,881$) e da saúde ($F=1,264$; $p=0,284$) das mulheres nos diferentes estados de menopausa. Já na subescala emocional existem diferenças significativas entre os três grupos ($F=5,523$; $p=0,004$) e as mulheres na pré-menopausa revelam uma maior qualidade de vida emocional do que as mulheres na peri e pós-menopausa. No que se refere à subescala sexual também existem diferenças ($F=4,018$; $p=0,019$), sendo que as mulheres na pré-menopausa mostram uma qualidade de vida sexual superior à das mulheres na pós-menopausa.

Verifica-se também que não existem diferenças significativas na qualidade de vida emocional entre os grupos de estado civil ($\chi^2=0,686$; $p=0,710$). No entanto, no que se refere à subescala sexual essas diferenças existem ($\chi^2=29,620$; $p=0,001$), sendo que o grupo de mulheres casadas são quem apresenta uma qualidade de vida sexual mais elevada.

Observa-se ainda a existência de diferenças significativas na qualidade de vida ocupacional das mulheres em diferentes situações profissionais ($\chi^2=31,400$; $p=0,001$). Os resultados mostram que as mulheres activas têm uma qualidade de vida ocupacional superior à das outras mulheres, sendo que no caso das que estão com baixa médica a diferença é ligeiramente mais significativa.

Relativamente à correlação entre qualidade de vida e experiências de vida negativas os dados demonstram que existe uma correlação significativa, ainda que fraca, em todas as subescalas analisadas (ocupacional: $\rho=0,202$; $p=0,001$; saúde: $\rho=0,211$; $p=0,001$; emocional: $\rho=0,366$; $p=0,001$; sexual:

$\rho=0,208$; $p=0,001$). No que respeita à subescala emocional, embora a correlação seja considerada fraca ($r_c=0,366$), o valor aproxima-se muito de uma correlação moderada ($r_c>0,40$). Já na relação com as experiências de vida positivas, verifica-se a existência de uma correlação fraca, mas significativa, entre estas e a qualidade de vida ocupacional ($\rho=0,250$; $p=0,001$). As correlações entre estas experiências de vida e a qualidade de vida nos domínios da saúde ($\rho=0,056$; $p=0,376$), emocional ($\rho=0,115$; $p=0,078$) e sexual ($\rho=0,079$; $p=0,221$) apresentam-se muito fracas, não sendo também significativas.

DISCUSSÃO

Considerando a elevada prevalência dos sintomas associados à menopausa (Freedman, 2002), surpreende a uniformidade dos três grupos de menopausa no domínio da saúde da qualidade de vida. Ficou por esclarecer a relação entre sintomas e terapia hormonal e o impacto na qualidade de vida, o que poderá servir a um futuro estudo.

Considerando ainda que a amostra é constituída maioritariamente por mulheres com nível educacional elevado, os resultados parecem ir ao encontro de estudos que referem existir relação entre a prevalência de sintomas da menopausa e menores habilitações literárias (Amore et al., 2004, 2005; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007), sendo que o maior acesso à informação sobre a menopausa poderá levá-las a olhar para esta fase da vida com menos ansiedade.

A nível da qualidade de vida ocupacional, também não se verificaram diferenças nos três grupos de menopausa. Este domínio da qualidade de vida não está, no entanto, muito explorado na literatura. Relativamente ao facto de as mulheres activas apresentarem maior qualidade de vida, poder-se-á pensar que, numa altura em que a mulher poderia sentir-se menos útil (ora porque os filhos já não estão tão dependentes, ora porque se atingiu o fim do período fértil ou mesmo devido ao confronto com o envelhecimento), estar ocupada levará a um sentimento de que afinal ainda pode contribuir de alguma forma para a sociedade, abstraindo-se da sua nova condição e até de eventuais sintomas da menopausa.

No domínio emocional verifica-se que as mulheres na pré-menopausa são quem revela uma maior qualidade de vida. É um facto que na peri e pós-menopausa parecem emergir depressões e estados de humor disfórico (Chaby, 1997). Por um lado, este cenário poderá ser explicado pela descompensação hormonal (Freedman, 2002) mas, por outro lado, há que abordar a experiência individual de cada mulher e a sua própria cultura. Os estudos mostram uma relação entre as atitudes negativas que as mulheres têm em relação à menopausa e a prevalência de sintomas e que mulheres que associam a menopausa a dificuldades emocionais para além dos sintomas, estão mais atriadas a deprimir aquando a menopausa (Dennerstein, 1996). Esta associação estende-se ao medo de envelhecer aliado a uma sensação de

inutilidade ou carência afectiva (Lorenzi et al., 2006). O facto de não se encontrarem diferenças na qualidade de vida emocional nos diferentes grupos de estado civil diverge do estudo de Kurpius, Nicpon e Maresh (2001), ou seja, que o estado civil parece estar relacionado com o sofrimento psicológico e que, as mulheres não casadas estão mais susceptíveis de deprimir. Contudo, há que considerar que quase 70% das mulheres da amostra são casadas, o que pode enviesar os resultados neste sentido.

A nível da qualidade de vida sexual, esta parece diminuir com a entrada na pós-menopausa. Apesar da possível relação com as carências hormonais (Freedman, 2002), estas não parecem explicar muitos casos de diminuição do desejo sexual, excitação e prazer que poderão estar relacionados com outros aspectos, nomeadamente alterações ao nível da relação com o parceiro ou até mesmo mudanças do próprio corpo, que poderão fazer com que a mulher se veja menos desejável afastando-se sexualmente do companheiro. Assim, uma diminuição da libido, por exemplo, poderá relacionar-se com problemas emocionais (considerando também o decréscimo da qualidade de vida emocional) que vão influenciar a resposta sexual da mulher.

Considerando os resultados da análise correlacional, parece que os acontecimentos negativos que vão tendo lugar na vida da mulher são também factor para uma diminuição da qualidade de vida, nomeadamente emocional. Já Hardy e Kuh (2002; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007) deram ênfase aos acontecimentos menos positivos que acontecem na vida da mulher e que parecem ter mais significado na prevalência de sintomas psicológicos do que o próprio estado de menopausa em que se encontra a mulher. Entretanto é importante considerar que o instrumento dos acontecimentos de vida utilizado avalia o impacto destes em termos de stress, o que pode explicar a correlação com a dimensão emocional da qualidade de vida ser mais forte.

Os resultados das correlações entre as quatro subescalas da qualidade de vida e acontecimentos de vida positivos ou negativos não negam o contributo destes, mas certamente haverá outros factores que se relacionarão mais fortemente. Contudo, parece que a qualidade de vida tende a aumentar, conforme os acontecimentos de vida vão sendo avaliados de forma cada vez menos negativa e a diminuir quando avaliados de forma cada vez menos positiva.

A forma como cada mulher percepção determinado acontecimento é uma questão individual que se prende com as suas experiências e abrangendo também aspectos sócio-culturais. Assim se explica as divergências encontradas, por exemplo, no que se refere à saída dos filhos de casa, que pode ser percebido como negativo ou sinónimo de mais liberdade.

O presente estudo vem reforçar que a qualidade de vida, de uma forma geral, não parece ser afectada com a inevitabilidade da menopausa, embora sofra um abalo a nível emocional e sexual.

Considerando que a menopausa acontece na meia-idade e que por isso acompanha o próprio envelhecimento da mulher, são interessantes os resultados que, ainda assim, parecem revelar que apesar da sua nova condição as mulheres vão evidenciando um bom envelhecer. Muitos factores parecem contribuir para toda esta experiência da menopausa. Os sintomas inerentes à menopausa não são inegáveis, mas há que considerar a forma como a sociedade dá a conhecer a menopausa e também que nesta fase da vida têm lugar uma série de acontecimentos que vão marcar a forma como as mulheres a percebem.

REFERÊNCIAS

- Chaby, L. (1997). *A menopausa*. Biblioteca básica de ciência e cultura. Instituto Piaget.
- Dennerstein, L. (1996). Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas*, 23 (2), 147-157.
- Freedman, M. A. (2002). Quality of life and menopause: the role of estrogen. *Journal of Women's Health*, 11 (8), 703-718.
- Ekström, H., & Hovellius, B. (2000). Quality of life and hormone therapy in women before and after menopause. *Scand J Prim Health Care*, 18, 115-121.
- Helson, R., & Wink, P. (1992). Personality change in women from the early 40s to the early 50s. *Psychology and Aging*, 7 (1), 46-55.
- Kolod, S. (2009). Menopause and sexuality. *Contemporary Psychoanalysis*, 45 (1), 26-43.
- Kurpius, S. E. R., Nicpon, M. F., & Maresh, S. E. (2001). Mood, Marriage, Menopause. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (1), 77-84.
- Luoto, R. (2009). Hot flushes and quality of life during menopause. *BMC Women's Health*, 9 (13).
- Nisar, N. (2001). Severity of menopausal symptoms and the quality of life at different status of menopause: a community based survey from rural Sindah, Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2 (5). 118-130.
- Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 455-466. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2010). Quantidade (de estrogénio) é sinónimo de “qualidade (de vida)? Sobre a menopausa e a qualidade de vida. In I. Leal & J. Pais Ribeiro (Eds.), *Psicologia da Saúde: Sexualidade, Género e Saúde* (pp. 111-118). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Price, S. L., Storey, S., & Lake, M. (2008). Menopause experiences of women in rural areas. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (5), 503-511.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da life experiences survey (LES) à população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 49-59.

O LOCUS DE CONTROLO E A ADEÇÃO À TERAPÊUTICA NA DOENÇA REUMÁTICA EM IDADE PEDIÁTRICA

MICHELE BALOLA

O aparecimento de uma doença crónica constitui uma ocorrência não-normativa e um forte desencadeador de stress. Assiste-se, actualmente, ao crescente emergir de novas cronicidades, sendo que estas atingem cada vez mais a população jovem. Verifica-se que existe um aumento da prevalência de doença crónica na população, quando comparada com as doenças de carácter agudo. De forma crescente, a doença crónica representa uma potencial causa de morte. Para um indivíduo continuar a viver a vida do dia-a-dia com a sua doença crónica, tem de promover alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e sociais de modo a que a sua qualidade de vida não seja perturbada. As doenças reumáticas têm um impacto negativo em várias dimensões da vida das crianças e adolescentes, incluindo incapacidade física, problemas emocionais, desajustamento social e diminuição da escolaridade, alterando assim, a qualidade de vida em geral. Para muitos dos jovens, o desafio para viver com a sua doença pode traduzir-se num pobre funcionamento psicossocial em conjunto com elevados níveis de stress (Rosina, Crisp & Steinbeck, 2003).

O Locus de Controlo é entendido como uma característica psicológica, que demonstra o grau em que o indivíduo percebe que as suas vivências quotidianas são resultantes das suas acções e, por isso, controláveis pelo próprio (controlo interno) ou, como independentes do seu comportamento e, por isso, fora do seu controlo (controlo externo). Como refere Rotter (1990, p.1) “é a percepção do indivíduo que um reforço sucede, ou é contingente, ao seu comportamento, *versus* a percepção, que o reforço é controlado por forças exteriores a ele e pode ocorrer independentemente da sua acção”.

Indivíduos que acreditam que o seu sucesso ou fracasso é função de factores exteriores a si mesmo, como a sorte ou o acaso, enquadram-se num Locus de Controlo do tipo externo. Por outro lado, indivíduos com um Locus de Controlo do tipo interno, acreditam que o seu sucesso ou fracasso depende essencialmente dos seus actos ou competências, sentindo que desempenham maior influência na consecução de reforços que os externos (Strickland, 1989, citado por Almeida & Pereira, 2006).

O desenvolvimento do Locus de Controlo é consequência de um processo de aprendizagem social, contínuo, dependente da observação, instrução e incentivos que são dados por pessoas significativas na vida do sujeito (Strickland, 1989, citado por Almeida & Pereira, 2006). A família surge como protótipo de: Comparação, acção, reforço dos comportamentos e controlo do ambiente. Investigações indicam que na infância e na adolescência, o desenvolvimento do Locus de Controlo manifesta uma

tendência que se revela precocemente para a externalização ou para a internalização. Esta tendência mantém-se estável ao longo do desenvolvimento ou, por outro lado, ostenta uma derivação gradual do controlo interno (Ribeiro, 1994). Outras investigações ostentam que existe um *continuum* situado entre os dois extremos, na distribuição da controlabilidade exercida pelos sujeitos (Ribeiro, 2000).

A família de uma criança ou adolescente com doença crónica vive com uma carga de stress na adaptação à doença. Jovens com artrite crónica e as suas famílias enfrentam muitos desafios relacionados com a doença e com o tratamento. Em conjunto com a dor e limitações físicas, os jovens podem também experienciar alterações na imagem corporal, ansiedade relacionada com a aceitação social e medos relacionados com o decurso da doença e do seu futuro (LeBovidge, Lavigne, Donenberg, & Miller, 2003).

A adesão pode ser definida como um compromisso dinâmico, consciente e bidireccional. Esta relação pressupõe que médico e doente trabalhem em conjunto para se aproximarem dos objectivos terapêuticos idealizados. A definição subentende determinados comportamentos do doente: Cumprimento da medicação segundo o esquema, assiduidade às consultas e cumprimento de um estilo de vida saudável e/ou adequado à situação (Logan, Zelikovsky, Labay & Spergel, 2003).

A não adesão ao tratamento poderá estar relacionada com diferentes factores, tais como as características do tratamento e da doença, e variáveis do próprio paciente e da família. Em relação às características do tratamento, esta poderá estar associada à não adesão devido por exemplo, à duração e à complexidade do tratamento, efeitos secundários da medicação e eficácia versátil do tratamento. As características da própria doença também poderão estar associadas à não adesão, como períodos assintomáticos, severidade da doença e a sua presença em faixas etárias mais baixas. As variáveis do próprio paciente e da família poderão estar relacionadas, por exemplo com questões étnicas conduzindo à não adesão do tratamento (Lemanek, Kamps & Chung, 2001). Existe uma tendência para uma menor adesão às recomendações médicas por parte dos doentes crónicos. Por outro lado, os doentes agudos são considerados como mais aderentes aos tratamentos, uma vez que estes visam a obtenção de resultados rápidos (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Crianças e adolescentes com artrite reumatóide juvenil são coagidos a aderir com consistência a uma terapêutica complexa e prolongada no tempo, como a toma de medicação e exercícios com cariz terapêutico (Rapoff & Lindsley, 2007).

O objectivo da presente investigação foi o de avaliar se a controlabilidade exercida em relação à saúde/doença é baseada num controlo interno ou externo. Apresenta ainda como objectivo examinar a Adesão à Terapêutica, nomeadamente as barreiras à adesão e a sua intensidade.

MÉTODO

Participantes

A amostra da população em estudo é constituída por 33 participantes que tenham diagnosticada uma doença reumática e os seus respectivos pais que cumprissem os critérios de inclusão na amostra. Os participantes apresentavam uma média etária situada nos 13,85 anos (11 – 17 anos), 7 (21,2%) eram do género masculino e 26 (78,8%) do género feminino, 81,8% eram de raça caucasiana e 84,8% eram naturais de Portugal.

Material

O Protocolo de Avaliação foi constituído por: dois questionários de Caracterização da Amostra (um destinado aos pais e outro aos filhos), Escala de Locus de Controlo de Saúde para o grupo dos pais, Escala de Locus de Controlo na Saúde e Illness Management Survey para o grupo dos filhos.

Questionário de Caracterização da Amostra - Questionário anónimo e de auto-resposta construído com o objectivo de descrever, detalhadamente, as variáveis demográficas da amostra assim como questões clínicas gerais e questões clínicas específicas das doenças reumáticas.

Escala de Locus-de-Controlo na Saúde - Questionário de auto-resposta composto por 14 itens, resultante da tradução do “Child Health Locus of Control” desenvolvido por Parcel e Meyer (1978). Avalia as crenças da criança acerca da controlabilidade da sua saúde. Foi traduzida por Pereira e Soares em 1997 e adaptada por Almeida e Pereira em 2006. O valor da consistência interna – Alfa de Cronbach – é de 0,64.

Escala de Locus-de-Controlo de Saúde - Resulta da escolha e tradução de itens das escalas “Health Locus of Control Scale” (Wallston, et al., 1976), “Multidimensional Health Locus of Control Scales” (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978), “Health-Specific Locus-of-Control” (Lau & Ware, 1981). Foi adaptada por Ribeiro em 1994, em dois estudos realizados com amostras distintas, sendo composto por 14 itens. A resposta é dada numa escala tipo Likert de sete pontos. O valor da consistência interna (Alfa de Cronbach) nos dois estudos foi de 0,75 e 0,74.

The Illness Management Survey- É uma escala de auto-resposta para crianças e adolescentes nas suas percepções às barreiras na adesão à terapêutica médica, bem como o número e a intensidade destas barreiras. Identifica também os sub-grupos não-aderentes à terapêutica baseados nos tipos de barreiras identificadas. É constituído por 27 itens, apresentando cinco domínios de barreiras à terapêutica: doença/terapêutica; problemas cognitivos; falta de suporte social ou auto-eficácia; negação ou desconfiança; influência de pares. A resposta é dada numa escala tipo Likert de cinco pontos. O valor do Alfa de Cronbach da versão original é de 0,87.

Procedimento

Os dados obtidos foram organizados e trabalhados com recurso ao programa estatístico “Statistical Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 15.0.

RESULTADOS

Da interpretação dos resultados obtidos verificámos que no grupo dos pais predomina, maioritariamente, o Locus de Controlo Externo e no grupo dos filhos o Locus de Controlo Interno. As barreiras da Adesão à Terapêutica apresentam uma maior intensidade na sub-escala de problemas cognitivos, seguida da negação e da doença/terapêutica. As sub-escalas que representam uma menor intensidade como barreira são o suporte social e a influência de pares.

Relativamente ao Locus de Controlo, a maioria dos pais vivencia a doença do filho admitindo que esta depende de factores exteriores a si, como a sorte ou o acaso. Por sua vez, os filhos crêem que a doença foi determinada pelas suas acções ou competências, acreditando que podem influenciar o seu estado de saúde.

Contrariamente às nossas expectativas, de que pais e filhos apresentariam o mesmo tipo de Locus de Controlo (interno ou externo), nos pais foi evidente um predomínio do controlo externo e nos filhos um predomínio do controlo interno. O desenvolvimento do Locus de Controlo é consequência de um processo de aprendizagem social, onde a família ou outros significativos servem como padrão comparativo (Strickland, 1989, citado por Almeida & Pereira, 2006; Ribeiro, 1994).

O facto de os filhos apresentarem um predomínio do Locus de Controlo Interno demonstra ser adaptativo e saudável, sendo um melhor preditivo do comportamento relativo à saúde. Como referido no estudo de Almeida e Pereira (2006), esperávamos que o grupo dos filhos apresentasse uma tendência para internalização, uma vez que ao longo do desenvolvimento é esperado um incremento progressivo do controlo interno.

No que diz respeito à Adesão à Terapêutica, encontramos os valores médios mais elevados nas sub-escalas problemas cognitivos, seguida da negação ou desconfiança e doença/terapêutica, constituindo-se como maiores barreiras à adesão. A maior intensidade das barreiras (sub-escala problemas cognitivos) parece apontar para aspectos como confusão ou conhecimento do que é estar doente. A sub-escala da negação está relacionada com aspectos como o optimismo/pessimismo e autonomia. A sub-escala doença/terapêutica aponta para aspectos como as dores, desconforto e alterações físicas. Por outro lado, as sub-escalas suporte social e influência de pares não constituem barreiras à adesão, sendo as que apresentam valores médios mais baixos.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos reflectem para barreiras directamente relacionados com a doença e processos internos do próprio paciente. Sendo uma população com doença crónica não era esperado que estes fossem totalmente aderentes, pois como mencionado no estudo de Joyce-Moniz e Barros (2005), os doentes crónicos tendem a apresentar um menor cumprimento das indicações médicas quando

comparados com doentes agudos. Particularmente nas doenças reumáticas e tal como refere Bennett (2002), a Adesão à Terapêutica é determinada pela crença da gradual ineficácia dos analgésicos para as dores. Comparativamente ao estudo atrás mencionado, a crença de que a medicação se torna pouco eficaz foi observável na presente investigação uma vez que, apenas cerca de metade do total da amostra (48,5%) acredita na eficácia dos medicamentos dos sujeitos, referindo ter sentido melhorias com a medicação.

Neste estudo não se verificaram diferenças na Adesão à Terapêutica em função do Locus de Controlo do grupo dos filhos. Embora se tenha averiguado que os sujeitos com Locus de Controlo Interno são os que apresentam menor intensidade de barreiras à adesão. De acordo com o modelo clássico de Rotter (1990), sujeitos com um domínio interno implementavam um maior número de comportamentos de Adesão à Terapêutica. Estudos mais recentes referem que nem sempre esse facto se verifica (Almeida & Pereira, 2006). Na investigação anteriormente citada sujeitos com Locus de Controlo Interno podem adoptar estratégias inadequadas na Adesão à Terapêutica como por exemplo a negação ou repressão. No nosso estudo verificamos que uma das sub-escalas que se apresenta com um valor médio mais elevado é a sub-escala da negação ou desconfiança ($M=2,73$). Embora a amostra total do grupo dos filhos apresente um domínio da internalidade (66,7%), os sujeitos com um domínio da externalização são os que ostentam resultados mais elevados na sub-escala negação ou desconfiança.

A dor nas doenças reumáticas é um problema significativo que as crianças têm que enfrentar. Cerca de metade do total da amostra (51,5%) alega ter sentido dores no último mês. A intensidade da dor categoriza-se em dor leve, dor moderada e dor forte ou incapacitante, sendo que a maioria dos sujeitos caracterizava a dor como leve ou moderada (21,2% em ambas as categorias). O valor de 9,1% de sujeitos que alegam sentir dor forte ou incapacitante não é menos preocupante, pois pode ser indicativo da severidade que a doença está a provocar nestes sujeitos. No entanto, este valor pode indicar alguma subjectividade da escala da intensidade da dor, uma vez que nem todos os sujeitos sentem dor da mesma forma.

Os sujeitos referem que a doença lhes traz problemas como as dores (54,5%), faltar à escola (30,3%), cansaço (27,3%) e actividades desportivas (21,2%). Verificamos novamente como a dor na doença crónica, é um problema com repercussões várias na vida dos jovens pacientes, representado com o valor mais elevado dentro das várias possibilidades.

De salientar que mais de metade do total de pais (64%) considera que a doença não tem quaisquer consequências na vida do filho. Considerando que o diagnóstico de uma doença crónica origina um estado de crise que pode ter períodos agudos de agravamento com descompensação ou de interacção com a doença, significativa para o paciente e seus familiares. A percentagem de 64% apresentada pelos pais é preocupante, não nos podendo deixar de questionar se a ausência de preocupação

corresponde a um possível desinteresse ou a uma tentativa de desprezar a gravidade da situação. Restaria analisar se os filhos não apresentam realmente sintomas de descompensação ou se os pais estão pouco atentos à sua manifestação e por sua vez às consequências que têm na vida do filho.

Os pais referem que a doença do filho não provocou alterações no dia-a-dia da família (45,5%). Os resultados obtidos nesta questão vão de encontro à literatura como descrito no estudo de Lipani e Walker (2006). Os autores referem que a doença crónica pode afectar o bem-estar, bem como as actividades e rotinas diárias da família. Contudo, o mesmo estudo menciona que a presença de um familiar com doença crónica não afecta todas as famílias da mesma forma. O valor de 45,5% pode dever-se apenas ao facto destas famílias não terem sido afectadas ao nível das suas rotinas diárias. Questionamo-nos então, se o seguimento nas consultas, medicação ou outros tratamentos, dores e eventuais internamentos não têm impacto no dia-a-dia de uma família, ou se porventura estas famílias se encontram num estado de acentuado desconhecimento ou eventual negação.

Concluindo, num âmbito de prevenção seria de importância primordial uma intervenção psicológica em contexto hospitalar, consciencializando e sensibilizando estes pais sobre a doença em si e qual o impacto na vida do filho. Perspectivando investigações futuras neste domínio, afirma-se que seria de maior interesse alargar horizontes no estudo do vasto leque doenças crónicas e estabelecer comparações com doenças de carácter agudo.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J. P., & Pereira, M. G. (2006). Locus de Controlo na Saúde: Conceito e Validação duma Escala em Adolescentes com Diabetes Tipo I. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 221-238.
- Bennett, P. (2002). Questões hospitalares. In P. Bennett (Ed.), *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde* [Introduction to Clinical Health Psychology] (pp. 111-132). Lisboa: Climepsi.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). Adesão ao Tratamento. In L. Joyce-Moniz, & L. Barros (Eds.), *Psicologia da Doença para Cuidados De Saúde* (pp. 179-216). Lisboa: ASA.
- LeBovidge, J., Lavigne, J., Donenberg, G., & Mileer, M. (2003). Psychological Adjustment of Children and Adolescents With Chronic Arthritis: A Meta-analytic Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (1), 29-39.
- Lemanek, K., Kamps, J., & Chung, N. (2001). Empirically Supported Treatments in Pediatric Psychology: Regimen Adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (5), 253-275.
- Lipani, T., & Walker, L. (2006). Children's Appraisal and Coping with Pain: Relation to Maternal Ratings of Worry and Restriction in Family Activities. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (7), 667-673.

- Logan, D., Zelikovsky, N., Labay, L., & Spergel, J. (2003). The Illness Management Survey: Identifying Adolescents' Perceptions of Barriers to Adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (6), 383-392.
- Rapoff, M., & Lindsley, C. (2007). Improving adherence to medical regimens for juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatric Rheumatology*, 5 (10). Consultado em 20 de Março de 2009 através de <http://archie.kumc.edu/bitstream/handle/2271/608/1546-0096-5-10.pdf?sequence=1>
- Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito Locus de Controlo. *Máthesis*, 9, 297-314.
- Ribeiro, J. (1994). Reconstrução de uma Escala de Locus-de-Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 207-214. Consultado em 26 de Agosto de 2009 através de <http://paisribeiro.googlepages.com/LOcusdeControlodeSade.pdf>
- Rosina, R., Crisp, J., & Steinbeck, K. (2003). Treatment adherence of youth and young adults with and without a chronic illness. *Nursing and Health Sciences*, 5, 139-147.
- Rotter, J. (1990). Internal versus External Control of reinforcement: a case history of a variable. *American Psychologist*, 45 (4), 489-493.

MOTIVAÇÃO VERSUS STRESS ORGANIZACIONAL: ESTUDO DE PREDITORES DA SAÚDE E BEM-ESTAR ORGANIZACIONAL ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS (DECORE)

RUI BÁRTOLO-RIBEIRO 1, ANA MARINA COELHO 1,2 & BRUNO SOARES RODRIGUES 1

A motivação e o stress organizacionais constituem-se dois grandes domínios no estudo académico do comportamento organizacional (Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso, 2006). A motivação no trabalho encontra-se, em muitos estudos, associada à componente da produtividade organizacional (Cunha & Marques, 1990). Esta associação pode, contudo, ser influenciada negativamente pela exposição dos colaboradores da instituição a riscos psicossociais, levando, inclusive, à emergência de problemas de saúde com diminuição da sua qualidade de vida.

O stress organizacional também tem merecido grande destaque no estudo do comportamento organizacional, mas geralmente associado ao oposto da motivação em termos de consequências para o sujeito e para a organização. O stress organizacional pode afectar negativamente, não só o rendimento do colaborador na organização, como o seu próprio bem-estar psicológico. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization* [WHO], n.d.), o stress relacionado com o trabalho corresponde à resposta do sujeito quando confrontado com exigências e pressões para as quais não possui conhecimentos e aptidões de modo a lidar com elas como um desafio.

O estudo da interrelação entre a motivação e o stress profissional sobressai menos na literatura, tendo incentivado a presente pesquisa. Morley, Moore, Hearty e Gunnigle (1998), por exemplo, associam a experiência do stress à motivação na medida em que um baixo nível de motivação pode, em situações específicas resultar numa vivência de stress por parte do sujeito. Contudo, a percepção de stress por parte do trabalhador pode incrementar a sua produtividade, produzindo idêntico efeito que a motivação, já que cria a percepção de que a sua produtividade está abaixo do esperado.

Nesta pesquisa tomámos em consideração variáveis organizacionais associadas ao risco psicossocial e analisámos como elas se relacionam com o stress e a motivação em contexto laboral. Na actualidade, quase todas as instituições dedicadas à avaliação das condições de trabalho e protecção da saúde dos trabalhadores (e.g., IDICT) preocupam-se significativamente pelo estudo dos riscos ou factores psicossociais no ambiente laboral.

1 ISPA – Instituto Universitário / Centro de Avaliação Psicológica (ISPA-IU / CAP); 2-i.Zone Knowledge Systems.

Estes factores podem ser definidos como as condições que se encontram presentes numa situação laboral, directamente relacionadas com a organização, e que têm capacidade para afectar tanto o bem-estar ou a saúde (física, psíquica ou social) do trabalhador como o desempenho do trabalho (Martín & Pérez, 1997). O interesse pelo estudo destes riscos surge fundamentalmente pela elevada relação encontrada entre a presença de alguns factores psicossociais e o surgimento de doenças. Assim, estar exposto a factores psicossociais adversos no ambiente de trabalho produz stress organizacional que, mantido no tempo, pode constituir um factor de risco de doença cardiovascular, abuso de substâncias, depressão, *burnout* e baixa auto-percepção da saúde entre outros (WHO, n.d.).

Neste estudo foram considerados os factores psicossociais que derivam de dois modelos teóricos mais salientes na literatura: o modelo *Exigências-Controlo* (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) e o modelo *Desequilíbrio Esforço-Recompensa* (Siegrist, 1996; 1998). O modelo *Exigências-Controlo* postula que as principais fontes de stress encontram-se em duas características básicas do trabalho: (1) as exigências laborais (excesso de trabalho, falta de tempo, ritmo e intensidade de trabalho e conflitualidade entre as exigências); e (2) o controlo que os trabalhadores têm sobre as mesmas (autonomia que o trabalhador tem na hora de tomar decisões, a possibilidade de decidir como fazer o trabalho e o nível de influência sobre este).

O modelo foi ampliado pelos postulados de Johnson e Hall (1988) ao incorporar o apoio social como uma terceira dimensão, já que diversas investigações indicam que os trabalhadores expostos a exigências elevadas, com pouco controlo e baixo apoio social apresentam um risco duas vezes superior de morbidez e mortalidade por doença cardiovascular que o trabalhador que tem empregos de baixa exigência, muito controlo e um forte apoio social (Johnson & Hall, 1988, 1994).

O modelo do *Desequilíbrio Esforço-Recompensa* (Siegrist, 1996, 1998) tenta explicar a relação entre os factores psicossociais e a saúde, nomeadamente do desequilíbrio entre os esforços solicitados ao trabalhador e as recompensas que lhe são devidas. Ao contrário do modelo anterior, desloca o foco de atenção do factor psicossocial *controlo* para o factor *recompensas*. Para Siegrist (2000), o bem-estar e saúde do trabalhador são conseguidos através do equilíbrio entre os papéis laborais e as recompensas. Um exemplo de desequilíbrio pode surgir quando um colaborador apresenta um padrão motivacional caracterizado por uma elevada necessidade de aprovação, comprometendo-se com um desempenho acima das suas capacidades, sujeitando-se, eventualmente, a um maior risco de tensão psicológica devido a uma reciprocidade assimétrica, já que, consequentemente, as expectativas relativamente às recompensas são muito elevadas. Os efeitos serão mais adversos na saúde e bem-estar do trabalhador quando se sobrepõem as componentes estrutural e pessoal, ou seja, quando os esforços forem elevados, as recompensas escassas e o trabalhador tender a assumir um padrão motivacional caracterizado pelo *sobrecompromisso* (*overcommitment*).

MÉTODO

Participantes

A amostra compreende 518 colaboradores de instituições portuguesas de diferentes sectores profissionais dos quais 55,7% são do género masculino. As idades estão compreendidas entre os 18 e os 70 anos ($M=39,6$ anos e $DP.=10,9$). Ao nível das habilitações académicas, o ensino superior é a categoria que apresenta a frequência mais elevada: 48,8% dos inqueridos possuem um grau académico universitário.

Material

Foi utilizada a adaptação portuguesa do *Questionário de Avaliação de Riscos Psicossociais* DECORE (Bártolo-Ribeiro, Rodrigues & Coelho, no prelo) para avaliar a percepção que os trabalhadores têm sobre os riscos psicossociais. Foi desenvolvido por Luceño e Martín (2008) e fundamenta-se nos modelos teóricos *Exigências-Controlo* (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) e *Desequilíbrio Esforço-Recompensa* (Siegrist, 1996; Siegrist, 1998). Constituído por 44 numa escala de resposta tipo Likert de cinco alternativas (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente), avalia quatro categorias de factores psicossociais: *exigências cognitivas* (requisitos exigidos ao trabalhador e directamente relacionado com o “quanto” se trabalha); *controlo* (centra-se nas possibilidades que o trabalhador tem para determinar que tarefas realiza, os métodos de organização do trabalho e, em geral, as decisões que estão relacionadas com a organização da actividade laboral); *recompensas* (relaciona-se com os benefícios que o trabalhador recebe - ou não - resultantes da sua actividade laboral - essencialmente rendimento económico e segurança laboral); e *apoio organizacional* (centra-se nas relações com colegas e superiores e, consequentemente, nos efeitos que estas produzem no trabalhador). Num estudo prévio de adaptação as quatro dimensões do questionário revelaram adequada consistência interna (*apoio organizacional*, 12 itens = 0,83; *recompensas* 11 itens = 0,86; *exigências cognitivas*, 12itens = 0,80; e *controlo*, 9 itens = 0,78). O DECORE avalia também o desequilíbrio que ocorre entre alguns dos factores psicossociais através dos índices de *Desequilíbrio Exigências-Controlo (DEC)*; de *Desequilíbrio Exigências-Recompensas (DER)*; e o *Índice Global de Risco (IGR)* que será o único a ser analisado neste estudo, constituindo-se uma medida global de risco. Para as quatro dimensões e IGR do questionário DECORE foram considerados quatro níveis de exposição ao risco: *emergência*, *alerta*, *saudável e excelente*, calculados a partir dos pontos de corte que provocam maior validade de critério do instrumento (ver Bártolo-Ribeiro *et al.*, no prelo).

As variáveis critério *motivação laboral* e *percepção de stress*, foram operacionalizadas através da resposta às questões “*Estou muito motivado no meu trabalho*” e “*Estou muito stressado*”

respectivamente, numa escala tipo Likert de cinco pontos (desde 1- *discordo totalmente* até 5- *concordo totalmente*).

RESULTADOS

Procedeu-se à comparação das diferenças de médias entre os grupos correspondentes aos quatro níveis de exposição ao risco nas quatro escalas e IGR do DECORE relativamente às variáveis critério *motivação laboral* e *percepção de stress*. Recorreu-se à ANOVA *one-way* com comparações *post hoc* para verificar entre que grupos existiam diferenças (estatística HSD - *Honestly Significant Difference* - de Tukey, quando se cumpriu o pressuposto da homogeneidade de variâncias, e T2 de Tamhane, quando tal pressuposto não foi validado).

a. Apoio organizacional

Em relação ao critério *motivação*, a dimensão *apoio organizacional* apresenta diferenças estatisticamente significativas em todas as comparações a $p < 0,001$, à excepção da comparação entre o nível alerta e emergência, cujo nível de significância se situou apenas a $p = 0,02$. Os colaboradores que percebem menor apoio por parte dos seus colegas e superiores, apresentam menor nível de motivação laboral. No critério *percepção do stress* encontrou-se uma diferença significativa do ponto de vista estatístico entre os seguintes grupos: emergência-excelente ($p < 0,001$); emergência-saudável ($p < 0,001$); e alerta-excelente ($p < 0,01$).

b. Recompensas

No critério *percepção do stress* as diferenças são significativas entre todos os níveis de exposição ao risco relativamente às recompensas, à excepção do saudável-alerta. No critério *motivação* encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, no sentido esperado, entre todas as combinações dos quatro níveis de exposição ao risco. Os trabalhadores que apresentam pontuações com uma percepção do risco mais elevada na escala *recompensas* encontram-se mais stressados e menos motivados que os que apresentam pontuações mais baixas.

c. Controlo

Os colaboradores com pontuações nos níveis de maior risco na escala *controlo* percebem-se mais stressados e menos motivados. No critério *percepção do stress* as diferenças são estatisticamente significativas, no sentido esperado, entre os grupos emergência-excelente ($p < 0,001$) e alerta-excelente ($p < 0,001$). No critério *motivação laboral* todas as combinações de grupo de risco apresentam diferenças estatisticamente significativas.

d. Exigências cognitivas

Na escala *exigências cognitivas* apenas se consideraram três níveis de risco (alerta positivo – exigências elevadas -, saudável e alerta negativo – exigências baixas), tendo-se verificado uma relação directa e estatisticamente significativa entre as pontuações desta escala e a *percepção de stress* na conjugação dos três níveis de risco: alerta positivo – saudável; alerta positivo - alerta negativo; e saudável - alerta negativo. Estes resultados indicam que os trabalhadores com uma percepção de maiores *exigências cognitivas* no desempenho das suas funções estão significativamente mais stressados que os que apresentam pontuações mais baixas na percepção das exigências que lhe são feitas. Verifica-se também, uma relação entre os níveis de risco das *exigências cognitivas* e a *motivação laboral*, ou seja, os trabalhadores que percebem que lhe são efectuadas maiores exigências, apresentam maior motivação, embora sem valor estatisticamente significativo.

e. Índice Geral de Risco

Quando se toma em consideração o Índice Geral de Risco (IGR), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no critério *percepção do stress* entre todos os níveis de risco estabelecidos, excepto para o par emergência-alerta. Relativamente ao critério *motivação* encontrou-se uma relação no sentido esperado e estatisticamente significativa na maioria dos grupos classificativos.

f. Estudo de regressão linear múltipla

Realizaram-se duas análises de regressão linear múltipla com método de extracção de variáveis por *stepwise*, tomando como critérios a *percepção de stress* e a *motivação laboral*. As duas equações de regressão foram compostas por três preditores com relevância estatística: *apoio organizacional*, *exigências cognitivas* e *recompensas*. A dimensão *controlo* não foi seleccionada nos dois modelos. Desta forma, podemos considerar que a variável *controlo* não possui variabilidade com suficiente peso estatístico para ajudar a prever o comportamento de qualquer uma das duas variáveis critério consideradas (*percepção de stress* e *motivação*).

Quando o critério é a *motivação laboral*, a variável *apoio organizacional* é a primeira a entrar no modelo, cabendo-lhe a maior percentagem de variância explicada ($R^2_{Aj} = 0,184$). O modelo incrementa a sua capacidade explicativa até 30% com a inclusão das variáveis *recompensas* (Inc. de $R^2_{Aj} = 0,086$), e *exigências cognitivas* (Inc. de $R^2_{Aj} = 0,025$). Considerando que as pontuações nas escalas estão directamente relacionadas com o risco, ou seja, um elevado valor na escala *apoio organizacional* significa que o sujeito percebe pouca apoio por parte dos colegas e chefias e que os coeficientes das variáveis *apoio organizacional* e *recompensas* são negativos e o da variável *exigências cognitivas* positivo, podemos interpretar os resultados do seguinte modo: quanto maior for o apoio organizacional, mais positiva a percepção das recompensas e uma menor exigência sobre o trabalho, mais motivados estarão os funcionários.

Apesar do modelo relativo à variável critério *percepção do stress* incluir as mesmas variáveis predictoras, elas foram extraídas por diferente ordem e com diferentes percentagens de variância explicada: 1. *exigências cognitivas* ($R^2_{Aj} = 0,131$); 2. *apoio organizacional* (Inc. de $R^2_{Aj} = 0,070$); e 3. *recompensas* (Inc. de $R^2_{Aj} = 0,006$). No seu total, este modelo possui uma capacidade explicativa da *percepção do stress* dos funcionários em aproximadamente 21%, que é inferior à obtida com a *motivação*.

DISCUSSÃO

A percepção que os colaboradores possuem das variáveis que se constituem riscos psicossociais tem uma relação próxima com a forma como se motivam para o trabalho, assim como afectam o seu bem-estar vivendo situações stressantes.

A utilização de ferramentas avaliativas dos riscos psicossociais de uma forma colectiva, permite identificar grupos de trabalhadores (postos de trabalho, turnos, departamentos...) mais expostos e cuja saúde pode estar a ser afectada. Segundo Luceño e Martín (2008), uma organização responsável não só deve proceder à identificação das causas do stress laboral, como deve planificar políticas de luta contra a origem deste, adoptando medidas para modificar os sintomas (intervenção terciária, luta contra os efeitos do stress mediante tratamento médico ou psicológico) ou a desenvolver nos trabalhadores estilos de vida que os tornem mais resistentes a situações geradoras de stress (intervenção secundária, promoção do exercício físico, alimentação saudável, hábitos de sono, exercícios de relaxamento, etc.).

REFERÊNCIAS

- Bártolo-Ribeiro, R., Rodrigues, B. S., & Coelho, A. M. (no prelo). *Estudo da adaptação do DECORE à população portuguesa*. Lisboa: CEGOC.
- Cunha, M. P., & Marques, C. A. (1990). Relação entre Objectivos/Feedback e Desempenho/Envolvimento/Satisfação. *Análise Psicológica*, 8 (3), 295-304.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C. & Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*, 6ª Ed. Lisboa: RH Editora.
- Johnson, J. V., & Hall, B. M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78 (10), 1338-1342.

- Johnson, J. V., & Hall, B. M. (1994). Social support in the work environment and cardiovascular disease. In S. Shumaler, & S. Czajkowski (Eds.), *Social Support and Cardiovascular Disease*. New York: Baywood.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands* job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990), *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Luceño, L., & Martín, J. (2008). *Manual do DECORE – Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*. Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- Martín, F., & Pérez, J. (1997). *Nota Técnica de Prevención, NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Publicado em <http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp.htm>.
- Morley, M., Moore, S., Hearty, N., & Gunnigle, P. (1998). *Principles of Organizational Behaviour: An Irish Text*. Dublin: Gill and Macmillan Ltd.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: theory, empirical support and implications for prevention. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 190-204). Oxford: Oxford University Press.
- Siegrist, J. (2000). Place, social exchange and health: Proposed sociological framework. *Social Science and Medicine*, 51, 1283-1293.
- World Health Organization [WHO] (n.d.), retirado em 15 de Novembro de 2011, do http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

SENTIDOS ESPIRITUAIS SOBRE SAÚDE NA ETNIA SATERÊ-MAWÉ NO AMAZONAS

MARIA ALICE BECKER & VALÉRIA WEIGEL

Este é um tópico de uma grande pesquisa interdisciplinar que foi realizada na área Marau-Urupadi, território indígena dos Saterê-Mawé, localizado no município de Maués/Amazonas. Financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Amazonas / FAPEAM, dentro do Programa Jovem Cientista Amazônico/JCA, a grande pesquisa iniciou-se formalmente em março de 2004, e desenvolveu diversas ramificações até o ano de 2009. Neste tópico aqui relatado os pesquisadores pretenderam apreender etnoconhecimentos da relação gente/ambiente na produção/reprodução da saúde, aspectos espirituais e materiais. O estudo desta temática específica foi desenvolvido por duas pesquisadoras e um pesquisador-bolsista que era professor de uma escola indígena Saterê-Mawé. O interesse pela questão da saúde foi definido pelos próprios professores saterê-mawé, no momento de discussão e planejamento da grande pesquisa que focalizava a relação cultura / meio ambiente / educação.

Ao definir a *saúde* como um dos focos de interesse, quando se propôs uma investigação sobre meio ambiente, tornou-se evidente a lógica totalizante com a qual a cultura saterê-mawé constrói conhecimentos e compreensão da realidade. Esta totalidade ficou expressa nas palavras de dois professores saterê-mawé, ao responderem o que entendiam por *meio ambiente*: “meio ambiente é a nossa vida!” (S.O.de Marau Novo/rio Marau) e “meio ambiente é como a gente vive com os animais, com as plantas, com as nossas coisas!” (J.S.O. de Nova União/ rio Marau).

Na base desse interesse por saúde no trato da questão ambiental está a percepção de professores e lideranças sobre um acervo de conhecimentos que está se perdendo, de uma geração para outra. Na sua percepção, isto acontece porque há uma crescente desvalorização dos conhecimentos tradicionais em favor dos conhecimentos *dos brancos*, e porque não há um registro e sistematização dos conhecimentos tradicionais (uma *ciência do concreto*, na expressão de Lévi-Strauss, 1989), registro esse que precisa ser feito.

Por outro lado, na discussão da pesquisa, manifestou-se também uma preocupação quanto à produção e reprodução da saúde dos Saterê-mawé, pelo modo como estão vivendo – na relação gente/ambiente – a assunção de comportamentos, valores e atitudes, e tendo acesso a bens de consumo materiais e não-materiais, os quais são apropriados da cultura urbana da sociedade branca envolvente. Lideranças e professores indígenas expressam seu temor de que esses processos possam representar prejuízos para a saúde do povo, caso não sejam mais bem conhecidos, refletidos e re-direcionados.

Desse modo, o estudo da relação gente/ambiente na produção/reprodução da saúde focalizou tanto saberes, quanto valores morais e míticos que dão sentidos e significados às atitudes e comportamentos na produção do bem-estar físico e espiritual, quanto elementos das condições sociais, econômicas e políticas que caracterizam o contexto em que se produz/reproduz a saúde dos Saterê-Mawé do rio Marau.

Nestes encontros com este povo indígena buscamos fazer registros de sua memória sobre o poder de cura presente na natureza, ao mesmo tempo em que compreendemos a necessidade de termos um olhar interdisciplinar para abranger a relação dos habitantes da floresta com a saúde. As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoraram que os povos indígenas possuem seus próprios sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais, e com o ambiente natural, e consistem ainda num recurso precioso na preservação ou recuperação de sua saúde.

Estamos considerando como etnoconhecimentos sobre saúde os sistemas de significações e explicações dadas pelos Saterê-Mawé às situações de perigo e/ou doença para o corpo, o espírito e o meio, bem como as estratégias de prevenção e cura dos males do corpo e da alma, para estabelecer/restabelecer bem-estar; sistemas e estratégias estes que estão estruturados numa lógica diferente da lógica do conhecimento científico. Ou seja, é o conhecimento construído sem a divisão operada na produção da ciência ocidental, em que se separou a *razão* da *emoção*, o *profano* do *sagrado*, o *homem* de *Deus* (Tourraine, 1994). Portanto, os etnoconhecimentos, enquanto sistemas de explicações e significações da realidade caracterizam-se por articular, numa totalidade, o *material* e o *espiritual*, a *razão* e a *emoção*, o *profano* e o *sagrado* (Eliade, 1988).

MÉTODO

Participantes

No fazer da pesquisa realizaram-se registros etnográficos em três comunidades (tendo cada uma entre 50 e 80 habitantes), as quais foram definidas por um critério sócio-geográfico: distância / proximidade da

área urbana (a cidade de Maués/Am), o que implicava maior / menor circulação dos indígenas no meio citadino, pois os grandes deslocamentos – desde as comunidades mais distantes, nas cabeceiras dos rios – têm um custo elevado, tanto pelo combustível, quanto pelo tempo despendido para chegar à cidade.

Material

Foram realizadas entrevistas coletivas em que adultos e líderes da comunidade respondiam e discutiam perguntas e respostas de um questionário elaborado pelas pesquisadoras; além de entrevistas semi-estruturadas a quatro professores, três agentes de saúde, dois tuxauas e duas senhoras e um senhor, a fim de aprofundar questões; assim como foram realizadas observações diretas em trabalho de campo. O questionário elaborado para este estudo baseou-se no documento oficial da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas de onde retiramos os temas que foram abordados em algumas das questões formuladas. Este documento fala brevemente da história prestada pelo governo brasileiro à saúde indígena e encontra-se na internet em Brasil (2002).

RESULTADOS

Estratégias de prevenção de doenças

Na reunião do dia 11 de dezembro falou-se sobre as doenças com as pessoas da comunidade. O tuxaua N. falou que a Aids é o mais perigoso porque não tem cura. As pessoas da comunidade não sabem se prevenir porque dizem que não tem camisinha. Os pesquisadores junto com o agente de saúde discutiram sobre esta grave doença. Os pesquisadores perguntaram sobre a vacinação infantil e responderam que algumas crianças não tomam vacina, mas não são todas. As doenças mais comuns são a criança ficar com diarreia, dor de cabeça, e às vezes com febre. Outras crenças que existem como formas de prevenção são representados nos rituais. O ritual da [formiga] tucandera, por exemplo, é considerado uma fonte de saúde. O ritual é só para os homens, começando quando o menino tem oito anos de idade e continuando até ficar jovem adulto, pois é considerado um remédio contra o medo e para desenvolver a coragem entre outras coisas. Para o sexo feminino existe o mito do Boto Encantado: a Sra. E. contou que a mulher menstruada [para não ser atacada pelo boto encantado] não pode lavar a roupa na beira do rio, nem tomar banho no rio. Caso não respeite o resguardo, a mulher que deu à luz e a moça nova podem ser atacadas pelo boto encantado e serem acometidas de moió – caracterizado por estado de perturbação física e espiritual – corre, grita, com dor de cabeça. Só o pajé cura o moió. Os encantados são os espíritos encantados.

Estratégias de cura

Existem pessoas que podem curar, como o pajé, o benzedor e o pegador de ossos. Acreditam que algumas pessoas já nascem para ser pajé. Na mata existem plantas que podem tornar um homem bom pajé ou um bom caçador: é o paricá. Quando o pajé não é bom, não sabe curar. As plantas junto com as rezas são estratégias para cura.

Sistemas de explicações das doenças curadas pelo pajé

Itiwã'i [quebranto]: acontece quando a criança passeia pela vizinhança e outras pessoas põem quebranto, pelo qual a criança fica com desinteria, dor de cabeça e vomito. Só o pajé cura a criança do quebranto. A pessoa não sabe que provoca o quebranto, ela agrada a criança e provoca isso. O Painisaang é o feitiço provocado por pessoas que sabem fazer feitiço, além do pajé, que também sabe enfeitiçar. Faz-se feitiço para o outro perder tudo, assim como também tem feitiço de amor. A melancolia e a tristeza podem ser curadas pelo pajé, quando são por feitiço. As pessoas idosas estão morrendo e levando consigo os saberes tradicionais. Há uma crescente desvalorização dos tratamentos e curas tradicionais. Muitos não valorizam o pajé; são os não índios, os católicos e protestantes e alguns saterê-mawé que acham que o pajé é o demônio. Quando o pajé não consegue curar é porque é doença para o médico. Hoje são pouquíssimos os pajés que existem, por estarem desacreditados, e não existem indígenas lutando para recuperar o uso dos seus remédios caseiros.

Sistema de explicações sobre saúde e doenças curadas pelo médico

Sem que se manifestassem contradições nas falas dos entrevistados, as explicações para definir saúde/doença exprimem concepções totalizantes que referem os vários âmbitos da vida, marcadamente aqueles ligados à sobrevivência como alimentação e condições de existência: O que é Saúde? Saúde é quando a pessoa tem tudo: roça, comida, terreno próprio, higiene, o rio, água limpa. O que é doença? Não tendo comida, tem doença. Sem se alimentar, a pessoa fica doente. Quando não cuidamos do corpo e da casa ficamos doentes. Não ter saúde é ter dor no corpo, dor de dente, dor de barriga, e com dor a pessoa emagrece.

Com base na teoria bioecológica construída por Bronfenbrenner (1996), elaboramos uma análise da relação gente/ ambiente/ saúde/ na vida das comunidades saterê-mawé que participaram da pesquisa, considerando que esta teoria permite uma profícua abordagem desta articulação pela série de integrações progressivas que envolve. Esta teoria focaliza as pessoas, vendo-as como seres ativos, capazes de operar mudanças em si e no ambiente. Mas, apreende as pessoas em processos que sempre ocorrem em contextos que são constituídos em interações em diversos níveis de diferentes sistemas e em diferentes tempos. Tais contextos compreendem a interação de quatro níveis ambientais articulados de modo concêntrico, constituindo o meio ambiente ecológico (Koller, 2004).

Nestes níveis diferentes de contextos, em combinações variadas, operam o que Bronfenbrenner (1996) denomina de *fatores de risco* e *fatores de proteção*, constituindo arranjos sempre provisórios de continuidades e mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Neste texto, produzimos uma interpretação da forma como se apresenta, na área saterê-mawé pesquisada, o arranjo desses fatores em cada um dos quatro níveis ambientais apontados pelo autor.

Como *microssistema* ou *microambiente* compreende-se o contexto das relações e interações interpessoais, vividos no cotidiano através de papéis sociais e atividades rotineiras, articulando as pessoas em suas famílias. Neste nível, consideramos haver três principais *fatores de risco* ao bem estar ou à saúde das pessoas. Em primeiro lugar, a dificuldade de relacionamento entre velhos e jovens, criando-se barreiras à transmissão/reprodução de um acervo de conhecimentos tradicionais sobre a natureza e a vida. Em segundo lugar, a fome e a escassez de alimentos, principalmente nas comunidades do alto rio Marau, engendrando uma dura e acirrada luta pela sobrevivência. E, por último, um crescente desinteresse entre os jovens pela execução de atividades básicas da produção da existência da vida saterê-mawé como fazer roça; nas palavras de uma senhora da comunidade Aldeia Nova, “os jovens não querem saber de plantar, nem de criar [animais]”.

Por outro lado, como *fatores de proteção* consideramos serem as próprias relações familiares, pois existe um cuidado e uma constante preocupação de pais e mães em relação às crianças e jovens, manifestando um forte sentimento de vida que se transforma em vetores de continuidades.

Como *mesossistema* ou *mesoambiente* Bronfenbrenner (1996) define o conjunto de microssistemas e as interrelações neles vividas pelas pessoas. Ou seja, são as relações e interações estabelecidas na comunidade e entre comunidades. Neste nível ambiental constituem-se como *fatores de risco*: o uso contínuo do veneno timbó que tem provocado a gradativa diminuição do peixe; o acúmulo de materiais não-degradáveis no rio e nas comunidades; o crescente aumento do uso de drogas lícitas (bebidas alcoólicas) e ilícitas, nas comunidades mais próximas do centro urbano; e o desleixo, principalmente entre os jovens, em relação aos métodos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids.

Neste nível, como *fatores de proteção* apontamos: a atuação dos tuxauas e dos agentes de saúde nas comunidades; a atuação da escola indígena, mediando informações e conhecimentos sobre o mundo dos brancos; e as matrizes coletivistas da cultura saterê-mawé, constituindo-se num vetor de continuidade da vida comunitária.

O terceiro nível contextual é o *exossistema* ou *exoambiente* que se constitui nas relações estabelecidas com as diferentes instituições. Apontamos como *fatores de risco* neste nível: a dependência criada às aposentadorias, quando as famílias têm um idoso aposentado; um crescente desinteresse pela agricultura entre os jovens, principalmente dessas famílias; a desinformação sobre as doenças sexualmente

transmissíveis; a desinformação sobre o que fazer com o lixo; as condições adversas na venda do guaraná que é o principal produto de comercialização; os conflitos entre instituições indígenas saterê-mawé; e a atuação fundamentalista de algumas missões evangélicas que tendem a desconstruir sistemas de valores culturais do povo indígena.

Como *fatores de proteção* podem ser apontados neste contexto: a atuação da prefeitura através dos técnicos de suas secretarias; a atuação de alguns grupos religiosos que sabem respeitar as bases culturais do povo indígena; a atuação da Fundação Nacional do Índio, através do Posto Indígena, e a atuação do INDASPI/Instituto de Desenvolvimento e Saúde de Populações Indígenas.

O quarto nível contextual é denominado *macrossistema* ou *macroambiente*, sendo constituído pelo conjunto de crenças, valores, ideologias, sistemas simbólicos, religiões e classes sociais. Neste nível constituem *fatores de risco*: a adoção acrítica de modelos, comportamentos e padrões estéticos dos brancos (principalmente na alimentação, na adoção de estratégias de cura e uso de remédios); as situações violentas que enfrentam quando vêm à cidade; as distâncias geográficas das comunidades nas cabeceiras dos rios, dificultando o atendimento à saúde e a melhor participação na divisão social dos bens culturais; e o desinteresse de segmentos jovens dos saterê-mawé pelos saberes tradicionais.

Os *fatores de proteção* neste contexto são: a existência de sistemas de valores e conhecimentos tradicionais; a dificuldade de acesso às comunidades situadas no alto dos rios, possibilitando fortalecimento de formas tradicionais de convivialidade; e a vivência de crenças religiosas.

DISCUSSÃO

Este trabalho de pesquisa teve seu ponto alto na forma como a equipe foi constituída, envolvendo pesquisadoras da universidade e um pesquisador iniciante, professor saterê-mawé. Esta composição por certo representou uma rica troca de conhecimentos e mediou aprendizagem a todos os membros desta pequena equipe.

No que concerne à temática definida para estudo – a relação gente/ambienta/ saúde – o fato de pensar em saúde quando se aborda o ambiente representa a maneira totalizante de compreender os processos da vida, na cultura saterê-mawé. Nestes processos imbricam-se pessoas, animais, plantas, coisas e espíritos, cruzando-se mundos de naturezas diversas num único compósito de tempos e espaços variados, mas articulados e complementares.

Os dados levantados apontaram que a estes etnoconhecimentos incorporam-se, gradativamente, saberes científicos e tecnológicos, mediados por diferentes agentes de instituições da sociedade envolvente – secretarias municipais e estaduais, universidade, igrejas e organizações não-governamentais – ampliando o

âmbito e a natureza das explicações e significações relativas à saúde/doença, como também as estratégias de prevenção e cura, configurando-se, assim, uma produção de conhecimentos interculturais. Aspectos demográficos dos povos indígenas brasileiros são incompletos, com inexistência de estatística sobre mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer, essenciais para monitorar o perfil de saúde/ doença e planejar ações de educação e saúde levando a uma invisibilidade demográfica e epidemiológica dessas populações. Estudos realizados com indígenas têm mostrado que a relação com o branco tem levado a perdas de cultura, identidade, doenças contagiosas, desestabilização social e das atividades de subsistência.

REFERÊNCIAS

- Brasil- Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena. (2002). Brasília: Ministério da Saúde.http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/MTI_politicaSauInd.pdf.
- Bronfenbrenner,U.(1996,1979). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Eliade, M. (1988). *O mito do eterno retorno*. Lisboa: Edições 70.
- Koeller, S. (org).(2004). *Ecologia do desenvolvimento humano*. São Paulo:Casa do Psicólogo.
- Lévi-Strauss, C.(1989). *O pensamento selvagem*. Campinas: Papirus.
- Pereira, N.(1954). *Os índios Maués*. Rio de Janeiro: Organização Simões.
- Teixeira,P.(org.).(2005). *Saterê-Mawé: retrato de um povo indígena*. Manaus: UNICEF.
- Tourraine, A. (1994). *A crítica da Modernidade*. Petrópolis: Vozes.

ESTUDO PSICO- EDUCACIONAL DE MATERIAIS DIDÁTICOS PARA PORTADORES DE CEGUEIRA, BAIXA VISÃO E VISÃO SUBNORMAL

MARIA ALICE BECKER, CLAUDIA GUERRA MONTEIRO & GUILHERME PEREIRA LIMA

FILHO

Este é parte do relatório de uma pesquisa realizada nas cidades de Manaus, no estado do Amazonas e na cidade do Rio de Janeiro, estado com o mesmo nome, e financiada pelo CNPq, buscando conhecer como acontece a inclusão dos alunos com deficiência visual nestas duas cidades. O Brasil segue o avanço de leis internacionais dirigidas às pessoas com deficiência, mas a aplicação dessas leis na realidade brasileira está bem longe daquela prevista no papel. O censo brasileiro de 2000 mostrou que o país tinha na época 24,5% da população com algum grau de deficiência ou limitação, sendo que a visual predominou com 48,1% dos casos, (IDRM Américas, 2004).

Segundo o *International Disability Rights Monitor* (IDRM, 2007), nas últimas décadas, o movimento de pessoas com deficiência mudou do foco de caridade e de doença, para o de direitos humanos iguais ao de qualquer cidadão. Os deficientes já não se consideram mais vítimas ou pacientes, mas pessoas que tem direitos iguais e ocupam um lugar na sociedade. O IDRM possui quatro relatórios dos continentes: Ásia (2005), Américas (2004), Índia, Indonésia e Tailândia (2005), e Europa (2007).

Um desafio importante que ainda temos, diz respeito à falta de consenso do significado internacional de deficiência, ainda que a definição usada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) seja aceita, não é utilizada em todo o mundo. Conforme Di Nubila e Buchalla (2008), a OMS classifica e descreve os estados de saúde utilizando duas classificações de referência: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF foi desenvolvida no começo da década de 90 e somente aprovada em maio de 2001 para uso internacional, com a ampla participação envolvendo mais de 50 países. Possui um caráter multidisciplinar, com possibilidade de aplicação em todas as culturas e trazendo pela primeira vez a incorporação dos aspectos de contexto.

Seus componentes descrevendo as experiências relacionadas à saúde substituem os termos "deficiência", "incapacidade" e "desvantagem" usados anteriormente, permitindo estender seus significados para incluir também as experiências positivas.

A Constituição brasileira de 1988 trouxe normas protetivas e garantias de sua integração, como na acessibilidade a edifícios e transportes, e a Lei n. 7.853/89 disciplinou sua proteção e integração social. Em 2008, o MEC lançou a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva, juntamente com o apoio da Convenção da ONU, que assegura os direitos das pessoas com deficiência. Este Decreto nº 6.571, de 17 de setembro de 2008, dispõe sobre o atendimento educacional especializado.

No Brasil, a inclusão de alunos com deficiência nas escolas regulares traz ainda muito questionamento sobre se isso é o melhor para eles e a sociedade, e o que se percebe é que os professores ainda têm que ser convencidos de que é o melhor para todos. Isso acontece por vários motivos; a inexperiência dos professores, a falta de apoio pedagógico, a falta de recursos de acessibilidade são os principais. O presente estudo foi realizado para verificar a utilização dos materiais didáticos pelos professores para os portadores de cegueira ou baixa visão. Como eles são utilizados? Qual a relevância desses produtos no processo de ensino-aprendizagem? Que melhorias podem ser implantadas? Que tipo de materiais eles necessitam? Qual a proposta dos professores que trabalham com esse material? Para que a inclusão do deficiente visual se realize efetivamente, é necessário tanto recursos humanos como recursos materiais adequados.

Contextualização

As últimas estatísticas são de que no Brasil existem mais de 25 milhões de pessoas com necessidades especiais. Pesquisas foram realizadas em diversos países sobre as questões da deficiência visual no campo da Psicologia e da Educação até a década de 70, e mesmo até os dias atuais, e essas pesquisas referem-se, preferencialmente, às pessoas cegas e com cegueira congênita. A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou novo conceito, buscando comparar a prevalência de diferentes problemas relacionados à deficiência visual. Assim, sendo a prevalência da cegueira e baixa visão infantil similar a da catarata senil, aquela também deve ser prioridade em Saúde Pública, em oftalmologia na América Latina. Foi relatado que, anualmente, cerca de 500.000 crianças ficam cegas no mundo. Destas, 70 a 80% morrem durante os primeiros anos de vida, em consequência de doenças associadas ao seu comprometimento visual. No trabalho convivem com toda dificuldade de acesso possível; na escola há falta de recursos didáticos- pedagógicos e profissionais treinados e capacitados para tal trabalho. Sabemos que graças às entidades e instituições de ajuda aos portadores de necessidades especiais, conseguimos inúmeras conquistas em relação à melhoria das condições de vida dessas pessoas. As mudanças devem começar na escola trabalhando com uma nova postura das famílias e a escola respeitando as diferenças.

É compreensível que os estudantes com deficiência visual tenham grandes dificuldades com a sistemática da educação atual, visto que o mesmo, invariavelmente fundamenta-se em referenciais funcionais visuais. Apesar dos outros sentidos serem de grande importância para os indivíduos, o sentido visão parece dominar toda e qualquer atividade que se realize no ambiente escolar. Anotações no caderno, textos transcritos na lousa, provas escritas, medições, entre outras, sentenciam o aluno com deficiência visual ao fracasso escolar e a não socialização. Portanto, pretendeu-se com este trabalho estudar alguns direcionamentos e metodologias aplicáveis em sala de aula, pesquisando ainda os materiais didático-pedagógicos utilizados pelos professores ao ensino das pessoas com deficiência visual. Para tanto, foi analisada a eficácia dos materiais didáticos- pedagógicos desenvolvidos especialmente para o ensino. A criação e análise da aplicação desses materiais a um grupo de alunos com deficiência visual foi um momento único de desenvolvimento e pesquisa desses produtos. Entende-se, entretanto, que a atividade e os materiais expostos, não fornecerão fórmulas prontas ao que se refere à generalização de tal prática, pois são os contextos de sala de aula que indicarão aos seus participantes qual caminho seguir. A incorporação de novas tecnologias no contexto educacional gera grandes desafios técnicos e pedagógicos. A experiência acumulada em práticas e estudos, que vêm sendo desenvolvidos em diferentes instituições, pode contribuir para acelerar esta integração, diminuindo custos e tempo de implantação dos sistemas. Em geral, as pessoas com necessidades especiais representam um segmento frequentemente excluído do convívio social. Atualmente, a interdisciplinaridade requerida pelo processo de globalização contribui para que diferentes áreas privilegiem-se dos avanços das novas tecnologias para treinamento e educação, visando à melhoria da qualidade de vida.

Embora as classificações sobre os deficientes visuais incluam já há muito tempo dois grupos bem distintos de pessoas para os cegos e aqueles com baixa visão –, só a partir da década de 70, aqui no Brasil, é que se observa uma preocupação dos especialistas com a questão da visão subnormal. Até esse momento, a identificação dos deficientes visuais baseava-se no diagnóstico oftalmológico e consistia na acuidade visual medida pelos oftalmologistas. Entretanto, a constatação de que muitas crianças “cegas” liam o Braille com os olhos levou os especialistas a uma reformulação, propondo um diagnóstico educacional de deficiência visual que dava ênfase à maneira como o indivíduo é capaz de utilizar a percepção visual em seu processo de aprendizagem surgindo a preocupação com o uso do resíduo visual.

MÉTODO

Participantes

Foram entrevistados os responsáveis pelo desenvolvimento da área de cegueira/baixa visão na cidade de Manaus (Escola da Cidadania Mayara *Redmam Abdel Aziz* Centro de Apoio Pedagógico para Atendimento às Pessoas com Deficiência Visual do Amazonas – (CAP AM) e Rio de Janeiro (Instituto Benjamin Constant) para conhecer como estão implementando o processo de inclusão e entrevistados alguns alunos. A proposta era conhecer as ações dos programas oferecidos para estudantes de diferentes faixas etárias, identificados com cegueira e baixa-visão nas secretarias estadual de Manaus e do Rio de Janeiro. Analisamos recursos e materiais utilizados para atender estudantes de diferentes faixas etárias. Trabalhou-se com pesquisas de materiais ligados a conteúdos de Língua Portuguesa, Ciências e História. Participaram deste estudo: a) coordenadores de programas para atendimento de alunos com baixa-visão ou cegos das cidades de Manaus/AM e Rio de Janeiro Instituto Benjamin Constant.b) professores que atenderam alunos com baixa-visão em escolas e ou instituições na cidade de Manaus e no Rio de Janeiro; c) alunos identificados com cegueira ou baixa-visão na cidade de Manaus (06) e do Rio de Janeiro (06) participantes de programas de atendimento. Pretendeu-se que os estudos qualitativos apresentem algumas características das quais destacar-se-á: (a) a pesquisa qualitativa onde os professores serviram como principais instrumentos para a coleta dos dados; (b) os dados coletados são predominantemente descritivos.

Material

Foram utilizados três (3) diferentes questionários sendo um para o levantamento de ações realizadas nos programas de atendimento a nível municipal e estadual nas cidades de Manaus e no Rio de Janeiro em entrevistas com os coordenadores; um questionário para professores que trabalham com alunos com deficiência visual e um questionário para os alunos atendidos nos programas. Os instrumentos foram respondidos durante as entrevistas individuais gravadas após a permissão dos entrevistados.

Procedimentos

O trabalho foi realizado primeiramente em Manaus, na Escola da Cidadania Mayara *Redmam Abdel Aziz* Centro de Apoio Pedagógico para Atendimento às Pessoas com Deficiência Visual do Amazonas - CAP AM- com alunos do ensino fundamental e médio, portadores de deficiência visual, inseridos no sistema público de ensino no município de Manaus. E com professores especialistas, professores de salas de recursos, buscamos informações contidas no cadastro dos serviços de reabilitação de deficientes visuais do município. A escolha desse grupo foi realizada por faixa-etária, delimitando as características da população, por ser considerada necessária para que os escolares forneçam informações em entrevista. No Rio de Janeiro a coleta foi realizada pela coordenadora do Instituto Benjamin Constant.

Foram entrevistados os responsáveis pelo desenvolvimento da área de cegueira/baixa visão na cidade de Manaus (Escola da Cidadania Mayara *Redmam Abdel Aziz* Centro de Apoio Pedagógico para Atendimento às Pessoas com Deficiência Visual do Amazonas - CAP AM) e Rio de Janeiro (Instituto Benjamin Constant) para conhecer como estão implementando o processo de inclusão. Conhecemos as ações dos programas oferecidos para estudantes de diferentes faixas etárias, identificados com cegueira e baixa-visão nas secretarias estadual e municipal de Manaus e do Rio de Janeiro. Analisamos recursos e materiais utilizados para atender estudantes de diferentes faixas etárias identificados com cegueira e baixa-visão nas secretarias estadual e municipal de Manaus e do Rio de Janeiro. Foi feito um levantamento de recursos e materiais que são empregados nos programas para atendimento para cegos no Instituto Benjamin Constant no Rio de Janeiro e na Escola da Cidadania Mayara *Redmam Abdel Aziz* Centro de Apoio Pedagógico para Atendimento às Pessoas com Deficiência Visual do Amazonas.

RESULTADOS

Constatamos algumas características que interferem no processo de ensino- aprendizagem da leitura e da escrita Braille. Considerou-se que a grande questão é o ver ou o não ver, e que a compreensão das dificuldades do cego e dos efeitos causados pela cegueira ao desenvolvimento e ajustamento das pessoas, nas mais variadas situações e contextos, inclui desde questões sobre a falta de materiais pedagógicos até a falta de capacitação de professores que trabalham na escola. Manaus tem em média 450 escolas municipais e 200 estaduais que recebem os alunos portadores com deficiência visual. Constatou-se que os professores convivem com toda dificuldade de acesso como a falta de recursos didáticos- pedagógicos e de colegas/profissionais treinados e capacitados para tal trabalho. Apesar dos outros sentidos serem de grande importância para os indivíduos, o sentido visão pareceu ainda dominar toda e qualquer atividade que se realize no ambiente escolar. Anotações no caderno, textos transcritos na lousa, provas escritas, medições, entre outras, sentenciaram o aluno com deficiência visual ao fracasso escolar e à não socialização. Verificou-se que a criança cega, em processo de alfabetização necessita experiências físicas diretas com objetos que a rodeia, principalmente com os objetos de ‘escrita em branco’: o punção, a reglete, máquina de escrever, textos em relevo, ábacos, símbolos da escrita em formas táteis. A escola deverá levar ao aluno opções diversas de materiais didáticos-pedagógicos. Foi constatado que a maior dificuldade em alfabetizar crianças com Deficiência Visual se deve em grande parte à dificuldade de interação, apreensão, exploração e domínio do meio físico. A criança com perda visual severa pode apresentar ainda atraso no desenvolvimento global devido à falta de estimulação proveniente do contexto. A falta dessas experiências pode prejudicar a compreensão das relações espaciais, temporais e aquisição de conceitos necessários ao processo de alfabetização. Essas experiências significativas são responsáveis para decodificação e interpretação do mundo pelas vias sensoriais remanescentes (táteis, auditivas,

olfativas, gustativas). O sucesso escolar da criança vai depender de uma série de fatores, independentemente da idade em que comece a freqüentar a escola e do tipo de programa no qual esteja matriculada. A grande diferença que existe entre a aquisição da aprendizagem da leitura e da escrita de uma criança DV e uma vidente, está em compreender, entender, que antes de aprender como se escreve e como se lê, a criança vidente tem algumas idéias sobre leitura. Ela tem contato com o mundo simbólico, a escrita na rua, na televisão, nos jornais e em muitos outros lugares. No entanto, a criança cega demora muito tempo a entrar no universo do ler e escrever. O sistema Braille não faz parte do dia-a-dia, como um objeto socialmente estabelecido, porque somente os cegos se utilizam dele. A descoberta das propriedades e funções da escrita torna-se impraticável para esta criança, caso não tenha acesso a essa comunicação alternativa.

Quanto às metodologias utilizadas em sala de aula verificou-se que a aprendizagem das técnicas de leitura e escrita no sistema Braille, depende do desenvolvimento simbólico, conceitual, psicomotor e emocional da criança. Constatou-se que o método fonético tem por objetivo básico ensinar ao aluno o código em que os sons são convertidos em letras ou grafemas ou vice-versa, separando inicialmente a leitura e o significado. Para decifrar o sistema Braille é preciso uma decodificação de natureza perceptivo-tátil e não garante aprendizagem conceitual e interpretação necessária ao processo de leitura. Já no método silábico ou alfabético as sílabas são combinadas para formar palavras. Em geral, quando se ensina por esse método, inicia-se por um treino auditivo, por meio do qual o aluno é levado a perceber que as palavras são formadas por sílabas ou por grupos consonantais. Segundo os dados obtidos e analisados foi detectado que durante o período de alfabetização, o aluno focalizou mais sua atenção na interpretação dos significados e nos aspectos formais da mensagem escrita. Por isso, durante essa primeira etapa as palavras e as frases que se apresentam têm de ser curtas e carregadas de um conteúdo emocional que suponha um reforço imediato ao esforço realizado. As mensagens foram apresentadas com palavras que já tenham sido trabalhadas oralmente pelo aluno e com estruturas lingüísticas familiares para ele. Em relação à sequência de apresentação das letras, se levou em consideração as dificuldades específicas do sistema Braille, a semelhança de símbolos, a reversibilidade, assimetria, dificuldades de percepção de cada fonema. Alguns alunos sentiram muita dificuldade e alguns não aprenderam a ler e escrever. Isso aconteceu nos casos de alunos que possuem deficiências associadas a DV. Outros adquiriram com mais lentidão a habilidade de leitura (que foi desenvolvida com a prática) e escrita.

DISCUSSÃO

A equipe considerou que este estudo trouxe importantes contribuições do ponto de vista de conhecimento da atual realidade sobre a inclusão de alunos deficientes visuais nas escolas municipais e estaduais, e sobre os programas que existem, ajudando a desvelar as falhas que existem. Também trouxe contribuições que trarão como consequência do estudo, a realização de novas propostas como:

1) a necessidade de suprir as escolas públicas de Manaus de materiais de qualidade pedagógica, 2) trazer patentes para o estado e 3) incentivar os pesquisadores e professores sobre a necessidade de maior pesquisa sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

Di Nubila, H.B.V., & Buchalla, C.M. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 11,(2), 324-35.

International DisabilityRights Monitor (2007). <http://www.idrmnet.org/reports.cfm>

Acesso em março de 2010.

Relatório sobre as Américas. (2004)

http://www.idrmnet.org/pdfs/IDRM_Americas_2004.pdf. Acesso em março de 2010.

Relatório sobre a Europa (2007).

http://www.idrmnet.org/pdfs/IDRM_Europe_2007.pdf. Acesso em março de 2010.

DOENÇAS E CAPACIDADE PARA O TRABALHO: IMPACTO DA PERTURBAÇÃO MENTAL LIGEIRA

*PEDRO BEM-HAJA 1, ALEXANDRA PEREIRA 1, VÂNIA AMARAL 1, ANABELA PEREIRA 1,
TERESA COTRIM 2, CATARINA CARDOSO 2, VÍTOR RODRIGUES 3, PAULO NOSSA 4 &
CARLOS SILVA 1*

As doenças afectam a capacidade de trabalho e podem ter um efeito importante sobre a qualidade do trabalho realizado. Tendo em consideração o que refere a OMS (1946), a saúde é vista em três dimensões interligadas: dimensão física, psicológica e social. Paralelamente a esta definição de saúde, a definição de capacidade de trabalho pode derivar da saúde dos trabalhadores em relação às exigências e ao ambiente de trabalho. Neste sentido podemos definir então capacidade para o trabalho como *uma auto-avaliação que o trabalhador faz do seu bem estar no presente e no futuro próximo e da capacidade para assegurar o seu trabalho tendo em conta as exigências do mesmo, a saúde e os recursos psicológicos disponíveis* (Silva *et al.*, 2000). Manter a capacidade de trabalho e redução de doenças relacionadas com a reforma antecipada são objectivos que precisamos de alcançar rapidamente. Capacidade de trabalho também significa manter a saúde, promover o bem-estar e a qualidade de vida, tendo por isso uma influência directa sobre o trabalho e a vida privada. A capacidade de trabalho é ainda definida com a soma de factores que permite a cada trabalhador numa determinada situação gerir as suas exigências do trabalho com sucesso (Seibt *et al.*, 2009), sendo este sucesso determinado por recursos pessoais e as exigências da situação de trabalho. A capacidade de trabalho não pode ser medida objectivamente como um único instrumento, requer uma avaliação de dados obtidos em várias fontes.

O índice de capacidade para o trabalho pretende constituir uma ajuda a nível da manutenção da capacidade laboral. De acordo com vários estudos efectuados pelo *Finnish Institute of Occupational Health* (FIOH), o índice consegue prever com exactidão mudanças na aptidão para o trabalho em diferentes grupos ocupacionais (Silva *et al.*, 2000). O índice pode ser usado para prever o risco de incapacidade num futuro próximo.

1- Universidade de Aveiro; 2- Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa; 3- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 4- Universidade de Coimbra.

Num estudo longitudinal efectuado pelo FIOH acerca do envelhecimento, o índice demonstrou ser capaz de prever a incapacidade no grupo da faixa etária dos 50 anos (Ilmarinen *et al.*, 1992). Num estudo realizado na Finlândia em 2003 a maior incapacidade para o trabalho registada, estava relacionada com a saúde mental e com doenças músculo-esqueléticas (Pension Security Centre, 2004). Outros estudos demonstram também que as taxas de absentismo por doença estão associadas a problemas de saúde mental, e tem vindo a ser crescente este problema em vários países da União europeia, sendo considerado o *stress* como factor desencadeante (Glise *et al.*, 2010). Já nos Anos 90, a OMS previa um aumento das lesões músculo-esqueléticas, doenças psicossomáticas e perturbações mentais ligeiras relacionadas com o trabalho (OMS, 1990).

Com este estudo pretendemos avaliar o impacto das doenças no Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores portugueses e ver como a capacidade laboral é afectada pela perturbação mental ligeira (PML).

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 3000 trabalhadores portugueses, com idades compreendidas entre os 19 e os 69 anos de idade ($M=39,3$; $DP=9,4$), sendo 50,5% do sexo feminino. Os trabalhadores inquiridos provêm de diversos sectores profissionais, sendo as áreas da saúde e polícia as mais prevalentes.

Material

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foi desenvolvido na década de 80 pelo FIOH para ser usado nos serviços de saúde ocupacional. Na avaliação são tidas em consideração as exigências físicas e mentais do trabalho bem como o *status* do trabalhador e os recursos que ele possui (Kiss *et al.*, 2002). O ICT abrange sete itens, sendo cada um avaliado através de uma ou mais questões. Item 1- Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor; Item 2- Capacidade de trabalho em relação às exigências da actividade; Item 3- Número de doenças actuais, com diagnóstico o médico ou por opinião própria (apenas as com diagnóstico médico entram no cálculo do ICT); Item 4- Diminuição estimada de trabalho devido a doenças; Item 5- Faltas ao trabalho em dias devido a doença nos últimos 12 meses; Item 6- Prognóstico do próprio acerca da sua capacidade para o trabalho daqui a dois anos. Item 7- Recursos psicológicos. A pontuação final obtida varia entre 7 e 49 pontos, classificado-se em *Pobre* (7 a 27), *Moderado* (28 a 36), *Bom* (37 a 43) e *Excelente* (44 a 49). Quanto à consistência interna do instrumento, o *alpha de Cronbach* toma o valor de .79.

Procedimento

Foram distribuídos cerca de 15 mil questionários em formato de papel por trabalhadores portugueses de várias instituições públicas e privadas. Foi ainda disponibilizado às instituições um questionário on-line, sendo o mesmo divulgado à restante comunidade com o único critério de inclusão: ser trabalhador português. Cada trabalhador respondeu ao protocolo previamente definido, composto por um consentimento informado, tal como se exige na prática científica e o instrumento em estudo (ICT). O retorno no formato de papel assumiu o valor de cerca de 15%, sendo ainda preenchidos on-line aproximadamente 750 questionários, consumando uma amostra final de 3000 trabalhadores.

RESULTADOS

Face à natureza da amostra – distribuição normal – decidimos realizar testes paramétricos para fazer as análises correlacionais (coeficiente de correlação de *Pearson*) entre as doenças e o ICT, Testes -T para comparar as médias de ICT intra (diagnóstico médico, opinião própria, sem doença) e inter doenças, teste de Kruskal-Wallis com Qui-quadrado para averiguar diferenças entre os valores obtidos no ICT de cada nível (diagnóstico médico, opinião própria, sem doença) da variável perturbação mental ligeira e uma regressão linear múltipla para aferir o carácter preditivo que as doenças têm no Índice de Capacidade para o trabalho.

Prevalência da Doença Mental Ligeira na Amostra

No que diz respeito às doenças com diagnóstico médico e por opinião própria mais reportadas na amostra, os resultados assumem-se na Figura 1 e Figura 2 respectivamente.

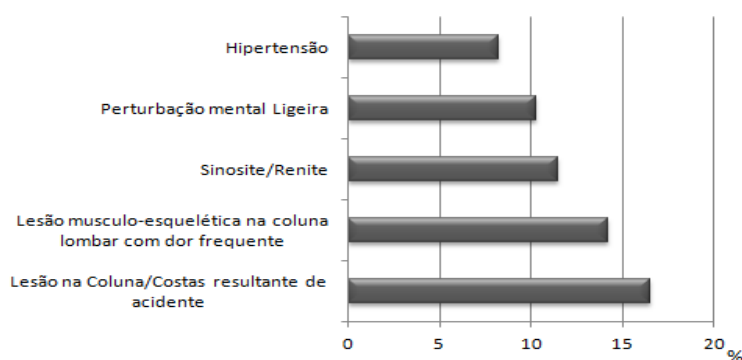


Figura 1. Percentagens das doenças avaliadas no ICT com diagnóstico médico mais prevalentes.

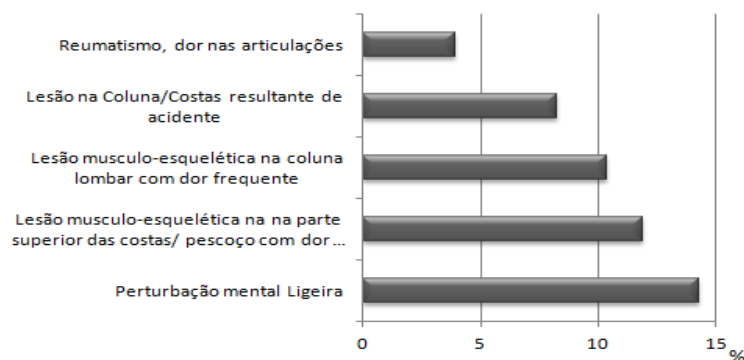


Figura 2. Percentagens das doenças com diagnóstico próprio avaliadas no ICT mais prevalentes.

Mediante a análise das figuras 1 e 2, podemos verificar que a doença medicamente diagnosticada relatada por um maior número de pessoas foi a lesão na coluna/costas resultante de acidente. A perturbação mental ligeira apresenta-se como a 4ª doença mais relatada entre as 51 possíveis. Em relação as doenças assinaladas por opinião própria a PML, toma lugar de destaque sendo a mais relatada pelos trabalhadores.

Doenças e Capacidade para o trabalho (ICT) – Análise correlacional

As doenças que estão mais correlacionadas com o ICT, apresentam-se na seguinte Quadro por ordem de força correlacional acompanhadas pelos valores correlacionais (r de *Pearson*) e respectivos valores de significância.

Quadro 1. Doenças e respectivas correlações com o ICT

Doenças	r de <i>Pearson</i>	p
Lesão Resultante de Acidente (não especificada)	-.281	.000
Perturbação mental ligeira	-.255	.000
Lesão na coluna resultante de acidente	-.236	.000
Lesão Músculo-esquelética na coluna lombar com dor frequente	-.236	.000
Lesão Músculo-esquelética nos membros com dor frequente	-.227	.000

Perturbação mental ligeira e Capacidade para o trabalho

PML por diagnóstico médico e ICT vs PML por opinião própria e ICT vs Ausência de PML e ICT

As médias do ICT obtidas pelos trabalhadores que responderam ao item PML com: diagnóstico médico, sem doença, por opinião própria explanam-se na seguinte figura.

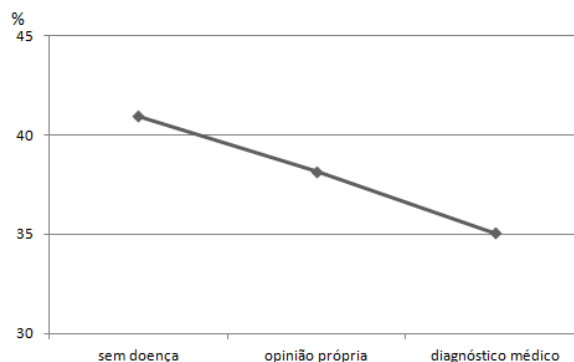


Figura 3. Médias do ICT segundo os três níveis da PML

Os trabalhadores que indicaram PML com diagnóstico médico, obtiveram em média valores inferiores no ICT em relação àqueles que não a assinalaram ou consideram ter PML por opinião própria (($t(2401)=18.366$, $p=0,00$, $M=40,96$ vs $M=35,08$); ($t(686)=7640$, $p=0,00$, $M=38,17$ vs $M=35,08$)). De relevo é também o facto de os trabalhadores que assinalaram PML por opinião própria, apresentarem em média um ICT menor que os trabalhadores que não a indicam ($t(2503)=9.908$, $p=0,00$, $M=40,96$ vs $M=38,17$).

No que coaduna à percentagem de trabalhadores distribuídos pelas diferentes classes do ICT (Pobre, Moderado, Bom, Excelente), que respondem a cada um dos níveis de resposta da PML, os resultados estão descritos na Quadro 4.

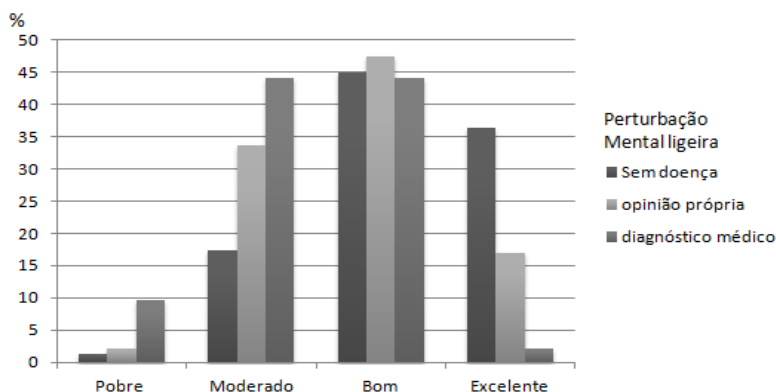


Figura 4. Percentagem de trabalhadores nas classes do ICT, que respondem a cada um dos níveis de resposta da PML.

Mediante a análise da figura 4 podemos verificar que a maior percentagem dos trabalhadores classificados com ICT Pobre assinala perturbação mental ligeira diagnosticada pelo médico. Contudo quando analisamos os trabalhadores classificados com ICT Excelente quem assinala PML com diagnóstico médico assume a menor percentagem. Assim, os trabalhadores que assumem PML com diagnóstico médico apresentam diferenças estatisticamente significativas na classificação de ICT em relação aos outros dois níveis da variável PML (sem doença e opinião própria) ($\chi^2(1, n=3000)=.277.447$, $p=0.00$).

Doenças que predizem o ICT

Como já foi referido anteriormente fez-se uma regressão linear múltipla com o intuito de verificar quais as doenças que melhor explicam o Índice de capacidade para o trabalho. Os resultados traduzem-se através da seguinte equação de regressão:

$$\text{ICT} = 41.826 + \text{Lesão resultante de acidente (não especificada)}*(-3,66) + \text{Lesão músculo-esquelética nos membros com dor frequente}*(-1,56) + \text{Perturbação Mental Ligeira}*(-1,34) + \text{Lesão músculo-esquelética na coluna lombar}*(-0,89) + \text{Lesão nas coluna resultante de acidente}*(-0,73) + \text{Lesão músculo-esquelética na parte superior das costas}*(-0,71).$$

Como está patente na equação supracitada, a lesão resultante de acidente não especificada é o melhor preditor de baixo índice de capacidade para o trabalho. Seguidamente, por ordem de menor força preditiva vêm: a Lesão músculo-esquelética nos membros com dor frequente, a Perturbação mental ligeira, a Lesão músculo-esquelética na coluna lombar, a Lesão nas coluna resultante de acidente e a Lesão músculo-esquelética na parte superior das costas. Relevante para o estudo é o facto da Perturbação mental ligeira ser a terceira que melhor prediz/explica o ICT.

DISCUSSÃO

Com já foi referido, a capacidade para o trabalho é a auto-avaliação que o trabalhador faz do seu bem-estar no presente e no futuro próximo, da sua capacidade para assegurar o seu trabalho tendo em conta as exigências do mesmo. Essa capacidade é influenciada, para além de outras variáveis, por exigências mentais e doenças do foro mental. No ICT, as doenças do foro mental contemplam a Perturbação Mental Grave e a Perturbação Mental Ligeira, sendo a segunda o enfoque do nosso estudo. Primeiramente é de referir a alta prevalência da perturbação mental ligeira na amostra em estudo (11%). É também de salientar que para além do diagnóstico médico o ICT permite-nos assinalar as 51 doenças em análise com a opção “opinião própria”. Neste caso, cerca de 14% dos trabalhadores afirmam possuir PML mas por opinião própria. Este aspecto (doença por opinião própria) tem sido negligenciado, sendo mesmo excluído aquando a cotação/obtenção do Índice de Capacidade para o trabalho. Contudo, o individuo com doença mental ligeira (stress, ansiedade, problemas em dormir, etc) pode nunca ter procurado ajuda médica, o que não invalida a experiencição dos sintomas e o consequente impacto na saúde e capacidade para o trabalho. Perante esta prevalência e com a tentativa de transpor os dados da nossa amostra – tendencialmente representativa da população portuguesa – podemos preconizar que aproximadamente 25% dos trabalhadores portugueses já trabalhou ou trabalha sob stress, ansiedade, depressão ligeira ou problemas no sono. No que concerne às doenças que estão mais correlacionadas com o ICT, o nosso estudo vai de encontro ao postulado pelo Persion Security Center (2004) e por Martinez e cols. (2006),

que afirmam que as lesões músculo-esqueléticas e a perturbação mental ligeira são as mais presentes quando o ICT está baixo, assumindo assim maiores correlações negativas. No que coaduna ao estudo pormenorizado da associação/relação da perturbação mental ligeira com o ICT, os dados convergem mais uma vez com os estudos acima referidos, uma vez que, a diferença das médias do ICT obtidas entre trabalhadores com e sem PML é estatisticamente significativa, isto é, os trabalhadores que indicam PML diagnosticada medicamente têm em média pior ICT que os que não assinalam a doença. Importante de referir é também o facto da média de ICT obtida pelos trabalhadores que dizem ter PML apenas por opinião própria ser inferior aos que não assinalam esta perturbação. Estes dados sinalizam a importância de incluir o diagnóstico próprio na medição da capacidade para o trabalho. Os dados mostram também que a PML é a 3ª doença que “melhor explica” o ICT o que reforça o facto desta variável ser importante na capacidade para o trabalho.

Todo o supramencionado permite-nos assumir que a capacidade para o trabalho é amplamente influenciada pela perturbação mental ligeira, e que se reveste de crucial importância a inclusão desta variável/doença nas preocupações dos profissionais de saúde ocupacional. Porque, quando uma doença contribui para a explicação da capacidade para o trabalho, ao lado de doenças tão incapacitantes como as músculo-esqueléticas, não pode ser negligenciada. E, se o ICT é um instrumento com forte carácter preditivo do absentismo e retirada precoce da vida laboral, é impreterível que esta doença mereça algum enfoque aquando da intervenção no trabalhador sinalizado.

Em gesto de *take home message*, a perturbação mental ligeira como o stress, ansiedade ou depressão ligeira, tem de ser integrada na lista de preocupações/intervenções dos profissionais de saúde ocupacional. Por vezes um trabalhador que não produz, possui uma perturbação mental ligeira, e ao ser despedido, leva com ele o Know how acumulado e consolidado por anos de contacto com a actividade. É urgente reabilitar trabalhadores.

Apontando para estudos futuros, parece-nos importante inserir numa investigação deste âmbito, instrumentos/questionários validados e aferidos que meçam variáveis como o stress, ansiedade e depressão ligeira, e posteriormente cruzar com resultados obtidos no ICT.

REFERÊNCIAS

- Glise, K., Hadzibajromovic, E., & Jonsdottir, I. (2010). Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83, 511-520.
- Ilmarinen, J., & Tuomi, K. (1992). Work ability of aging workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2, 8-10.

- Kiss, P., Walgraeve, M., & Vanhoorne, M. (2002). Assessment of work ability in aging fire fighters by means of the work ability index: preliminary results. *Archives of Public Health*, 60, 233-243.
- Martinez, M. (2006). *Estudo dos fatores associados à capacidade para o trabalho em trabalhadores do setor elétrico*. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública.
- Pension Security Centre. (2004). Persons having retired on a disability pension in 2003. Unpublished In.
- Seibt, R., Spitzer, S., Blank, M., & Schunch, K. (2009). Predictors of work ability in occupations with psychological stress. *Journal of Public Health*, 17, 9-18.
- Silva, C., Silvério, J., Nossa, P., Rodrigues, V., Pereira, A., & Queirós, A. (2000). Envelhecimento, ritmos biológicos e capacidade laboral – versão portuguesa do Work Ability Index (WAI). *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (2), 329-340.
- WHO (1990). *Occupational health in the 90's. A framework for change*. European Occupational Health Series No 1. WHO: Copenhagen.

BURNOUT EM PSICÓLOGOS – QUANDO O TRABALHO ADOECE

KÁTIA ANDRADE BIEHL & MARIA LUCIA TIELLET NUNES

Burnout tornou-se a expressão utilizada para classificar o fenômeno que extrapola o estresse crônico, concebida como metáfora em queimar-se de dentro para fora ou exaurir-se por inteiro no ânimo para a vida. Para Maslach (1994), *burnout* é "uma reação à tensão emocional crônica por tratar excessivamente com outros seres humanos, particularmente quando eles estão preocupados ou com problemas" (p. 61). Codo e Vasques-Menezes (1999, p. 238) conceituaram o mesmo termo como "consumido pelo trabalho".

Burnout é uma síndrome multidimensional em que se associam diversos fatores da vivência da pessoa, pode englobar predisposição individual (maleabilidade, temperamento, vigor, auto-estima) até aspectos da cultura em que a pessoa se insere. As características dessa síndrome são: *despersonalização* (cinismo), *esgotamento emocional* e *sentimento de baixa auto-realização no trabalho*. O esgotamento se refere à tensão individual e a redução do enfrentamento perante os estressores, sentimentos de exaustão dos recursos emocionais e físicos. A despersonalização representa o descomprometimento com os relacionamentos interpessoais, descrença e insensibilidade com as pessoas (Costantini, Riggio, Sparvoli & Balbi, 1999; Maslach & Jackson, 1981a, 1981b; Mills & Huebner, 1998). A falta de envolvimento no trabalho, que denota baixo investimento em desenvolvimento pessoal, decorre de sentimentos descompensados desde a incompetência e a negativa auto-imagem até a impotência e o desinteresse frente à produtividade no trabalho (Codo & Vasques-Menezes, 1999; Farber & Heifetz, 1982a, 1982b).

Através de vários estudos, utilizando o Inventário de Burnout em Psicólogos – IBP- (Benevides-Pereira & Moreno-Jimenez, 2002; 2003) percebe-se que o psicólogo que atua na área de prestação de serviços da saúde encontra-se dentro do grupo de profissionais das ciências humanas vulneráveis a sofrer da síndrome de *burnout*. Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez (2002) avaliaram 110 psicólogos, provenientes de vários estados brasileiros; houve mais psicólogos clínicos que outros (66,67%); foram encontradas relações entre exaustão emocional e sintomas físicos; não encontraram correlações entre realização profissional e sintomas psicossomáticos, tampouco entre realização profissional e sintomas sociopsicológicos e sintomas físicos, além do que, o estudo demonstrou que psicólogos realizados com o trabalho não apresentaram exaustão emocional e despersonalização, bem como, sintomas relativos ao estresse. (Benevides-Pereira & Moreno-Jimenez, 2002).

Trabalhando com 203 psicólogos (105 respondentes em idioma português e 98 em espanhol), Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez & Hernández & Gutiérrez (2002) encontraram que a análise fatorial do IBP reproduz a estrutura tradicional do *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional (Maslach & Jackson, 1981a, 1981b). Moreno-Jiménez, Hernández, Benevides-Pereira e Herrer (2003), com a mesma amostra de 203 psicólogos, demonstraram que as bases teóricas são importantes para os estudos transculturais de *burnout* de modo a respeitar cada cultura e processo. E dentre psicólogos de língua portuguesa e de língua espanhola as diferenças significativas estiveram localizadas na variável de realização pessoal, sendo que os espanhóis apresentavam maior realização pessoal; ainda, em relação às variáveis sintomatologia psíquica e sociopsicológica, os psicólogos brasileiros mostraram-se mais propensos ao *burnout*.

Na amostra brasileira, o tempo decorrente entre formação e trabalho foram preditores de desgaste profissional, enquanto nos espanhóis, a titulação e a idade conferiram maiores, no entanto, não significativas, diferenças em função do desgaste emocional (Moreno-Jimenez, Garrosa-Hernández, Macarena-Gálvez & Benevides-Pereira, 2002). Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2003), com 203 psicólogos, encontraram o seguinte: em comparação com os espanhóis, os brasileiros se apresentaram mais realizados com suas atividades ocupacionais.

Em relação a um grupo de 110 psicólogos brasileiros Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002) encontraram que as relações mais expressivas eram entre exaustão emocional e sintomas psicossomáticos, seguidos de exaustão emocional e sintomas físicos. Costa e Malagris (2005), com 35 psicólogos da saúde de diferentes instituições e cidades, encontraram alto índice de esgotamento, e apenas um dos psicólogos apresentou *burnout*; dezoito (51,5%) destes profissionais apresentaram baixos escores em Exaustão Emocional e Despersonalização, e elevados em Realização Profissional, demonstrando saber lidar com os problemas dos pacientes, sem que os mesmos interfiram na sua condição física e emocional.

O objetivo do estudo é verificar a associação entre *burnout* e as variáveis sociodemográficas e as atividades profissionais de psicólogos.

MÉTODO

Participantes

Participaram 915 sujeitos, escolhidos por conveniência, prospectados por “bola de neve”.

Material

Acesso por internet, através de um site, contendo os instrumentos IBP (Inventário de *Burnout* para Psicólogos), Inventário Sociodemográfico, e o SWS Survey© (Questionário sobre Estresse, saúde mental e trabalho).

Procedimento

Os dados foram analisados por análise descritiva - buscando obter índices médios para cada uma das dimensões da variável dependente *burnout* (frequências, medidas de tendência central e de variabilidade); e as frequências relativas às variáveis independentes (sociodemográficas, profissionais); análises bivariadas foram realizadas com a variável dependente *burnout* e com as demais variáveis independentes, utilizando-se medidas paramétricas, qui-quadrado com significância de 5% (Pérez, 2004).

RESULTADOS

A amostra de 915 sujeitos é composta por: sexo feminino (85,0%), na faixa etária de 23 a 36 anos (52,0%), casados (53,2%) sem filhos (55,0%), e entre os que tinham, com um ou dois filhos (26%), formados há, cinco anos ou menos (36,5%) e, no máximo, dezesseis anos (10,4%). A atividade profissional dominante foi a clínica (34,4%), exclusivamente, seguida da clínica e docência (32,5%), e a carga horária semanal de 39 horas ou mais de trabalho (31,3%). A maioria dos indivíduos não fazia cursos de pós-graduação (56,9%) no momento em que respondeu aos inventários, nem desempenhava atividades consideradas estressantes (58,4%) e, não faziam terapia (64,6%).

Os escores do Inventário de *Burnout* para Psicólogos (IBP) mostram frequência baixa em Exaustão Emocional (45,1%), alta em Despersonalização (41,3%) e alta em Realização Profissional (45,9%). Supõe-se que, por esta pesquisa e o instrumento IBP focalizar, especificamente, a profissão da psicologia, a Realização Profissional tenha se manifestado como fator de equilíbrio nos resultados. Assim, possivelmente, alcançar alta Despersonalização como resultado, mesmo com baixa Exaustão Emocional, pode ser um indicativo da utilização da indiferença como estratégia de enfrentamento ao estresse (*coping*) nesta amostra. E, mesmo sem estar exaustos emocionalmente, os participantes tendem a mostrar insensibilidade nas atividades ocupacionais, talvez para amenizar sentimentos controversos relativos aos estágios/conflitos que se encontram em relação à forma de ocorrer a profissão, sobretudo se ela não está gratificando as aspirações em acordo com idealismos próprios da atividade de psicologia.

As conclusões quanto ao objetivo de verificar a associação entre variáveis sociodemográficas e as dimensões do Inventário de *Burnout* em psicólogos foram as seguintes: não houve associação entre a

variável sexo com nenhuma das dimensões dos fatores do IBP (Exaustão Emocional - $\chi^2=2,975$, $df=2$; $p=0,226$; Despersonalização - $\chi^2=2,242$, $df=2$, $p=0,326$; e Realização Profissional - $\chi^2=0,329$, $df=6$, $p=0,848$). Entretanto, houve associação para idade com todas as dimensões do IBP: Exaustão Emocional ($\chi^2=34,671$, $df=4$, $p=0,000$); Despersonalização ($\chi^2=12,747$, $df=4$, $p=0,013$); e Realização Profissional ($\chi^2=17,107$, $df=4$, $p=0,002$): entre 23 e 36 anos os escores são mais altos do depois dos 47 anos para Exaustão Emocional e Despersonalização; mas mais baixos em Realização Profissional; no que tange a estado civil, há associação significativa com o instrumento IBP, (Exaustão Emocional ($\chi^2=21,180$, $df=6$, $p=0,002$); Despersonalização ($\chi^2=24,992$, $df=6$, $p=0,000$); e Realização Profissional ($\chi^2=15,001$, $df=6$, $p=0,020$): os casados apresentam escores mais baixos em Exaustão emocional e Despersonalização do que para os solteiros. Em relação à Realização Profissional, ocorreu o inverso: solteiros com escores mais baixos em Realização Profissional; por conseguinte, os solteiros apresentaram associação para alto *burnout*. Quanto ao número de filhos, a associação foi significativa entre número de filhos e Exaustão emocional ($\chi^2=21,180$, $df=6$, $p=0,002$): os que têm 2 ou 3 filhos possuem menor escore; em Despersonalização ($\chi^2=24,992$, $df=6$, $p=0,000$), os sem filhos apresentam escores mais altos. Em função da Realização Profissional, ocorreu uma inversão: os sujeitos sem filhos têm baixa Realização Profissional e os com 2 ou 3 filhos, alta. Sendo assim, os sujeitos sem filhos apontaram maior incidência da Síndrome. Aqueles formados há mais tempo (28 anos ou mais) pontuam escore mais baixo em Exaustão Emocional (Exaustão Emocional ($\chi^2=22,090$, $df=6$, $p=0,001$); Despersonalização ($\chi^2=15,336$, $df=6$, $p=0,018$); e Realização Profissional ($\chi^2=14,390$, $df=6$, $p=0,026$): os formados há 6-16 anos, enquanto na dimensão Despersonalização, os de 17 a 27 anos de formados tiveram escores mais baixos. Em relação à Realização Profissional, aqueles com 5 anos ou menos têm escores mais baixos. Em síntese, os com menor tempo de formado é que marcaram alto *burnout*. Assim, houve Alta Exaustão Emocional: os sujeitos na faixa etária entre 23 e 36 anos (mais jovens), solteiros, sem filhos, formados há 6-16 anos; Alta Despersonalização: os sujeitos na faixa etária entre 23 e 36 anos (mais jovens), solteiros, sem filhos; Baixa Realização Profissional (RP): os sujeitos na faixa etária entre 23 e 36 anos (mais jovens), solteiros. Definiu-se um perfil formado por profissionais mais jovens, solteiros, sem filhos e com menor tempo de formado, independente do sexo para alto *burnout* (alta Exaustão Emocional e Despersonalização, e baixa Realização Profissional).

Para a associação a atividade profissional em si e as dimensões do Inventário de *Burnout* em Psicólogos, foram encontrados os seguintes resultados: Exaustão Emocional ($\chi^2=25,798$, $df=6$, $p=0,000$; Despersonalização ($\chi^2=66,013$, $df=6$, $p=0,000$); e Realização Profissional ($\chi^2=3,579$, $df=6$, $p=0,000$). A opção “outras atividades” apresentou alto escore em Exaustão emocional e Despersonalização, e baixa Realização Profissional, o que atribui alto *burnout* para este segmento; e os professores apresentam também alto escore para *burnout* em DE, ressaltando-se que os mais realizados profissionalmente foram os clínicos e docentes. Sintetizando: encontrou-se Alta Exaustão Emocional: os sujeitos que exercem “outras atividades”, e os que estavam exercendo outras atividades

consideradas estressantes na ocasião de resposta aos inventários; Alta Despersonalização: os sujeitos que exercem “outras atividades”; e os docentes que estavam exercendo outras atividades consideradas estressantes na ocasião de resposta aos inventários; Baixa Realização Profissional (RP): os sujeitos que exercem “outras atividades”, e os que estavam exercendo outras atividades consideradas estressantes na ocasião de resposta aos inventários. Deste modo, ao verificar a associação entre variáveis relativas ao trabalho e as dimensões do Inventário de *Burnout* em Psicólogos, os sujeitos que apresentam alto *burnout* foram os que exerciam outras atividades e cumpriam atividades estressantes no momento de responder aos questionários, adicionando-se os docentes que apresentaram escore alto na dimensão Despersonalização, exclusivamente. Já as variáveis: carga horária de trabalho semanal elevada, ser aluno de pós-graduação, e não fazer terapia não gera o alto *burnout*.

DISCUSSÃO

A partir desses achados entre os 915 sujeitos psicólogos pesquisados, cabe salientar a Realização Profissional que funciona como fator de equilíbrio, mesmo quando manifestam baixa Exaustão Emocional e alta Despersonalização. As mulheres não sofrem mais da síndrome do que os homens pesquisados, mas os profissionais mais jovens, solteiros, sem filhos e com menor tempo de formado são os acometidos pelo alto *burnout*.

Embora a maioria dos sujeitos trabalhe acima de 39 horas semanais, estar cursando pós-graduação e não fazer terapia não se associou a nenhuma das dimensões do instrumento IBP - resultados discutíveis, por contradizerem o senso comum em razão dos preditores de alto *burnout*. No mínimo, o fazer terapia, já que a maioria dos sujeitos de pesquisa trabalha em clínica, deveria aparecer como uma estratégia de proteção. Nesse sentido, pode-se supor que a falta de análise sobre a atividade (de certo modo alienação) funciona como um dispositivo de alavancagem de algum dos mecanismos de defesa deste profissional.

O predomínio na pesquisa do sexo feminino entre os sujeitos respondentes reflete a realidade da profissão de psicólogo no Brasil, segundo a distribuição por sexo. Não obstante, o fato de a amostra estudada ser, predominantemente, do sexo feminino, na faixa etária de 23 a 36 anos, casadas e sem filhos, formadas há, no mínimo três e, no máximo, dezesseis anos, há propensão ao alto *burnout*; as mulheres jovens são mais predispostas à síndrome por possuírem menor experiência e, supostamente, menor capacidade de enfrentamento do estresse. Porém, ao mesmo tempo, a alta carga de trabalho, a falta de fazer terapia e de estudos avançados, podem estar servindo como uma estratégia de enfrentamento neste momento inicial de carreira e que, ao passar do tempo, irá se revelando justamente ao contrário, visto que levará a constituir, especialmente, a Exaustão Emocional. E o fato de grande parte da amostra não possuir filhos, quando do preenchimento dos inventários, faz com que se suponha uma explicação para a incongruência entre fatores de apoio e estresse, principalmente nos

equivalentes às dimensões pessoal e social, pois, sendo desta forma, os sujeitos ainda não demonstram a necessidade de equacionar as dificuldades relativas à organização do trabalho/carreira e família, na qual as redes de apoio seriam fundamentais para a saúde de modo geral.

Assim como desenvolver outras atividades de psicologia - condição que predominou na pesquisa como alto *burnout* - deveria, em tese, ser apontado justamente o contrário, contribuindo para o baixo *burnout*. Ao amenizar as agruras de depositar todas as forças ocupacionais em um só sentido, conjectura-se que atividades diversas adicionem ganho secundário em razão da satisfação em circular dentre realidades diferentes, com enriquecimento das relações interpessoais; em se tratando de uma amostra predominantemente jovem, poderia o pluriemprego servir como um acessório à manutenção da saúde no trabalho, a pesquisa faz presumir que não.

Na avaliação dos resultados referentes ao instrumento SWS Survey© e as dimensões do instrumento IBP foram encontradas densidades de respostas iguais tanto nas dimensões apoio, quanto nas de estresse, fator que expôs a suscetibilidade do instrumento à desejabilidade social.

Os resultados podem revelar a suscetibilidade do instrumento à desejabilidade social: o profissional da psicologia, conhecedor de instrumento psicométricos e do conteúdo dos inventários, poderia ter suas respostas viesadas, em função do seu exercício profissional.

REFERÊNCIAS

- Benevides-Pereira, A. M. T., Moreno-Jiménez, B., & Hernández, E. G., & González-Gutiérrez, J. L. (2002). La evaluación específica del síndrome de *burnout* em psicólogos: el “Inventario de *burnout* em psicólogos”. *Clínica y salud*, 13(3), 257-283.
- Benevides-Pereira, A.M.T, & Moreno-Jiménez, B. (2002). O *burnout* em um grupo de psicólogos. In: A.M.T. Benevides-Pereira (org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*, (pp. 157-185). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A.M.T., & Moreno-Jiménez, B. (2003). O *burnout* e o profissional de psicologia. *Revista Eletrônica InterAção Psy* 1 (1), 68-75.
- Codo, W., & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é *Burnout*. In: W. Codo (Org.), *Educação: carinho e trabalho* (pp. 237-254). Petrópolis (RJ): Vozes.
- Costantini, A., Riggio, F., Saparvoli, M., Bosco, A., & Balbi, A. (1999). Fase iniziale di aziendalizzazione e stress lavorativo nell'assistenza psiquiátrica pubblica. *Rivista di psichiatria*. 34, 32-41.

- Costa, G. C., & Malagris, L. E. N. (2005). *Burnout* em psicólogos da saúde. In: *3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, Anais (p. s/n), disponível: <http://www.atc-rio.org.br/docs/Resumos-todos.pdf> Acessado em 14/06/2006.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982a). The process and dimensions of *burnout* in psychotherapists. *Professional Psychology*, 13(2), 293-301.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982b). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist*, 38, 10-13.
- Maslach, C. (1994). *Stress, burnout, and workaholism*. In: R. Kilburg, P.E. Nathan & R. W. Thoreson (Orgs.), *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology* (pp. 53-75). Washington: American Psychological Association.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981a). *MBI: Maslach Burnout Inventory (Manual)*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981b). The measurement of experienced *burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Mills, L. B., & Huebner, E. (1998). A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and burnout among school psychology practitioners. *Journal of School Psychology*, 36, 103-120.
- Moreno-Jiménez, B. M., Hernández, E. G., Benevides-Pereira, A.M.T., & Herrer, M. G. (2003). Estúdios transculturales del burnout: los estúdios transculturales Brasil-España. *Revista Colombiana de Psicología*. 12, 9-18.
- Moreno-Jimenez, B., Garrosa-Hernandez, E., Gálvez, M., Gonzáles, J. L., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). A avaliação do *Burnout* em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 11-19.
- Pérez, C. (2004). *Técnica de análises multivariante de datos: aplicações con SPSS*. Madrid: Pearson/Prentice Hall.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DIÁLOGO COM FAMÍLIAS DE CRECHE SOBRE DISTÚRBIOS FONAUDIOLÓGICOS

MARIANGELA LOPES BITAR & MARCIA SIMÕES-ZENARI

Promoção da saúde é definida como o "*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*" (Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 1996). A Carta de Ottawa, onde se encontra esta definição, é considerada um dos documentos fundadores da promoção da saúde atualmente desenvolvida (Buss, 2000).

A educação em saúde se associa à promoção da saúde e abrange algumas estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (Heidmann, Almeida, Eggert, Wosny & Monticelli, 2006).

A Fonoaudiologia em Saúde Coletiva tem se aproximado de um comprometimento com as questões sociais, coletivas e as necessidades de saúde da população (Penteado & Servilha, 2004) com enfoque nas áreas de linguagem, audição, funções alimentares, respiração e voz. Inserido em instituições de educação infantil, o fonoaudiólogo tem a possibilidade de desenvolver ações amplas que envolvam as crianças, as famílias e os funcionários dos equipamentos, numa participação do processo de educação em saúde. Entende-se por Educação em Saúde a combinação de experiências de aprendizagem que irão proporcionar ações voluntárias conducentes à saúde (Candeias, 1997). É necessário que se utilizem meios efetivos de comunicação para que haja maior empoderamento de todos para promoção do desenvolvimento adequado das crianças (Nogueira, 2006). Instituições de ensino são consideradas ideais para difundir conhecimento e promover hábitos saudáveis na comunidade (Darnaud & Dato, 2009).

A partir dessas considerações pretendeu-se desenvolver e verificar a efetividade de ações de educação em saúde sobre aspectos referentes à área da fonoaudiologia de maior interesse para os pais de crianças que frequentam centros de educação infantil.

MÉTODO

Participaram três centros de educação infantil que atendem cerca de 500 crianças com até 6 anos de idade. Este trabalho envolveu as crianças de 5 a 6 anos de idade devido às características das ações escolhidas, mais voltadas para esta faixa etária. Este recorte possibilitou uma amostra de 180 crianças, bem como suas educadoras e suas famílias.

Inicialmente foi enviado a todas essas 180 famílias um questionário onde deveriam relatar aspectos do desenvolvimento de suas crianças nas áreas de linguagem, audição, fala, mastigação, deglutição, respiração, órgãos fonoarticulatórios e voz, bem como indicar qual ou quais dessas áreas seriam de maior interesse para troca de informações e justificar sua opção. Além disso, os pais deveriam indicar qual ou quais os meios de comunicação de sua preferência para este trabalho: reunião presencial, cartaz, folheto, e-mail, site ou outros. Essa metodologia foi definida com o objetivo de se garantir uma prática dialógica e não a transmissão verticalizada e autoritária de conhecimentos (Alves, 2004).

O protocolo citado foi desenvolvido para este estudo, tem um formato simples e requer pouco tempo para o preenchimento. O prazo máximo para devolução foi de uma semana.

Assim que os questionários foram devolvidos todos os dados foram tabulados. A partir da análise desses dados puderam ser conhecidas as áreas de maior interesse e formas de trabalho de preferência da maior parte das famílias.

Após essa definição foi elaborado o material que seria utilizado neste trabalho envolvendo os principais conteúdos das áreas escolhidas. Todo este material foi submetido à avaliação de três juízes: um fonoaudiólogo, um pai de criança da mesma faixa etária e que não era profissional da saúde e um publicitário. A partir das análises dos juízes o material pôde ser melhorado e então utilizado.

Paralelamente foram elaboradas atividades lúdicas, envolvendo os mesmos conteúdos, para serem desenvolvidas de maneira coletiva junto às crianças durante a rotina da instituição. Essas atividades ocorreram nas salas de aula, em três semanas consecutivas e tiveram duração média de 40 minutos. A primeira atividade teve objetivo de introduzir o tema para as crianças, a segunda foi de aprofundamento e a terceira de fechamento. Em cada um dos dias havia sempre um momento inicial, quando uma das estagiárias de Fonoaudiologia, junto com a educadora do grupo, levava as crianças a refletir e se colocar sobre o tema que seria trabalhado. Em seguida havia uma prática, também conduzida por ambas, envolvendo os conteúdos de interesse. No último dia essa prática ocorreu a confecção coletiva de um material por meio do qual as crianças iriam informar outras pessoas sobre o tema.

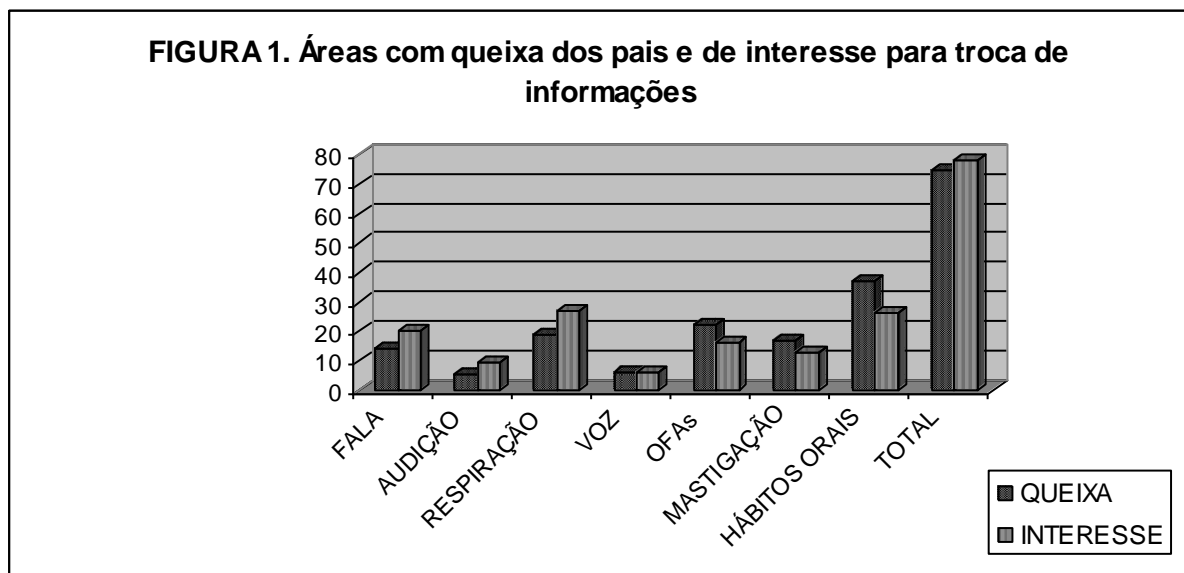
Este conjunto de ações foi criado com base no pressuposto que atividades lúdicas para as crianças, somadas ao trabalho com os pais, apresentam resultados mais efetivos que apenas a discussão teórica com os pais (Vivas & Sequeda, 2004).

Para avaliação da efetividade das ações foi aplicado ao final um questionário junto aos pais com perguntas referentes à sua avaliação do trabalho desenvolvido, ou seja, utilidade, adequação em relação à forma e conteúdo, importância e aplicação das informações discutidas e adoção de novas práticas junto às crianças após sua participação.

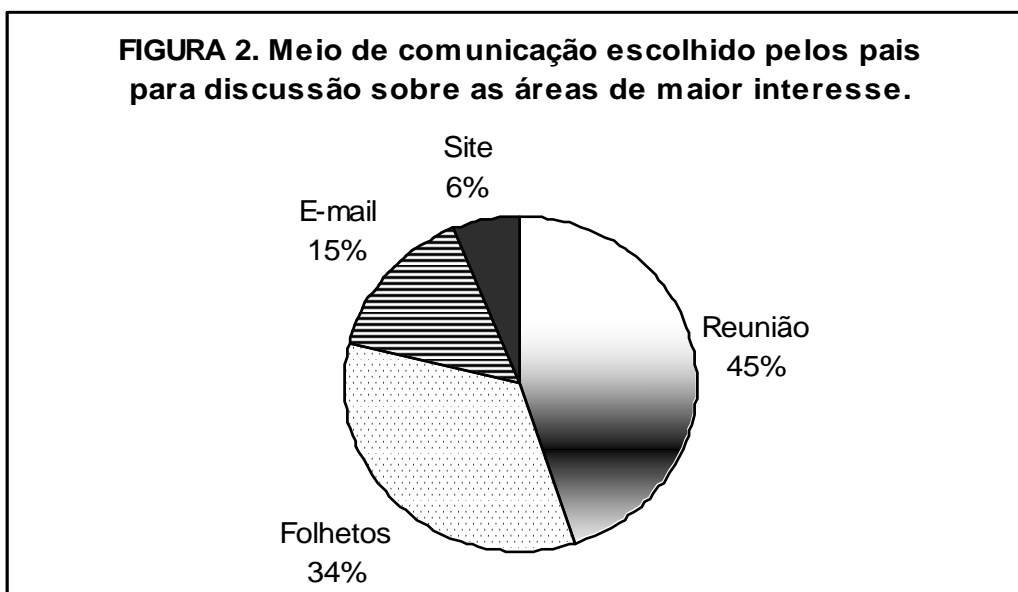
As produções das crianças durante as atividades foram analisadas de maneira qualitativa e, para análise dos dados quantitativos, utilizaram-se medidas descritivas e os testes estatísticos necessários.

RESULTADOS

Foram devolvidos 111 (62%) dos 180 questionários enviados aos pais. As áreas mais indicadas por eles para um trabalho de Educação em Saúde foram: respiração (27%), hábitos orais (26%) e fala (15%). Foi observada associação entre essas áreas indicadas pelos pais e as áreas em que têm queixas em relação ao desenvolvimento dos filhos (Figura 1).



O meio escolhido para troca de informações sobre essas áreas foi reunião presencial, opção de 45% das famílias (Figura 2).



Foram agendadas duas reuniões em datas diferentes e um convite foi enviado aos 180 pais participantes, ou seja, mesmo aqueles que não haviam devolvido o questionário foram convidados. O convite continha informações sobre o local da reunião, data, horário e tema que seria abordado: “Respiração, hábitos orais e sua relação com o desenvolvimento da fala”.

Compareceram 37 pais no total, o que correspondeu a 21% dos 180 pais de crianças dessa faixa etária, 33% dos 111 que devolveram os questionários e 97% do total que indicou a reunião como o meio de comunicação preferido.

Dentre aqueles que estiveram presentes, 90% responderam ao questionário de avaliação após a reunião; os demais não o fizeram por que tiveram que sair antes do término. Os pais avaliaram as reuniões como úteis (100%), adequadas em relação à forma (100%) e ao conteúdo (85%).

Passar a ter atitudes mais positivas em relação às crianças nas áreas abordadas foi citado por 73% dos pais presentes nas reuniões (promover a higiene nasal antes das refeições e antes de dormir, verificar possíveis fatores presentes na casa que possam comprometer a respiração, colocar toalha molhada ou vasilha com água no quarto quando o clima ficar muito seco, rever os produtos de limpeza utilizados, parar de passar pimenta no dedo das crianças para desestimular a sucção digital, fazer combinados em relação ao uso de chupetas e mamadeiras, entre outros). Cada um dentro das suas possibilidades e de sua realidade de vida. Os demais pais (27%) referiram já ter práticas positivas de acordo com o que foi exposto.

Quanto às atividades desenvolvidas junto às crianças pôde ser observado grande interesse e participação, tanto por parte delas quanto das educadoras, nos três dias. Destaca-se que essas atividades puderam ser bem sucedidas porque houve uma real parceria com as educadoras. Após o término deste trabalho elas continuaram desenvolvendo atividades coletivas semelhantes com o objetivo de reforçar ainda mais a importância do que foi explorado.

A análise dos cartazes confeccionados pelos grupos de crianças durante a última atividade demonstrou que os principais conteúdos foram assimilados e destacados por elas, principalmente as práticas de higiene nasal. Os cartazes foram afixados em locais de grande circulação nas instituições e despertaram o interesse de todos.

DISCUSSÃO

A associação observada entre as áreas indicadas pelos pais para o trabalho de Educação em Saúde e as áreas em que têm queixas em relação ao desenvolvimento dos filhos mostra que ainda a maior preocupação das famílias é com o distúrbio e não com a promoção da saúde.

Quanto à escolha pela reunião presencial, observa-se que os pais conservam o interesse por situações dialogais com grande interação entre os participantes. Meios mais inovadores para este tipo de ação como e-mail e apresentação em páginas da internet proporcionam apenas o recebimento de informações. Ainda assim foram apontados por um número considerável de pais provavelmente pela maior facilidade de acesso, não envolvendo o deslocamento para a instituição nem o ônus da ausência em compromissos de trabalho.

Ao se analisar a presença dos pais às reuniões nota-se que aqueles que compareceram foram os que indicaram tanto as áreas quanto a forma de trabalho utilizada, o que explica a grande participação e interesse de quem esteve presente. Reforça a importância de se considerar as necessidades dos indivíduos e as condições em que vivem e seu envolvimento nas ações, sem imposição, como indicado por Alves (2004) e Traverso-Yépez (2007).

O fato das crianças terem se envolvido com o tema e demonstrado assimilação dos conteúdos a ponto de representá-los de maneira tão interessante reforça o quanto as atividades de educação em saúde não devem ser desenvolvidas apenas com as famílias como indicado por Vivas e Sequeda (2004).

Acredita-se que houve empoderamento de todos os participantes, que só foi possível na medida em se consideraram as particularidades desta população e que todos – crianças famílias, funcionários e especialistas – atuaram de maneira integrada.

As práticas realizadas se mostraram efetivas, uma vez que levaram crianças, famílias e funcionários das instituições a refletir sobre respiração e hábitos orais e a relação destes com o desenvolvimento da fala. Também proporcionaram a compreensão de como as ações de todos podem ser melhoradas, considerando cada um dentro da sua realidade.

Observou-se a necessidade de aprofundamento da discussão sobre a importância da promoção da saúde junto aos pais, para que não permaneçam focados apenas na presença dos distúrbios.

REFERÊNCIAS

- Alves, V. S. (2004). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família; pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(9), 39-52.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2),209-213.
- Darnaud, R., & Dato, M. I. (2009). Educación para la salud em escuelas argentinas: concurso de plástica como actividad motivadora. *Rev. Panam. Salud Publica*, 25(2),181-187.
- Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. C. P., Eggert, A. B., Wosny, A. M., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enfermagem*,15(2),352-358.
- Ministério da Saúde / FIOCRUZ. (1996). Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- Nogueira, M. A. (2006). Família e escola na contemporaneidade: os meandros de uma relação. *Educação e Realidade*,31,155-169.
- Penteado, R. Z., & Servilha, E. A. M. (2004). Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*, 16(1),107-116.
- Vivas, E, & Sequeda, M. G. (2003). Um juego como estratégia educativa para el control de *Aedes aegypti* em escolares venezolanos. *Revista Panamiana de Salud Publica*, 14(6), 394-401.
- Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*,22(11),223-36.

RUÍDO EM INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO INFANTIL: CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

MARIANGELA LOPES BITAR, MARCIA SIMÕES-ZENARI & LUIZ FERREIRA CALAÇO

SOBRINHO

Níveis elevados de ruído em creches e pré-escolas têm sido uma preocupação crescente das áreas da saúde e educação, por interferirem na saúde de educadores e crianças e comprometer o processo de ensino-aprendizagem (McAllister, Granqvist, Sjölander & Sundberg, 2009). No Brasil o nível de ruído máximo aceitável em sala de aula é de até 40 decibels (dB) (ABNT 2000); nos Estados Unidos o limite é entre 35 e 40 dB, inclusive na presença de ar-condicionado (ANSI, 2002).

A exposição ao ruído intenso pode provocar zumbido e tontura, além de perda auditiva e outras manifestações como aumento da frequência cardíaca e do ritmo respiratório, alterações da pressão arterial, problemas intestinais, aumento da produção de hormônios produzidos pela tireóide, da tensão corporal e do estresse (Araújo, 2002; Dias, Cordeiro, Corrente & Gonçalves, 2006; Ogido, Costa & Machado, 2009; Silva, et al 2011).

Há que se considerar a interferência do ruído para o uso profissional da voz, uma vez que a necessidade de constante competição sonora leva o educador a realizar ajustes vocais negativos na tentativa de suplantar o ruído do local para que seja compreendido e desenvolva seu trabalho adequadamente (Simões-Zenari, Bitar & Nemr, 2009).

A medição dos níveis de ruído permite análise inicial precisa das condições do ambiente (Gerges, 2000) e possibilita mapeamento que servirá de base para a busca por soluções e implementação de ações que melhorem o conforto acústico. O conforto acústico é um dos fatores relevantes para a geração de bem-estar no ambiente escolar.

O controle do nível de ruído depende de ações interdisciplinares desenvolvidas pelos diferentes atores, mediante práticas de observação e discussão permanentes. A tomada de consciência da necessidade de mudanças das condições de ruído do ambiente perpassa pela possibilidade de conhecer os níveis identificados. É fundamental que se avalie qual é o conhecimento que os funcionários têm sobre

audição e ruído para que medidas eficazes possam ser propostas, desenvolvidas e aperfeiçoadas (Vivan, Morata & Marques, 2008).

Em oito instituições de educação infantil foram verificados elevados níveis de ruído, com média de 68,5 dB e variação de 37,8 dB a 100,5 dB (Simões-Zenari, Bitar & Pereira, 2009). Em outro estudo observou-se apenas uma sala de aula dentro dos níveis de conforto aceitáveis (Gonçalves, Silva & Coutinho, 2009).

Estudo preliminar realizado por Bitar, Sobrinho e Simões-Zenari (2010) encontrou elevado nível de ruído em uma instituição de educação infantil paulista, com destaque para o refeitório coletivo, considerado o ambiente mais ruidoso. Os dados foram posteriormente apresentados a todos os funcionários que ficaram muito impactados, principalmente quando foram discutidos os prejuízos do ruído elevado para a saúde de todos. De maneira autônoma, imediatamente buscaram modificar a ocupação e as práticas desenvolvidas neste local. Após essas ações foi observada importante melhora no conforto acústico do referido espaço.

Uma vez que são bem conhecidos os prejuízos causados pelo ruído, a exposição a ele deve ser controlada de maneira ampla, principalmente por meio de ações que envolvam alunos, professores e gestores (Palma, Mattos, Almeida & Oliveira, 2009).

Este estudo tem com objetivo analisar os níveis de ruído em centros de educação infantil para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde favorecedoras do conforto acústico nestas instituições.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo dez instituições de educação infantil que atendem cerca de 1400 crianças com idades entre zero e seis anos e empregam cerca de 250 funcionários. Foram selecionadas por sua parceria junto a programa de Fonoaudiologia em promoção em saúde de uma universidade brasileira.

Artefatos

Foi realizada a medição dos níveis de ruído nos diferentes espaços dessas instituições: salas de aula, refeitórios, corredores, pátios externos, áreas de serviços e salas administrativas, tanto na presença quanto na ausência das crianças. Foi utilizado medidor de nível de pressão sonora digital, decibelímetro, da marca Center modelo 322 com Data Logger, e foram seguidas as normas previstas na Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2000).

O aparelho estava calibrado e foi operado em curva de resposta lenta em faixa de nível sonoro entre 30 e 130 dB. Nos espaços pequenos (até 10 m²) a medição foi realizada em um ponto mais central; em espaços médios (maiores que 10 m² e até 20 m²) as medidas ocorreram em dois pontos, em posição diagonal; nos espaços grandes (maiores que 20 m²) foram considerados três diferentes pontos. O aparelho ficou posicionado em direção ao centro dos espaços numa distância de, no mínimo, um metro do chão e das paredes ou muros. A medição de cada ponto teve duração de 10 minutos.

Foram considerados para análise os valores mínimos, médios e máximos obtidos. Também foi feita classificação das medidas por tipo de espaço, devido suas especificidades: (1) Locais de alimentação: foram considerados todos os espaços destinados à alimentação das crianças como refeitórios, copas e anexos; (2) Serviços: foram consideradas as medições feitas em lavanderias, cozinhas e lactários; (3) Externo: entraram nesta categoria os pátios, parques e jardins; (4) Administrativo / circulação: foram consideradas as salas de recepção, salas de coordenadores, diretores, enfermeiros e também os corredores.

Procedimentos

Foi aplicado com todos os funcionários questionário desenvolvido para avaliar a percepção e desconforto dos mesmos em relação à presença do ruído.

A pesquisa foi devidamente aprovada pela Comissão de Ética, foi apresentada à direção das instituições, bem como a todos os funcionários, que concordaram em participar e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados obtidos foram analisados por meio da estatística descritiva e dos testes estatísticos necessários. Foi considerado nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Foram obtidas medidas de 414 pontos, com médias entre 52,9 dB e 77,1 dB com média geral de 62,8 dB, considerados acima do previsto para instituições dessa natureza. Apenas em dias de reuniões, em que as crianças não estão presentes, foi encontrada média de ruído próxima ao esperado (51,1 dB), sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Ao analisar as médias dos tipos de espaços observou-se que os locais administrativos e de circulação (média de 57,7 dB) são menos ruidosos do que as áreas externas (média de 62,7 dB), as áreas de serviços (63,0 dB) e de alimentação (média de 66,5 dB). As salas de aulas (média de 58,6 dB) se mostraram menos ruidosas apenas em relação aos locais de alimentação.

Quadro 1. Comparação entre as medidas, em dB, obtidas nas diferentes instituições.

Instituição	Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Max	N	IC	valor de p
1	57,34	58,8	11,57	37,5	77,6	73	2,65	0,001*
2	61,33	64,9	12,50	38,0	79,1	42	3,78	
3	63,60	65,4	9,99	46,9	81,0	34	3,36	
4	61,03	59,9	10,90	39,1	81,4	43	3,26	
5	61,50	62,1	12,03	38,8	82,0	39	3,78	
6	59,10	54,2	13,21	38,7	78,9	40	4,09	
7	61,42	64,4	10,56	39,7	81,9	70	2,47	
8	65,26	67,4	10,92	40,6	82,5	127	1,90	
9	60,73	62,7	9,03	40,6	75,5	71	2,10	
10	65,08	66,6	6,41	49,3	74,7	30	2,29	

* estatisticamente significativo; Análise de Variância – ANOVA

Comparando-se as dez instituições observa-se que todas apresentaram valores elevados em relação ao esperado (Quadro 1). A diferença encontrada entre elas foi analisada por meio do Teste de Comparação Múltipla de Tukey e observou-se que apenas a média da Instituição 1 foi menor que as médias das Instituições 8 e 10.

Os questionários foram preenchidos por 212 (90,6%) dos 234 funcionários. Destes, 185 (87,3%) consideram que estão expostos ao ruído. Dentre os 24 que negaram exposição ao ruído 6 (25%) eram de uma única instituição. A maioria dos funcionários indicou tempo médio de exposição ao ruído de 6 a 9 horas por dia. Morar em local ruidoso foi indicado por 42% dos funcionários que relataram exposição no local de trabalho contra 17% dos que se consideram não expostos. Uso de fone de ouvido para escutar música fora do trabalho, ouvir rádio ou assistir televisão em forte intensidade foram indicados de maneira semelhante entre os dois grupos.

DISCUSSÃO

As médias observadas estão acima do recomendado, como encontrado em outros estudos (Bitar, et al. 2010; Gonçalves, Silva & Coutinho, 2009; Simões-Zenari, Bitar & Pereira, 2009). Observou-se que, mesmo nos dias sem crianças, quando ocorrem reuniões e limpeza, essas médias são excessivas, ainda que um pouco mais baixas.

Como observado em estudo anterior (Bitar, et al. 2010) os locais de alimentação apresentaram-se muito ruidosos, contrariando os preceitos de um ambiente saudável para uma boa alimentação e de uma interação prazerosa que também faz parte deste ritual.

A presença do ruído excessivo é percebida por muitos profissionais. A partir desta observação a associação entre sinais e sintomas e a presença do ruído está sendo investigada junto a eles. Observou-se que aqueles que se queixaram do ruído no trabalho também se queixaram mais do ruído no local em que moram, devendo ser verificada se essas pessoas apresentam maior sensibilidade a este fator, o que pode inclusive levar a maior impacto em sua saúde com uma exposição até menor do que a tolerada.

Os resultados indicam que ações necessitam ser desenvolvidas junto aos gestores e equipes para busca conjunta por soluções para melhoria necessária em cada instituição. As ações serão implementadas e avaliada sua efetividade por meio de observações e novas medição dos níveis de ruído.

Devem ser aprofundados os dados de observação na instituição em que menos funcionários consideraram a exposição ao ruído e na instituição que apresentou médias um pouco mais baixas em relação a outras duas.

O ruído analisado se mostrou excessivo, tanto em relação aos níveis de desconforto quanto à sua constância. A maior parte dos funcionários identifica esse excesso.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. (2000). Norma Brasileira 10152: Níveis de ruído para conforto acústico.
- American National Standard Institute – ANSI. (2002). USA ANSI S 12.60. Acoustical performance criteria. Design requirements and guidelines for school.
- Bitar, M. L., Sobrinho, L. F. C., & Simões-Zenari, M. (2010). Comparação entre os níveis de ruído de uma instituição de educação infantil após intervenção fonoaudiológica. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, Suplemento, 670-674.
- Dias, A., Cordeiro, R., Corrente, J. E., & Gonçalves, C. G. O. (2006). Associação entre perda auditiva induzida pelo ruído e zumbidos. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1),63-8.
- Gerges, S. N. Y. (2000). Ruído: Fundamentos e controle. 2. ed. Florianópolis: NR Editora.
- Gonçalves, V. S. B., Silva, L. B., & Coutinho, A. S. (2009). Ruído como agente comprometedor da inteligibilidade de fala dos professores. *Produção*,19(3),466-476.
- McAllister, A. M., Granqvist, S., Sjölander, P., & Sundberg, J. (2009). Child voice and noise: a pilot study of noise in day care and the effects on 10 children's voice quality according to perceptual evaluation. *Journal of Voice*,23(5),587-593.
- Ogido, R., Costa, E. A., & Machado, H. C. (2009). Prevalência de sintomas auditivos e vestibulares em trabalhadores expostos a ruído ocupacional. *Revista de Saúde Pública*,43(2),377-80.
- Palma, A., Mattos, U. A. O., Almeida, M. N., & Oliveira, G. E. M. C. (2009). Nível de ruído no ambiente de trabalho do professor de educação física em aulas de ciclismo indoor. *Revista de Saúde Pública*,43(2),345-51.

- Silva, M. C., Orlandi, C. G., Chang, E. M., Siviero, J., Pinto, M. M., Armellini, P. F. S., Santos, T. S., Luz, V. B., & Gil, D. (2011). Níveis de ruído na lavanderia de um hospital público. *Revista CEFAC*, 13(3), 472-478.
- Simões-Zenari, M., Bitar, M. L., & Nemr, K. (2009). Voz de educadoras: relações entre auto-avaliação vocal, aspectos perceptivo-auditivos e acústicos e níveis de ruído. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, Suplemento.
- Simões-Zenari, M., Bitar, M. L., & Pereira, M. B. (2009). Análise do ruído em instituições de educação infantil. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, Suplemento, 2860.
- Vivan, A. G., Morata, T. C., & Marques, J. M. (2008). Conhecimento de trabalhadores sobre ruído e seus efeitos em indústria alimentícia. *Arquivos Internacionais De Otorrinolaringologia*, 12(1), 38-48.

CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DO TE (TERMÓMETRO EMOCIONAL) NUMA AMOSTRA PORTUGUESA COM DIAGNÓSTICO DE CANCRO

JOANA BIZARRO 1, IVONE PATRÃO 1 & CLÁUDIA DEEP 2

Ao longo dos anos, a investigação e os novos métodos de tratamento dos vários tipos de cancro, têm vindo a aumentar, contudo, este continua a ser a segunda causa de morte a nível mundial, sendo que, nas mulheres o cancro mais comum é o da mama e nos homens é o cancro do pulmão (American Cancer Society [ACS], 2007). Em Portugal, o cancro da mama é o mais comum, seguindo-se o da próstata, em relação à mortalidade, o cancro que mais mata é o do pulmão e depois o da próstata (Ferlay, Autier, Boniol, Heanue, Colombet & Boyle 2007).

Assim, um indivíduo pode sobreviver ao cancro mas, nem sempre assim é, e nem sempre uma vida mais longa equivale a uma vida com qualidade e tal deve-se às várias consequências que resultam da doença e dos tratamentos (Cella, 1998).

Algumas das consequências provocadas passam por transtornos ao nível físico, como as consequências associadas aos tratamentos como vômitos, perda de cabelo, distúrbios do sono, cansaço, dores, entre outras e as consequências que ficam após o tratamento como no caso de uma mastectomia (Adebayo, Adejumo, Nuhu, & Odejide, 2008; Montel, 2010).

A nível psicológico as consequências podem ser inúmeras e assiste-se, na maioria dos casos, a uma diminuição da satisfação com a imagem corporal e da satisfação sexual, sentimentos de tristeza, aumento do *stress*, dos níveis de ansiedade e depressão, para o doente e para a sua família (Almanza-Munöz, De La Huerta-Sánchez, Rosario-Juárez, & Silvia-Ortiz, 2009; Bekkers, Bisseling, Janda, Kondalsamy-Chennakesavan, & Obermais, 2009; Bitsika, Christie, & Sharpley, 2009a, 2009b; Chan, Fung, & Limoges, 2010; Mohagheghi, Montazeri, Omidvari, Roshan, Tavoli, & Tavoli, 2007; Montel, 2010).

Assim sendo, é importante procurar meios eficazes de avaliação e concomitantemente de intervenção, de modo a perceber se é ou não necessário intervir e de que forma. Surge assim a utilidade do rastreio psicológico e dos instrumentos úteis e adequados para o fazer na área da oncologia.

1 -Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2-Instituto Superior Dom Afonso III

Um desses instrumentos é o Termómetro Emocional (TE), que é específico para indivíduos que têm ou já tiveram cancro, e que avalia os níveis de sofrimento emocional, ansiedade, depressão,

revolta, duração e impacto de tais sintomas e a necessidade de ajuda sentida pelo indivíduo. As suas propriedades psicométricas foram demonstradas recentemente em vários estudos, o que faz com que seja um instrumento válido em oncologia e cada vez mais utilizado (Baker-Glenn, Granger, Mitchell, & Symonds, 2010; Baker-Glenn, Granger, Mitchell, Park, & Symonds, 2010; Mitchell, 2010).

A presente investigação tem como principal objectivo contribuir para a validação do TE numa amostra portuguesa com diagnóstico de cancro. Como objectivos específicos compararam-se os índices de ansiedade e depressão, avaliados em duas escalas, o TE (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2010) e a Hospital Anxiety Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), por forma, a verificar se os instrumentos que avaliam os mesmos construtos obtêm os mesmos resultados, chamada de validade externa do tipo de avaliação (Pais Ribeiro, 2010) ou validade de critério (Almeida & Freire, 2003; Sechrest, 1987). Para além disso, analisaram-se os níveis de ansiedade e depressão, os níveis das diferentes componentes do TE e a sua relação com variáveis socio-demográficas e clínicas.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 100 indivíduos e teve como critério de inclusão a participação voluntária e o facto de o indivíduo sofrer ou ter sofrido de cancro até há cinco anos atrás. Trata-se de uma amostra intencional de informantes estratégicos tipo bola de neve (Pais Ribeiro, 2010). No Quadro 1 apresenta-se um resumo de todas as características da amostra.

Material

Para este estudo utilizaram-se os seguintes instrumentos:

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Bizarro & Patrão, 2010);

Termómetro Emocional (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2007) - mede os níveis de sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta, o impacto, a duração dos sintomas e o nível de ajuda, para tal, o instrumento conta com a ilustração de 7 termómetros que contêm uma escala de 11 pontos (0-10) de tipo Likert e conta ainda com 5 dimensões de perguntas, acerca de problemas práticos, familiares, emocionais, preocupações religiosas/espirituais e problemas físicos. O instrumento apresenta um alpha de 0.91.

Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) - avalia os níveis de ansiedade e depressão, tendo assim duas dimensões, a escala conta com 14 itens cujo modo de resposta varia de 0 a 3, numa escala de tipo Likert de 4 pontos. A sub-escala ansiedade e depressão apresentam cada uma um alpha de 0.85.

Procedimento

A recolha da amostra do presente estudo decorreu no Movimento Vencer e Viver em Lisboa (37 questionários), na Unidade de Radioterapia do Hospital de Faro (58 questionários) e através da Internet (5 questionários). O período de recolha da amostra foi de Março a Maio de 2011.

A Análise Estatística foi realizada através do software IBM SPSS Statistics 19, e utilizaram-se os seguintes testes: Kolmogorov-Smirnov, Qui-Quadrado, Monte Carlo e Spearman (Maroco, 2010).

Quadro1 – Frequências e % das Variáveis Sócio - Demográficas e Clínicas (n=100)

Características	n (%)	Características	n(%)
Idade:		Familiar com antecedente oncológico	
28 – 38	8(8.0)	Sim	59(59.0)
39 – 49	15(15.0)	Não	41(41.0)
50 - 60	41(41.0)	Antecedente oncológico pessoal	
61 – 71	26(26.0)	Sim	11(11.0)
>72	10(10.0)	Não	89(89.0)
Género:		Tipo de antecedente oncológico	
Feminino	80(80.0)	Mama	7(7.0)
Masculino	20(20.0)	Linfoma (não Hodgkin)	1(1.0)
Estado Civil:		Sistema Urinário	1(1.0)
Solteiro/a	10(10.0)	Ossos	2(2.0)
Casado/a	70(70.0)	Tipo de cancro	
Divorciado/a	12(12.0)	Mama	67(67.0)
Viúvo/a	8(8.0)	Útero	4(4.0)
Tem filhos:		Aparelho Digestivo	5(5.0)
Sim	86(86.0)	Linfoma (não-Hodgkin)	3(3.0)
Não	14(14.0)	Sistema Urinário	2(2.0)
Situação Profissional		Cerebral e região cervical	7(7.0)
Empregado/a	22(22.0)	Pulmões	5(5.0)
Doméstico/a	11(11.0)	Pele	1(1.0)
Desempregado/a	13(13.0)	Próstata	4(4.0)
Reformado/a	33(33.0)	Coluna	1(1.0)
Baixa Médica	21(21.0)	Testículo	1(1.0)
Complicação associada ao cancro		Intervenção psicológica:	
Sim	9(9.0)	Sim	26(26.0)
Não	91(91.0)	Não	74(74.0)
Medicação		Acontecimento negativo no último ano:	
Sim	47(47.0)	Sim	18(18.0)
Não	53(53.0)	Não	82(82.0)

RESULTADOS

Termómetro Emocional (TE): 17% dos participantes registaram um elevado sofrimento emocional, 23% ansiedade, 20% depressão, 12% revolta acentuada, 11% refere que os sintomas tiveram uma

duração de 8 a 10 meses, 23% que a doença teve um grande impacto na sua vida e 17% que sente necessidade de ajuda.

Face às outras componentes avaliadas, verificou-se que ao nível dos problemas práticos a maioria (51%) apenas refere as despesas de saúde e o nível económico em geral. Os problemas familiares não são vistos como um problema e só a ansiedade e a preocupação são apontadas como problemas emocionais. A nível religioso também não se verificaram problemas. Face aos problemas físicos o cansaço/fadiga (71%) e as dores (52%) foram os únicos sintomas vistos como tal.

Observou-se que todas as dimensões do TE apresentam correlações entre si excepto as dimensões, revolta e duração dos sintomas.

Termómetro Emocional e HADS: Verificou-se que o TE obteve uma média de 3.10 e um desvio padrão de 3.292 para a dimensão depressão e uma média de 4.34 e um desvio-padrão de 3.098 para a ansiedade. A HADS obteve uma média de 5.82 e 6.73 e um desvio padrão de 4.281 e 4.315 para as respectivas dimensões.

Não existem diferenças significativas entre os instrumentos, pois os valores dos níveis de ansiedade e depressão são semelhantes. Assim, o TE indica que 68% não sofre de depressão, 16% já sofre e 20% sofre de depressão severa, relativamente à ansiedade 42% não sofre, 35% já sofre e 23% sofre de ansiedade severa. A HADS revela face à ansiedade que 63% não sofre deste sintoma, 18% sofre levemente, 15% sofre moderadamente e 4% sofre de ansiedade severa, já no que refere à depressão 65% dos indivíduos não sofre deste sintoma, já 19% sofre de forma leve, 14% de forma moderada e 2% de forma severa.

Verifica-se assim a presença de validade externa, no que refere ao tipo de avaliação, isto é, ambos os instrumentos avaliaram o mesmo na mesma altura e os resultados obtidos por estes não diferiram significativamente entre si.

Níveis de ansiedade e depressão (TE/HADS): Tanto a dimensão ansiedade como a dimensão depressão do TE, correlacionam-se com as mesmas dimensões da HADS, tendo a dimensão ansiedade uma correlação positiva e moderada ($r_{\text{spearman}}=0.646$) assim como a dimensão depressão ($r_{\text{spearman}}=0.647$), o que revela que ambas as dimensões das duas escalas avaliam o mesmo.

Termómetro Emocional e sua relação com as variáveis Sócio Demográficas e Clínicas: A dimensão sofrimento emocional ($r_{\text{spearman}}=0.301$), ansiedade ($r_{\text{spearman}}=0.203$) e depressão ($r_{\text{spearman}}=0.325$) apresentaram uma correlação positiva com o tipo de medicação e negativa com a variável intervenção psicológica $r_{\text{spearman}}=-0.340$, $r_{\text{spearman}}=-0.272$, $r_{\text{spearman}}=-0.350$, respectivamente. A dimensão depressão obteve ainda uma correlação negativa com a toma de medicação ($r_{\text{spearman}}=-0.278$). As dimensões revolta e duração dos sintomas não revelaram relação com nenhuma variável, contudo as dimensões impacto ($r_{\text{spearman}}=-0.439$) e necessidade de ajuda ($r_{\text{spearman}}=0.391$) obtiveram uma correlação negativa com a variável intervenção psicológica. A

dimensão necessidade de ajuda obteve ainda uma correlação positiva com a variável grau do diagnóstico ($r_{\text{spearman}}=0.403$).

DISCUSSÃO

Neste estudo verificou-se que o TE e a HADS registaram em média o mesmo número de casos de ansiedade e depressão, não existindo diferenças significativas entre si. Verificou-se, assim, que os dois instrumentos medem os mesmos construtos, na mesma amostra e apresentam os mesmos resultados, comprovando-se que o TE apresenta validade externa do tipo de avaliação (Pais Ribeiro, 2010) ou validade de critério (Almeida & Freire, 2003; Sechrest, 1987).

Analizando os dois instrumentos verificou-se uma incidência de depressão e ansiedade considerável na amostra, o que demonstra que estes são dois sintomas evidenciados por indivíduos com esta doença (Mohagheghi et al., 2007). O TE fornece ainda informação acerca dos transtornos físicos e psicológicos associados ao cancro, o que não se verifica através da aplicação da HADS, sendo por isso o TE mais adequado e útil em oncologia.

Relativamente à necessidade de ajuda, esta relaciona-se com a ansiedade e depressão, o que demonstra a importância do suporte, seja ele mais técnico ou dos familiares e amigos, uma vez que quando este está presente o doente sente-se apoiado e a ansiedade e depressão diminuem, tal como foi referido por Austin et al. (2011).

No que refere ao sofrimento emocional, o facto de este se relacionar com as restantes variáveis avaliadas pelo TE reforça a ideia de que esta é uma doença que afecta a qualidade de vida a vários níveis (Cooley, Fox, Lynch, & Sarna, 2010).

Também se verifica que quando o indivíduo usufrui de uma intervenção psicológica o sofrimento emocional, a ansiedade, a depressão, o impacto e a necessidade de ajuda diminuem, o que demonstra a importância deste tipo de acompanhamento, e a necessidade de estar disponível nas unidades de oncologia (Booth, Huppert, Pieters, Ramachandra, & Vrotsou, 2009).

Ao contrário do que ocorreu em estudos anteriores a maioria dos indivíduos não referiram problemas ao nível da sua vida sexual (Patrão & Ramos, 2005) e também não referiram na sua maioria perda de fé ou alteração da sua relação com Deus (Charbonneau, Florack, Gall, & Guirguis-Younger, 2009).

Não obstante, à semelhança de outros estudos, a maioria dos indivíduos referiu transtornos físicos como o cansaço/fadiga e as dores (Bitsika, et al., 2009b), e como transtornos psicológicos relataram maioritariamente o *stress* e a ansiedade (Almanza-Munöz, et al., 2009; Bitsika, et al., 2009b), aspectos a considerar ao nível da intervenção.

O TE é de facto um instrumento útil em oncologia, que permite não só realizar um rastreio psicológico, bem como ter em conta outros aspectos que são relevantes na avaliação e intervenção do doente com cancro.

Propõe-se para futuras investigações, que testem a validade do TE, que o número de homens e mulheres e os tipos de cancro incluídos na amostra possa ser mais equilibrado, bem como considerar uma amostra de maior dimensão para que se possa compreender melhor a relação entre as diferentes dimensões do TE e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Na continuidade da validação do TE seria interessante analisar a existência de validade interna no que refere à história, à maturação e à instrumentação.

REFERÊNCIAS

- Adebayo, K., Adejumo, O., Nuhu, F., & Odejide, O. (2008). Prevalence and Predictors of Depression in Cancer Patients in the University College Hospital Ibadan, Nigeria. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 18, 107-114.
- Almanza-Munöz, J., De La Huerta-Sánchez, R., Rosario-Juárez, I., & Silvia-Ortiz, J. (2009). Distrés psicosocial y transtornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos com câncer. *Revista de Sanidad Militar*, 63, 148-155.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- American Cancer Society [ACS] (2007). *Global Cancer facts and figures 2007*. Atlanta, GA: ACS.
- Austin, J., Burkhalter, J., DuHamel, K., Isola, L., Labay, L., Markarian, Y., Mosher, C., Moskowitz, C., Papadopoulos, E., Redd, W., Rini, C., Rowley, S., Schetter, C., & Scigliano, E. (2011). Effectiveness of Partner Social Support Predicts Enduring Psychological Distress After Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 64-74.
- Baker-Glenn, E., Granger, L., Mitchell, A., & Symonds, P. (2010). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotional Thermometers tool. *Psycho-Oncology*, 19, 125-133.
- Baker-Glenn, E., Granger, L., Mitchell, A., Park, B., & Symonds, P. (2010). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part II. What is the optimal combination of Emotional Thermometers? *Psycho-Oncology*, 19, 134-140.

- Bekkers, R., Bisseling, K., Janda, M., Kondalsamy-Chennakesavan, S., & Obermais, A. (2009). Depression, anxiety and body image after treatment for invasive stage one epithelial ovarian cancer. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49, 660-666.
- Bitsika, V., Christie, D., & Sharpley, C. (2009a). Positive (But Not Negative) Punishment Predicts Anxiety and Depression Among Prostate Cancer Patients: An Exploration of the Behaviour Analytic Model of Depression. *Behaviour Change*, 26, 235-244.
- Bitsika, V., Christie, D., & Sharpley, C. (2009b). Understanding the causes of depression among prostate cancer patients: development of the Effects of Prostate Cancer on Lifestyle Questionnaire. *Psycho-Oncology*, 18, 162-168.
- Booth, S., Huppert, F., Pieters, T., Ramachandra, P., & Vrotsou, K. (2009). A brief self administered psychological intervention to improve well-being in patients with cancer: results from a feasibility study. *Psycho-Oncology*, 18, 1323-1326.
- Cella, D. (1998). Quality of Life. In J. Holland (ed.), *Psycho-oncology* (pp.1135-1146) New York: Oxford University Press.
- Chan, E., Fung, T., & Limoges, K. (2010). Functional Social Support and Major Depression In Cancer Patients. *Psychology Journal*, 7, 46-50.
- Charbonneau, C., Florack, P., Gall, T. & Guirguis-Younger, M. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psychooncology*, 18, 1165-1178.
- Cooley, M., Fox, K., Lynch, J., & Sarna, L. (2010). Lung Cancer. In J. Holland, M. Lederberg, M. Loscalzo, P. Jacobsen, R. Mccorkle & W. Breitbart (Eds.), *Psycho Oncology* (pp.152-159). New York: Oxford University Press.
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of oncology*, 18(3),581-592.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number, LDA.
- Mitchell, A. (2010). Screening Procedures for Psychosocial Distress In J. Holland, M. Lederberg, M. Loscalzo, P. Jacobsen, R. Mccorkle & W. Breitbart (Eds.), *Psycho Oncology* (389-396). New York: Oxford University Press.
- Mohagheghi, M., Montazeri, A., Omidvari, S., Roshan, R., Tavoli, A., & Tavoli, Z.(2007). Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterology*, 7(28). doi: 10.1186/1471-230X-7-28.
- Montel, S. (2010). Mood and Anxiety Disorders in Breast Cancer: An Update. *Current Psychiatry Reviews*, 6, 56-63.

- National Comprehensive Cancer Network (2007), Clinical Practice Guidelines in Oncology: distress management. *National Comprehensive Cancer Network*, 5 (retirado de http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)
- National Comprehensive Cancer Network (2010), Clinical Practice Guidelines in Oncology: *National Comprehensive Cancer Network*, 8(4),448-484.
- Pais Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Patrão, I. &, Ramos, A. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, (23),295-304.
- Sechrest, L. (1987). Métodos de Investigación, Fiabilidad y Validez. In A. Bellack & M. Hersen (eds.), *Métodos de Investigación en Psicología Clínica* (pp.35-65) Biblioteca de Psicología. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Zigmond, S., & Snaitth, P. (1983). The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 7, 361-370.

CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E NÃO LÍCITAS NO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO

CATARINA CALADO

Por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de drogas, tornou-se foco de atenção mundial dada a dimensão que o seu impacto adquiriu na sociedade (Parker, Williams, & Aldridge, 2002), constituindo um problema relevante, em função da alta incidência e dos riscos à saúde provenientes deste uso (Peuker, Rosemberg, Cunha, & Araújo, 2010).

O consumo de drogas lícitas como álcool, tabaco e xantinas está presente em todos os países. As drogas ilícitas parecem também seguir estes passos, já que o seu consumo atinge cerca de 5% da população mundial (200 milhões) entre os 15 e 64 anos. A cannabis é a droga ilícita mais consumida, seguem-se as anfetaminas e meta-anfetaminas, os opiáceos, a cocaína e, por fim, o ecstasy (WHO, 2000; Lemos et al., 2006; UNODC, 2007). Portugal não é excepção, segundo dados oficiais do IDT (2007), a cannabis é a droga ilícita com maior prevalência de consumo na população jovem (15-34 anos), seguindo-se a cocaína e o ecstasy.

O aparecimento de novas drogas e, consequentemente, outros princípios activos que culminam em novos efeitos capazes de oferecer prazer ao público ávido por novas sensações, despoletou um *boom*, quer no consumo, quer na sua presença em períodos cada vez mais precoces na vida das pessoas (Baus, Kupek, & Pires, 2002). Actualmente é notória uma grande preocupação com o uso de drogas entre os estudantes, nomeadamente os universitários (Mardegan, Souza, Buaiz, & Siqueira, 2007).

A entrada na universidade, ainda que possibilite a vivência de sentimentos positivos e a conquista de uma meta programada, pode tornar-se por vezes num período crítico, de maior vulnerabilidade para o início e a manutenção do uso de álcool e outras drogas (Peuker, Fogaça, & Bizarro, 2006; Reich, Zautra, & Hall, 2010). A mudança de comportamento vivenciada com o consumo, mesmo por períodos curtos e temporários, pode provocar sentimentos agradáveis ou de alívio perante um problema físico, psicológico ou social, o que favorece e estimula o seu uso. A droga deixa de estar confinada a populações excluídas e residuais e começa a expandir-se entre grupos de jovens que afirmam usá-la sobretudo em contextos recreativos (Mourão & Amaro, 2008).

É comum os jovens recorrerem ao uso de drogas sem preverem consequências a longo prazo, seja pela necessidade de se revelarem socialmente, para a obtenção de prazer ou qualquer outro motivo. Nesta fase as actividades culturais são geralmente celebradas com festas onde a presença de álcool configura um ambiente propício para o uso experimental de outras drogas e para a prática de comportamentos de risco como conduzir alcoolizado ou ter relações sexuais de risco (Chavez, O'Brien, & Pilon, 2005).

Segundo Sussman e Almes (2008), a maior prevalência de consumo de drogas ocorre durante a adolescência e a transição para a idade adulta. O termo *idade adulta emergente*, utilizado para descrever este período de desenvolvimento entre 18 e 25 anos (Arnett, 2000) é marcado pela formação da identidade caracterizada por um período de experimentação de papéis (Monteiro, Tavares, & Pereira, 2009). Estudos (Peltzer & Phaswana, 1999) demonstraram que o adulto emergente viu na experimentação de substâncias uma forma de negociar as transições de desenvolvimento. De facto, a maioria dos teóricos considera os períodos de transição um tempo de medo e stress, ainda assim, estudos revelam que muitos dos adultos emergentes vivenciam este período com aumento de bem-estar; a idade adulta envolve então um aumento de riscos, mas também um aumento de oportunidades (Reich et al., 2010). De acordo com Reich et al. (2010) é no período de mudanças na idade adulta emergente que as taxas de comportamentos de risco são mais elevadas e tendem a culminar em *depressão maior*.

Desta forma e com base nos pressupostos teóricos apresentados, este estudo tem como objectivo geral caracterizar o perfil de consumo de substâncias psicoactivas numa amostra de estudantes universitários e investigar as possíveis relações entre este consumo e a sintomatologia depressiva.

MÉTODO

Participantes

A amostra é composta por 511 alunos, 190 (37,2%) do género masculino, com uma média de idades de 22,84 ($dp=4,151$) e 321 do género feminino (62,8%) cuja idade média é de 21,62 ($dp=4,297$). No que concerne à nacionalidade e ao estado civil, estamos perante uma amostra predominantemente portuguesa (95,9%), sendo a grande maioria dos participantes solteiros (96,5%). De realçar que mais de metade dos inquiridos (54,2%) frequentam o 1º ciclo, com maior expressividade no 1º ano (27,4%), 44% frequentam o 2º ciclo e apenas 1,8% frequentam o 3º ciclo. Quanto às áreas científicas, cerca de 38% dos participantes estudam em cursos na área das ciências e 25% em cursos de engenharia; as áreas de saúde e de letras têm cerca de 16% cada e, com menos expressividade (4,3%) temos os alunos de arte e turismo.

Material

Neste estudo foi utilizado um inquérito por questionário, para a obtenção de dados sócio-demográficos e culturais, bem como para a recolha de informação sobre o consumo de substâncias e a opinião dos inquiridos acerca das mesmas.

Utilizou-se ainda o “Questionário de Caracterização da População”, desenvolvido pela rede IREFREA em 2005 e adaptado para Português, em 2006, pelo IREFREA Portugal (Lomba & Mendes, 2006; Lomba et al., 2008). Este instrumento foi aplicado com o intuito de avaliar um leque alargado de aspectos comportamentais associados à vida nocturna (ex. comportamentos de risco de âmbito sexual, de consumo de álcool e drogas, entre outros).

O Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II – Beck, Steer, & Brown, 1996; versão portuguesa: Coelho & Martins, 2002) foi o instrumento administrado para detectar e medir a sintomatologia depressiva. É composto por duas subescalas: a depressão afectivo-cognitiva e a depressão fisiológica-comportamental, sendo cotado de 0 a 3 em cada categoria, cujo total corresponde a 63. As mesmas estão ordenadas de acordo com a severidade do sintoma que avaliam, pelo que o três é o valor representativo de uma maior sintomatologia depressiva

Procedimentos

Inicialmente foram contactados diversos docentes com vista a explicitar o objectivo geral do estudo e a solicitar a colaboração na recolha de dados. Após este contacto, passou-se à administração dos questionários, em contexto sala de aula, fornecendo informação acerca dos objectivos do estudo, do carácter voluntário de participação e da garantia da confidencialidade. Posteriormente, as análises estatísticas do estudo foram executadas e os dados resultantes analisados mediante o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

RESULTADOS

Do presente estudo, salienta-se que 25,8% dos universitários inquiridos consomem ou já consumiram drogas ilícitas, entre as quais a cannabis assume-se como a preferida (16,8%), sendo a idade média do primeiro consumo de 16,95 ($dp=1,11$). O primeiro contacto com outras drogas como ecstasy, popper e cogumelos ronda os 19 anos, enquanto a cocaína, anfetaminas, heroína e LSD são escolhidas por indivíduos com idade superior a 20 anos.

Neste estudo, foram quantificados os tipos de uso das diferentes drogas segundo a frequência do consumo. Entre o leque de drogas ilícitas apresentadas, reconhece-se um consumo raro ou esporádico, sobretudo no uso de ecstasy, cocaína, heroína e ópio. Cerca de 21% dos inquiridos referem consumir

esporadicamente a cannabis, ainda assim, 8% assumem tal consumo como frequente ou diário. Destaca-se a inexistência de divergências segundo o género.

Quanto à percepção das drogas, constata-se que, de entre os jovens que não as usam, um número expressivo (36,8%) refere que estas não devem ser encaradas entre os pares como uma forma recreativa, tal como não devem ser consideradas desinibidores (45,6%). Relativamente aos indivíduos que consomem ou já consumiram, 9% encaram-nas como uma forma recreativa entre os estudantes contra 5,5% que discordam desta afirmação, 6,5% vêem-nas como um óptimo desinibidor. A maioria dos inquiridos, quer consumam ou não drogas, são da opinião de que o seu consumo é uma decisão pessoal. Verifica-se ainda que os estudantes que afirmam consumir drogas diferem de forma estatisticamente significativa dos que não as consomem, relativamente à percepção das mesmas como uma forma de uso recreativa [$X^2(2)=23,134$, $p=0,00$, $p < 0,05$]. No que concerne à percepção sobre o consumo das drogas como um óptimo desinibidor, apuramos a existência de uma relação estatisticamente significativa [$X^2(2)=28,230$, $p=0,00$, $p < 0,05$]. Por outro lado, não há qualquer dependência entre as variáveis consumo de drogas e decisão pessoal no consumo das mesmas [$X^2=0,813$, $p=0,666$, $p > 0,05$ n/s].

Os inquiridos foram questionados sobre vários aspectos perceptivos quanto ao papel da droga como agente socializador, desinibidor social, estimulante e desinibidor sexual. Averigua-se que de entre os 95 consumidores inquiridos, apenas 5 (1%) atribuem à droga a função de facilitadora das relações sociais. De realçar que igual número de indivíduos que nunca consumiram corroboram a mesma percepção. Por um lado, um pequeno número de inquiridos considera a droga um desinibidor social; por outro, parecem atribuir-lhe um papel limitador das mesmas, existido rupturas relacionais (6,3%). Um número bastante expressivo da amostra (cerca de 98%) considera que as drogas não permitem um maior sucesso com o sexo oposto.

No grupo que consome ou consumiu drogas, emergem alguns comportamentos de risco com maior expressividade sobretudo a prática de relações sexuais sob o efeito de drogas (6,3%). De entre os indivíduos que consideram a droga um desinibidor e potenciador sexual, verifica-se que aqueles que afirmam consumir, recorrem ao álcool como desinibidor (33,3%) e potenciador sexual (55,6%). Todavia, mesmo entre os sujeitos que referem não consumir drogas, 58,3% afirmam utilizar álcool para desinibir e 33,3% consideram-no potenciador de prazer sexual.

Perante os dados obtidos, há uma associação estatisticamente significativa entre o consumo de drogas e a percepção da mesma como potenciadora de relações sociais, admitimos portanto uma dependência entre estas duas variáveis [$X^2(1)=6,648$, $p=0,01$, $p < 0,05$], dados corroborados pelo teste exacto de fisher ($p=0,023$, $p < 0,05$). É também notória uma associação estatisticamente significativa entre o consumo de drogas e a percepção de que as mesmas permitem ter mais sucesso com o sexo

oposto [$\chi^2(1)=5,360$, $p=0,021$, $p<0,05$], dados corroborados pelo teste exacto de fisher ($p=0,036$, $p<0,05$).

Na análise da percepção da amostra sobre o estado de saúde e estado emotivo, mais de 20% dos inquiridos que consomem ou consumiram drogas apresentam sintomatologia depressiva, que varia entre ligeira e severa. Verifica-se, nestes mesmos indivíduos, a presença de ideação suicida nos últimos 12 meses (0,8%). Analisando a relação entre as variáveis uso de droga e ideação suicida, verifica-se pelo teste exacto de fisher ($p=0,275$, $p>0,05$ n/s) que não há qualquer relação. Por outro lado, é de notar uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis uso de drogas e satisfação com a vida [$\chi^2(1)=4,076$, $p=0,043$, $p<0,05$].

Relativamente ao estado emotivo segundo o género, 19% dos inquiridos revelam que nos últimos meses o referido estado interfere nas suas tarefas quotidianas; destes indivíduos, 13,7% são do sexo feminino. Os dados revelam uma relação entre o género e a alteração negativa do estado emotivo [$\chi^2(1)=4,478$, $p=0,034$, $p<0,05$]. Verifica-se ainda uma relação entre as variáveis referentes ao género e à percepção que os inquiridos têm quanto ao consumo esporádico de drogas poder causar habituação [$\chi^2(2)=16,283$, $p=0,000$, $p<0,05$].

DISCUSSÃO

Estudos sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas entre universitários têm aumentado, nos últimos anos, de forma acelerada, na tentativa de compreender as características de consumo e o perfil da população de interesse. Estes, visam extrapolar dados para a população geral e aprimorar programas de prevenção existentes em instituições de ensino superior, de forma a responder às necessidades reais dos indivíduos que as integram.

Tendo por base a análise dos resultados, um dos objectivos seria identificar o perfil do jovem universitário consumidor de drogas ilícitas. Assim, no presente estudo, importa referir que a cannabis é a substância preferida dos inquiridos, ocorrendo o primeiro contacto por volta dos 17 anos; já as outras drogas ilícitas são experimentadas após os 18 anos. Um dos factores explicativos poderá advir da experiência universitária, destacada por Astin (1993) e Rebelo (2002), que potencia aos jovens a oportunidade de ingressar num mundo de experiências com colegas, com diferentes concepções de vida e de diversão, tornando-os num grupo vulnerável à iniciação do consumo de substâncias ilícitas (Lomba, 2006). Os dados corroboram outros estudos que referem ser durante o período da adultez emergente que se inicia o consumo de drogas ilícitas, com preferência pela cannabis (WHO, 2000; Lemos et al., 2006; UNODC, 2007). De realçar que os inquiridos consomem drogas, na sua maioria, de forma recreativa e esporádica, aumentando a sua prevalência com o aumento da idade.

A adultez emergente confronta-se com sentimentos de insegurança e medo, com um aumento de riscos, mas também um aumento de oportunidades (Reich et al., 2010). Tal aumento de riscos é bem evidente neste estudo, uma vez que os inquiridos revelam ter relações sexuais, após consumirem drogas. Estes resultados acabam por apoiar o estudo igualmente efectuado na população universitária por Zuckerman e Kuhlman (2000), onde concluíram, que os efeitos desinibidores do álcool e das drogas têm aparentemente um papel preponderante no envolvimento em comportamentos sexuais de risco (Hayaki, Anderson, & Stein, 2006; Lomba, 2006; Calafat, Juan, Becoña, & Mantecón, 2008), não só os indivíduos que consomem têm mais parceiros e mais relações sexuais, como usam menos métodos contraceptivos e iniciam práticas sexuais mais cedo; um terço destes tem a sua primeira experiência sexual sob o efeito de drogas. Os comportamentos de risco de cariz sexual, com maior expressividade no grupo que consome ou consumiu drogas, são: terem relações sexuais sob o efeito de drogas, usarem-nas como desinibidor sexual para práticas invulgares e recorrerem a substâncias lícitas e ilícitas para potenciar o prazer sexual. Tais dados corroboram outros estudos internacionais (Hayaki et al., 2006; Calafat et al., 2008) e nacionais (Lomba, 2006).

O estado emocional e afectivo alterado que pode surgir na adultez emergente, segundo a literatura, pode potenciar o consumo de substâncias lícitas ou ilícitas (Reich et al., 2010). No entanto, os dados não nos permitem inferir que existe uma relação directa entre o consumo de drogas e a depressão, mantendo a dúvida de muitos autores sobre quem assume o papel de causa e de consequência. Ainda assim, como Madu e Matla (2003), foi possível verificarmos a relação entre o uso de substâncias lícitas ou ilícitas e a alteração do humor ou estado emotivo.

Torna-se pertinente salientar algumas limitações do estudo como a recolha da amostra em sala de aula, que poderá ter inibido os sujeitos de se manifestarem com seriedade quanto ao consumo e a discrepância entre o número de elementos de cada curso que não permite comparar os comportamentos aditivos face às áreas científicas dos jovens. Outra limitação emerge dos instrumentos utilizados (com excepção do BDI-II), que além de abrangerem um grande leque de substâncias, impossibilitando um conhecimento rígido e aprofundado do comportamento em relação a cada uma delas, utilizam terminologia variada. O conjunto de questionários administrados, demasiado longo, poderá ter também causado alguma saturação aos inquiridos.

Futuramente seria pertinente alargar o estudo a outros estabelecimentos de ensino, procurando elaborar um perfil de consumidor e, sobretudo, de risco de vir a ser um consumidor. Quanto ao facto de não se ter encontrado relação entre o consumo de drogas ilícitas e depressão pode dever-se à juventude da amostra. Tendo, estes estudantes, iniciado a sua vida académica recentemente, poderão ainda não ter vivenciado grande contacto com o mundo universitário. Um estudo longitudinal, poderá ser uma mais valia, a fim de se verificar a integração dos alunos na vida académica bem como a influência desta, na postura face à droga e na aquisição de comportamentos aditivos de carácter recreativo, já que a maioria dos inquiridos tiveram contacto com a universidade apenas este ano. Seria

interessante comparar os dados em vários momentos de aplicação num mesmo ano, como antes e após a época de exames ou a semana académica.

REFERÊNCIAS

- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi:10.1037//0003-066X.55.5.469
- Astin, A. (1993). *What matters in college? Four critical years revisited*. San Francisco: Jossey.
- Baus, J., Kupek, E., & Pires, M. (2002). Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública*, 36(1), 40-46.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II* (2ª ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., & Mantecón A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*, 20(1), 37-48.
- Chavez, K. A. P, O'Brien, B., & Pilon, S. C. (2005). Drugs use and risk behavior in a university community. *Revista Latino-Americana de. Enfermagem*, 13(Suppl 2), 1194-1200.
- Hayaki, J., Anderson, B., & Stein, M. (2006). Sexual risk behaviors among substance users: Relationship to impulsivity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 328-332.
- Instituto da droga e toxicodependência [IDT] (1997). *Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal*. Retirado de http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Relatorio/consumo_problematico.pdf
- Lemos, K. M., Neves, N. M. B., Kuwano, A. Y., Tedesqui, G., Bitencourt, A. G., Neves, F. B., ... Lima, M. M. (2006). Uso de substancias psicoactivas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(3), 118-124.
- Lomba, L. (2006). Os jovens e o consumo de drogas. In J. Relvas, L. Lomba, F. Mendes (Eds.). *Novas drogas e ambientes recreativos* (pp. 15-34). Loures: Lusociência.
- Lomba, L., & Mendes, F. (2006). Apresentação do projecto “Recreational Culture as a Tool to Prevent Risk Behaviours”. *Referência*, 2(2), 27-33.
- Lomba, L., Apóstolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Toxicodependências*, 14, 31-41.
- Madu, S. N., & Matla, M. Q. (2003). Illicit drug use, cigarette smoking and alcohol drinking behaviour among a sample of high school adolescents in the Pietersburg area of the northern province, South Africa. *Journal of Adolescence*, 26(1), 121-136.

- Mardegan, O. S., Souza, R. S., Buaiz, V., & Siqueira, M. M. (2007). Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 260-266.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2009). Adulter emergente: na fronteira entre a adolescência e a adulter. *Revista @mbienteeducação*, 2(1), 129-137.
- Mourão, V., & Amaro, F. (2008). Identidades fracturadas: Consumidores e abstinentes de droga em meio universitário. *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*. Retirado de www.aps.pt/vicongresso/pdfs/177.pdf
- Parker, H, Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The normalization of sensible recreational drug use: Further evidence from the North West England longitudinal study. *Sociology*, 36(4), 941-964. doi:10.1177/003803850203600408
- Peltzer, K., & Phaswana, N. (1999). Substance use among South African university students: A quantitative and qualitative study. *Urban Health & Development Bulletin*, 2(1), 36-45.
- Peuker, A. C., Fogaça, J., & Bizarro, L. A. (2006). Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 193-200.
- Peuker, A. N., Rosemberg, R., Cunha, S. M., & Araújo, L. B. (2010). Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. *Paidéia*, 20(46), 165-173.
- Rebelo, H. M. (2002). *Discursos de pais e filhos em torno da transição para o ensino superior*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Reich, J. W., Zautra, A., & Hall, J. S. (2010). *Handbook of adulta resilience*. New York: The Guilford Press.
- Sussman, S., & Almes, S. (2008). *Drug abuse: Concepts, prevention, and cessation*. Cambridge: University Press.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2007). Retirado de http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR06_fullreport.pdf
- World Health Organization [WHO] (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: World Health Organization.

CONTACTO INTERGERACIONAL E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DOS AVÓS

SARA CALDEIRA & ISABEL LEAL

O conceito de intergeracionalidade remete para as relações que se estabelecem entre indivíduos que estão em diferentes estágios da vida e, que interagem e comunicam entre si, partilhando experiências próprias da idade em que se encontram. Contempla as relações entre indivíduos de diferentes gerações - avós, pais e netos, que podem estar mais ou menos envolvidos nas relações familiares. Sendo que os avós afiguram um elo familiar entre as gerações passadas, presentes e futuras (Veleda, Neves, Baisch, Santos & Soares, 2006).

Na interacção entre avós e netos estabelece-se um diálogo intergeracional importante para a formação e desenvolvimento mútuo de avós e netos. Cria-se uma ponte entre a história passada e a história a ser construída, através de laços estritos entre as gerações, reduzindo os preconceitos em relação à velhice, evocando a importância das pessoas idosas no desenvolvimento da sociedade moderna (Veleda, Neves, Baisch, Santos & Soares, 2006).

Foram desenvolvidos estudos intergeracionais que utilizam variáveis como o papel da relação avós-netos (Even-Zohar & Sharlin, 2009), relacionamentos entre avós e netos após o divórcio dos pais (Weston & Qu, 2009), avós como substitutos dos pais (Dunne & Kettler, 2008), o tipo e qualidade da relação estabelecida quando um avô sofre de uma doença degenerativa (Celdrán, Triadó & Villar, 2009; Creasey & Jarvis, 1989), o tipo de relacionamento e os papéis que são estabelecidos entre os avós e o neto favorito e a distinção entre estilos de avós (Bernal & Anuncibay, 2008).

Taylor, Robila & Lee, (2005) afirmam que a frequência de contacto e a distância geográfica entre avós e netos eram determinantes para reforçar a relação intergeracional. Drew & Silverstein, (2007) apontam alguns factores que parecem influenciar a frequência de contacto e a relação intergeracional (avô-neto) tais com: a qualidade da relação entre os filhos adultos/respectivos conjugues e os avós; o facto de avós e netos co-habitarem ou não; a distância geográfica entre residências; o género dos avós, sendo que as avós apresentam mais contacto com os seus netos; o número de netos; faixa etária do neto; estado civil dos pais e dos avós; situação de empregabilidade dos pais e avós; idade e estado de saúde dos avós; conflitos familiares (Drew & Silverstein, 2007).

A perda de contacto com o neto pode afectar adversamente a saúde mental e física dos avós, podendo estar relacionada com sintomas de luto intenso e crónico, stress pós-traumático, baixos níveis de satisfação, depressão e ansiedade. Considerando que o luto prolongado e a vivência contínua de esperança no reencontro com o neto, as expectativas por realizar, o desapontamento, podem constituir uma fonte aguda de stress e dor emocional (Drew & Silverstein, 2007).

O genérico dos trabalhos realizados acerca das relações intergeracionais entre avós e netos, tem sido maioritariamente desenvolvido noutras culturas. Ainda assim, estar aberto a experiências intergeracionais de contextos culturais diferentes pode ajudar a obter um maior conhecimento sobre a intergeracionalidade na nossa própria instituição social (Taylor, Robila & Lee, 2005).

De acordo com a escassa investigação em Portugal sobre este tema, o presente estudo propôs investigar a influência do contacto intergeracional no bem-estar psicológico dos avós, mais precisamente: Pretendeu-se avaliar de que forma os níveis de stress, ansiedade e depressão dos avós eram influenciados pelo número de horas passadas com os netos, pela percepção da companhia dos netos, pela percepção da relação com o neto, pelo papel de avô, pelo papel (facilitador) dos filhos na relação avô-neto, bem como por algumas variáveis sócio-demográficas.

MÉTODO

Participantes

Através de uma amostragem de conveniencia, obtivemos uma amostra constituída por 234 avós residentes em Portugal, 165 do sexo feminino e 69 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 39 e os 90 anos de idade ($M = 62,966$ e desvio padrão 9,943). A maioria dos participantes eram casados (73,4%), frequentaram o primeiro ciclo de ensino (43,9%), estavam no activo das suas funções laborais (65,5%), sem doenças crónicas (67,8%), em média com 2 filhos e 3 netos.

Tendo como único critério de inclusão no estudo todos os participantes serem avós, independentemente do género e da frequência de contacto com os seus netos.

Material

A avaliação foi feita através de um questionário sócio-demográfico constituído por idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, doenças crónicas, número de filhos, número de netos e com quem vive o avô.

Foi igualmente preenchido um questionário desenvolvido para o estudo constituído por oito questões que visavam avaliar a relação dos participantes com os seus netos: “Com que frequência está com os seus netos?”, “Que actividades tem frequentemente com os seus netos?”, “Como acha que se relaciona com os seus netos?”, “Como considera a companhia dos seus netos?”, “Como considera a

sua relação com o seu neto?”, *“Como julga o seu papel de avô/avó?”* e *“Acha que os seus filhos facilitam a sua relação com os seus netos?”*. Em que as respostas eram dadas segundo escalas tipo Likert, fazendo-se posteriormente uma análise quantitativa dos dados.

Para aferir as condições psicológicas dos avós, e avaliar os seus níveis de ansiedade, depressão e stress usou-se a Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS – 21) adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, (2004). A escala divide-se em três subescalas – Depressão, ansiedade e Stress, sendo que cada subescala inclui 7 itens, o que perfaz um total de 21 itens, do tipo - *“Tive dificuldade em me acalmar”* que remete para sintomas emocionais negativos vivenciados durante a última semana, sendo as respostas organizadas numa escala tipo Likert (0 - *“não se aplicou a mim”*, 3 - *“aplicou-se a mim a maior parte das vezes”*). A EADS-21 fornece três notas correspondentes a cada subescala, sendo zero o valor mínimo possível de se obter e o valor máximo vinte e um. As pontuações mais altas obtidas em cada escala remetem para estados afectivos mais negativos.

Procedimento

O preenchimento do protocolo de investigação foi realizado num só momento e em contexto individual. Os questionários antecederam sempre a passagem da escala. Os participantes mais novos e mais instruídos preencheram os questionários sozinhos, caso contrário, era o investigador quem lia e preenchia as respostas.

Os participantes foram contactados alguns em suas casas outros em jardins públicos e, posteriormente convidados a participar num estudo acerca da Intergeracionalidade e Bem-estar dos avós. Seguidamente iniciaram o preenchimento dos respectivos instrumentos, sendo que antes de preencheram a EADS-21 receberam a seguinte instrução: *“Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0,1,2,ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas”*. A passagem dos instrumentos demorou cerca de 30 minutos. Todos os instrumentos preenchidos foram mantidos no anonimato, sendo colocados num envelope selado, controlando-se desta forma a confidencialidade.

RESULTADOS

Os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de stress, ansiedade e depressão dos avós em relação à forma como o inquirido percebe: - *a companhia dos netos* [subescala stress p-value <0,01; $F(1;225) = 11,499$ subescala ansiedade p-value <0,01; $F(1;225) = 16,015$, subescala depressão p-value <0,01; $F(1;225) = 21,420$]; - *a sua relação com os netos* [subescala stress p-value <0,01; $F(1;221) = 22,310$, subescala ansiedade p-value <0,01; $F(1;221) = 31,688$, subescala depressão p-value <0,01; $F(1;221) = 27,241$]; - *o seu papel de avô*

[subescala stress p-value = 0,036, subescala ansiedade p-value = 0,010, subescala depressão p-value = 0,002]; - *o papel (facilitador) dos filhos na relação avô-neto* nas três subescalas stress (p-value <0,01). Assim sendo, parece que os sujeitos que apresentam maiores níveis de stress, ansiedade e depressão são os que consideram que os filhos “facilitam pouco” a relação intergeracional avô-neto, assim como também consideram a companhia dos netos “agradável”, a sua relação com os netos “satisfatória”, e que são avós “pouco presentes”.

Quadro 1 – Descrição dos resultados obtidos nas questões que avaliam a relação avô-neto e na EADS-21 ($N = 234$)

Questões que avaliam a relação avô-neto	Respostas	N	%	Stress	Ansiedade	Depressão
				M	M	M
Com que frequência está com os seus netos?	Diariamente	79	34,3%	1,6546	1,3436	1,4322
	Algumas vezes por semana	92	40%	1,7677	1,4804	1,5259
	Algumas vezes por mês	49	21,3%	1,8921	1,5802	1,5714
	Raramente	10	4,3%	1,8714	1,7571	1,9714
Como considera a companhia dos seus netos?	Muito agradável	186	80,5%	1,6803	1,3776	1,4216
	Agradável	43	18,6%	2,0612	1,7789	1,8912
Como considera a sua relação com os seus netos?	Muito satisfatória	178	78,1%	1,6546	1,3519	1,4132
	Satisfatória	47	20,6%	2,1615	1,8913	1,9286
Como julga o seu papel de avô?	Muito presente	113	48,5%	1,6865	1,4286	1,4753
	Presente	103	44,2%	1,7751	1,4385	1,4851
	Pouco presente	14	6%	2,1345	1,9076	2,0420
Acha que os seus filhos facilitam a relação avô-neto?	Muito	179	76,8%	1,6485	1,3363	1,4157
	Por vezes	43	18,5%	2,0510	1,8197	1,7721
	Pouco	9	3,9%	2,4675	2,2597	2,2857

Quadro 2 – Descrição dos resultados obtidos no questionários socio-demográfico ($N = 234$)

			Stress	Ansiedade	Depressão
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
Género	Feminino	164	1,7805	1,4878	1,547
	Masculino	68	1,7038	1,416	1,4538
Estado Civil	Casado	169	1,732	1,4413	1,5097
	Divorciado	21	1,6871	1,4014	1,3673
	Viúvo	37	1,8919	1,6293	1,6602
Habilitações	Analfabeto	12	2,4048	1,9167	2,2143
	1º Ciclo	95	1,8556	1,6526	1,6346
	2º Ciclo	40	1,5786	1,3214	1,3857
	3º Ciclo	35	1,6531	1,2612	1,2857
	Ensino Sup.	37	1,471	1,1197	1,2857
Profissão	No activo	145	1,803	1,4729	1,5596
	Reformado	71	1,7042	1,4668	1,4547
Doenças Crónicas	Tem	73	1,8904	1,6438	1,6497
	Não tem	155	1,6829	1,3834	1,4479

No que respeita às variáveis sócio-demográficas, verifica-se que apenas as habilitações literárias e as doenças crónicas parecem influenciar os níveis de stress, ansiedade e depressão dos avós, sendo os participantes analfabetos e com doenças crónicas os mais stressados, ansiosos e deprimidos.

Quadro 3 – Descrição dos resultados obtidos na análise correlacional ($N = 234$)

	N	Stress		Ansiedade		Depressão	
		r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.
Idade	232	0,046	0,49	, 053	, 425	, 040	, 549
Nº de Filhos	229	, 164*	, 013	, 169*	0,010	, 137*	0,038
Nº de Netos	232	, 079	0,321	, 100	0,129	, 079	0,230
	N	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.
Frequência de contacto com os netos	177	-, 095	, 208	-, 065	, 391	-, 054	, 478

Através de uma análise correlacional, podemos compreender que os níveis de stress, ansiedade e depressão dos avós parecem ser influenciados pelo número de filhos, obtendo-se uma correlação positiva de intensidade fraca nas três subescalas. Concluindo-se que quanto maior o número de filhos mais elevados parecem ser os níveis de stress, ansiedade e depressão dos avós.

DISCUSSÃO

Neste estudo, constatámos que existem algumas diferenças estatisticamente significativas para a referida amostra, nomeadamente para as variáveis percepção da companhia dos netos, percepção da relação com o neto, percepção do papel de avô, percepção do papel (facilitador) dos filhos na relação avô-neto, habilitações literárias, doenças crónicas e os níveis de stress, ansiedade e depressão dos avós, verificando-se que existe uma relação entre a qualidade do contacto intergeracional e o bem-estar psicológico dos avós. Deste modo, observámos que à semelhança de estudos como o de Drew e Silverstein (2007) a interacção entre avós e netos tende a ser mutuamente satisfatória. Podendo trazer benefícios para a formação, desenvolvimento e bem-estar de avós e netos implicados na relação intergeracional (Veleda, Neves, Baisch, Santos e Soares, 2006).

O resultado encontrado para a variável percepção da companhia dos netos, vai de encontro com a literatura uma vez que, a companhia dos netos, constitui por si só uma fonte de suporte social e emocional para os avós (Even-Zohar & Sharlin, 2009). Para netos mais velhos, podemos falar em reciprocidade de cuidados, principalmente quando há à partida uma história de prestação de cuidados do avô para o neto. Sendo que o papel de prestador de cuidados desempenhado pelos netos pode proporcionar aos avós experiências psicológicas positivas (Dunne & Kettler, 2008). Para netos mais

novos a companhia significa uma estratégia activa de combater a solidão e inactividade que muitas vezes contribuem de forma significativa para a degradação psicologia dos avós.

No que respeita à percepção do avô sobre a sua relação com os netos, a grande maioria dos sujeitos conotou a relação com os netos como positiva, depreendendo-se que esta é uma relação significativa para os avós e, segundo Even-Zohar & Sharlin, (2009) ainda que a frequência de contacto entre avós e netos diminua, o grau de satisfação desta relação tende a manter-se.

Quanto à percepção dos sujeitos sobre o seu papel de avô, o resultado obtido é concordante com a ideia de que uma perda de contacto ou afastamento dos netos pode ter um impacto negativo na saúde mental dos avós (Drew & Silverstein, 2007). Contrariamente, alguns estudos mostram que avós que têm um papel muito presente na vida dos netos, como é o caso dos avós que assumem o papel de prestadores de cuidados, podem apresentar mais sinais de stress e depressão devido às consequências negativas de tomarem conta dos netos (Bernal & Anuncibay, 2008).

Em relação à percepção dos avós sobre o papel facilitador dos filhos na relação avô-neto, o resultado obtido também é suportado pela literatura, uma vez que o acesso aos avós dos netos mais pequenos é mediado pelos pais, este controle é gradualmente alterado à medida que os netos crescem e adquirem mais autonomia. Mas, no início do relacionamento com os avós, a qualidade da relação entre avós e a geração do meio, acaba por influenciar a frequência de contacto e a relação intergeracional entre avós e netos (Veleda, Neves, Baisch, Santos & Soares, 2006).

No geral, concluímos que por parte dos avós é dado um maior ênfase à qualidade de relação com os netos, do que ao número de horas passadas em conjunto. Os avós gostam de estar com os netos, ainda que as responsabilidades implícitas ao cuidar dos descendentes possam trazer consequências negativas para a sua saúde, como sinais de stress e depressão. Como tal, seria importante para os avós que o contacto intergeracional com os netos não se confinasse apenas a deveres e responsabilidades, mas que contivesse também a oportunidade de participarem em actividades lúdicas e interactivas (Bernal e Anuncibay, 2008).

A convivência intergeracional comporta custos e benéficos para ambos os intervenientes da relação intergeracional (avô-neto). Consideramos fundamental que se desenvolvam estudos futuros, preferencialmente de carácter longitudinal, sobre esta temática de modo a definir melhor os custos e benefícios da intergeracionalidade, assim como esclarecer se existem diferenças a nível do bem-estar psicológico dos avós que cuidam diariamente dos seus netos e, de avós que estão com os seus netos em situações de convívio esporádicas.

Porém, o presente estudo representa um primeiro passo no sentido da fundamentação empírica sobre o impacto que a convivência intergeracional tem sobre o bem-estar psicológico dos avós portugueses. Assim, esperamos que as hipóteses formuladas neste estudo possam gerar novas vias de investigação na área da Psicologia da Saúde.

REFERÊNCIAS

- Bates, J. (2010). Generative grandfathering, commitment, and contact: how grandfathers nurture relationships with grandchildren and the relational and mental health benefits for aging men. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 70 (11-A), 4469. Consultado em 8 de Novembro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Bernal, J., & Anuncibay, R. (2008). Intergenerational grandparent/grandchild relations: the socioeducational role of grandparents. *Educational Gerontology*, 34, 67-88. Consultado em 26 de Outubro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Blustein, J., Chan, S., & Guanais, F. (2004). Elevated depressive symptoms among caregiving grandparents. *Health Services Research*, 39 (6), 1671-1689. Consultado em 26 de Outubro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Celdrán, M., Triadó, C., & Villar, F. (2009). Nietos adolescentes con abuelos con demencia: ¿La enfermedad cambia la naturaleza de la relación? *Anales de Psicología*, 25 (1), 172-179. Consultado em 8 de Novembro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Connor, S. (2006). Grandparents raising grandchildren: formation, disruption and intergenerational transmission of attachment. *Australian Social Work*, 59 (2), 172-184. Consultado em 22 de Outubro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Creasey, G., & Jarvis, P. (1989). Grandparents with alzheimer's disease: effects of parental burden on grandchildren. *Family Therapy*, 16 (1), 79-85. Consultado em 8 de Novembro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Drew, L., & Silverstein, M. (2007). Grandparents' psychological well-being after loss of contact with their grandchildren. *Journal of Family Psychology*, 23 (3), 372-379. Consultado em 15 de Julho de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Dunne, E., & Kettler, L. (2008). Grandparents raising grandchildren in Australia: exploring psychological health and grandparents' experience of providing kinship care. *International Journal of Social Welfare*, 17, 333-345. Consultado em 26 de Outubro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Even-Zohar, A., & Sharlin, S. (2009). Grandchildhood: adult grandchildren's perception of their role towards their grandparents from an intergenerational perspective. *Journal of Comparative Family Studies*, 167-185. Consultado em 22 de Outubro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Editores Silabo.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens e Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239. Consultado em 26 de Setembro de 2009, através de <http://web.ebscohost.com>
- Sands, G., Goldberg-Glen, S., & Shin, H. (2009). The voices of grandchildren of grandparent caregivers: a strengths-resilience perspective. *Child Welfare League of America*, 88 (2), 25-45. Consultado em 22 de Outubro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Taylor, A., Robila, M., & Lee, H. (2005). Distance, contact, and intergenerational relationships: grandparents and adult grandchildren from an International perspective. *Journal of Adult Development*, 12 (1), 33-41. Consultado em 15 de Julho de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Veleda, A., Neves, F., Baisch, A., Santos, S., & Soares, M. (2006). Os significados e contribuições da convivência entre avós e netos para o desenvolvimento da criança. *Psychologica*, 43, 27-40. Consultado em 15 de Julho de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>
- Weston, R., & Qu, L. (2009). Relationships between grandparents and grandchildren. *Family Matters*, 81, 58-60. Consultado em 22 de Outubro de 2010, através de <http://web.ebscohost.com>.

OS CASAIS DURANTE A GRAVIDEZ: DIFERENÇAS PSICOLÓGICAS DENTRO DO PAR CONJUGAL

ANA CAMARNEIRO 1 & JOÃO JUSTO 2

Durante a gravidez, as tarefas de integração da identidade parental (Colman & Colman, 1994) fazem parte do processo desenvolvimental do casal mas parecem ser diferentes na mulher e no homem.

Na literatura, é clássico o olhar sobre a gravidez da mulher como um momento de crise maturativa da vida, envolvida em profundas mudanças psicológicas e somáticas, durante a qual são despertados conflitos latentes e sensações de angústia, de modo a configurar uma transformação identitária, cuja finalidade é torná-la mãe (Benedek, 1959; Bibring, 1959; Colman & Colman, 1994; Deutsch, 1944; Golse, 2007). Para o homem, conceber um filho não é suficiente para se sentir pai. Tal, encerra um verdadeiro trabalho psíquico, em grande parte inconsciente que corresponde à construção ou à reorganização de um certo número de representações mentais, habitualmente designadas “criança imaginária, fantasmaticizada, narcísica, mítica ou cultural” (Golse, 2007). Durante a gravidez, a transformação do homem pode ser tão grande como a da sua mulher, com um processo psicológico semelhante (Gerner, 2005), com sintomas psicossomáticos e altos níveis de sofrimento psicológico (Boyce, Condon, Barton & Corkindale, 2007).

Uma revisão da literatura feita por Cowan e Cowan (1995) refere que as trajetórias da mulher e do homem são significativamente diferentes na transição para a maternidade e para a paternidade, respectivamente. Na mulher, a mudança é mais profunda e coloca a ênfase na vida familiar e no cuidar. No homem, a transição é gradual e, portanto, faz-se ao longo do tempo. Este pode ser um tempo muito enriquecedor. Para a mulher, se esta o viver não apenas como um tempo de preparação psicológica e física, mas também de preparação para o papel de mãe e para o início do relacionamento com o filho (Justo, 1994). Para o homem, preparando-se para a paternidade, uma das maiores transições da sua vida adulta (Parke, 1996).

O ajustamento à gravidez é determinado pelas relações conjugais e pela saúde mental das mulheres e dos homens (Redshaw & Akker, 2007) e, em parte, pelas respostas de coping (Sowden, Sage, & Cockburn, 2007). Estas são mediadoras nos factores de risco para a saúde física e psicológica da mulher, nomeadamente, diminui a sintomatologia psicopatológica (Pereira, Santos & Ramalho, 1999).

1-Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2-Faculdade de Psicologia de Lisboa.

Em face dos estudos publicados, perguntámo-nos sobre quais serão as semelhanças e as diferenças psicológicas nos casais que se unem numa relação duradoura e que se tornam pais.

Assim, o objectivo deste estudo foi comparar as variáveis psicológicas protectoras (satisfação conjugal, coping e vinculação ao feto) e de risco (estados emocionais negativos, stress profissional e sintomas psicopatológicos), presentes entre os membros do par conjugal no período da gravidez.

MÉTODO

Participantes

Foi realizado um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, com uma amostra não probabilística de 407 casais (N = 814 sujeitos) que se encontravam no segundo trimestre de uma gravidez de baixo risco, recrutados nos serviços de saúde da região centro.

Material

O instrumento de pesquisa utilizado conteve o seguinte material: EASAVIC (Narciso e Costa, 1996); EVPNMP (Camarneiro e Justo, 2010 adaptação da *MPAAS* de Condon, 1993); IRP (Vaz-Serra, 1988); *PSS* (Cohen et al., 1983; adaptação ao contexto profissional de Peixoto, 2005); BSI (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995) e DASS-42 (Lovibond e Lovibond, 1995; adaptação para português de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004). Previamente, foi feito o estudo psicométrico das escalas tendo em conta o género de modo a torná-las idênticas. Foi ainda aplicado um questionário sociodemográfico e clínico para caracterização da amostra.

RESULTADOS

A amostra é constituída por casais na maior parte casados (74.7%). As mulheres têm, em média 29 anos e os seus companheiros 31 anos. Elas são mais escolarizadas, têm categoria profissional semelhante ou inferior, estando a maior parte na categoria 3. Têm menos vínculo laboral e mais contratos precários de trabalho, subsídios ou pensões e desemprego. Os rendimentos familiares provêm, essencialmente, dos salários mensais e a habitação é do tipo moradia, com boas condições de habitabilidade. O estatuto socioeconómico destes casais está acima da média. Mais de metade constituem uma família sem filhos e, a outra parte, tem filhos e/ou ascendentes no seu núcleo familiar. As mulheres estão grávidas no segundo trimestre (M = 21.24 semanas), na maior parte dos casos não tiveram dificuldade em engravidar e têm uma gravidez saudável com aumento de peso equilibrado.

As diferenças de médias na organização psicológica dos dois grupos de sujeitos, mulheres e homens, enquanto pares conjugais, foram estudadas com o teste GLM (*General Linear Model*) para

medidas repetidas, com correcção da desigualdade de Bonferroni. As diferenças significativas entre os pares que constituem os casais descrevem-se em seguida.

A vinculação pré-natal total e respectivas dimensões, qualidade da vinculação e intensidade da preocupação, são mais elevadas nas mulheres do que nos homens dentro do casal, com diferenças de médias estatisticamente significativas, respectivamente, $F_{(1, 403)} = 66.96$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.14$, $P = 1.00$; $F_{(1, 403)} = 64.08$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.14$, $P = 1.00$ e $F_{(1, 403)} = 90.18$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.18$, $P = 1.00$.

As mulheres estão, em média, globalmente mais satisfeitas com a conjugalidade do que os cônjuges/companheiros, mas as diferenças não são significativas dentro dos casais. A zona focada no próprio é excepção. Nesta, os homens estão mais satisfeitos consigo próprios do que as mulheres com elas próprias e essas diferenças são estatisticamente significativas ($F_{(1, 403)} = 53.93$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.12$, $P = 1.00$).

Os casais diferem significativamente em algumas estratégias de resolução de problemas e são os homens que pontuam, em média, mais do que as suas mulheres. No coping total as diferenças são estatisticamente significativas ($F_{(1, 403)} = 9.96$, $p = .002$, $\eta^2_p = 0.02$, $P = 0.88$). O mesmo acontece no factor controlo e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia ($F_{(1, 403)} = 19.50$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.02$, $P = 0.79$). Neste caso, as diferenças obtidas são influenciadas pela escolaridade dos membros do casal ($p = .009$). Também no factor estratégias de controlo das emoções se encontram diferenças significativas dentro do casal ($F_{(1, 403)} = 7.70$, $p = .006$, $\eta^2_p = 0.05$, $P = 0.99$).

Os casais diferem no stress profissional. Este é superior nas mulheres em comparação com os seus cônjuges, $F_{(1, 359)} = 16.24$ e $p = .000$, $\eta^2_p = 0.04$, $P = 0.98$. Diferem, também, nos estados de humor negativos, no total, $F_{(1, 403)} = 17.79$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.04$, $P = 0.99$, na ansiedade, $F_{(1, 403)} = 46.90$, $p = .000$, $P = 1.00$, $\eta^2_p = 0.10$ e no stress $F_{(1, 403)} = 17.98$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.04$, $P = 0.99$, em média mais elevados nas mulheres do que nos seus companheiros. A depressão é mais elevada, em média, nas mulheres do que nos pares, todavia, não difere entre os membros do casal ($p = .171$). A escolaridade não tem efeito sobre qualquer destes estados emocionais negativos. A idade influencia a DASS total e não tem efeito sobre a ansiedade e o stress.

No que se refere aos sintomas psicopatológicos analisados nos casais, estes são mais elevados nas mulheres do que nos homens e, essa diferença é estatisticamente significativa nos sintomas: somatização ($F_{(1, 403)} = 65.58$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.14$, $P = 1.00$), depressão ($F_{(1, 403)} = 8.79$, $p = .003$, $\eta^2_p = 0.02$, $P = 0.84$), ansiedade ($F_{(1, 403)} = 14.34$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.02$, $P = 0.84$) e ansiedade fóbica ($F_{(1, 403)} = 24.61$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.06$, $P = 1.00$), assim como nos totais, IGS ($F_{(1, 403)} = 17.76$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.04$, $P = 1.00$) e TSP ($F_{(1, 403)} = 20.37$, $p = .000$, $\eta^2_p = 0.05$, $P = 0.99$). Apenas na depressão se observa o efeito significativo da idade ($p = .005$). A escolaridade não tem efeito sobre os sintomas psicopatológicos nem sobre os totais acima enunciados. O poder do teste é muito elevado em todos os sintomas e totais atrás apresentados e garante estas diferenças. Verificamos que há sintomas

psicopatológicos que mostram um nível de significância inferior a .05 na comparação em causa, mas superior ao valor de significância obtido pela correcção de Bonferroni pelo que não foram consideradas as diferenças existentes, nestes sintomas, entre os pares conjugais. Nestes casos, o poder do teste é baixo ($P < .80$). É o caso das obsessões-compulsões, da sensibilidade interpessoal e da hostilidade.

As variáveis psicológicas onde não se observaram diferenças significativas no casal dizem respeito a: satisfação com a vida conjugal global, funcionamento conjugal e amor, zonas focadas no casal e no outro; coping de pedido de ajuda, apoio passivo perante a situação, controlo interno/externo dos problemas e auto-responsabilização e medo das consequências. Além disso, os valores da depressão, enquanto estado emocional negativo e os sintomas psicopatológicos, ideação paranóide, psicoticismo e índice de sintomas positivos não se distinguem entre os elementos do mesmo casal durante a gravidez. Ainda, as obsessões-compulsões, a sensibilidade interpessoal e a hostilidade, cujo poder do teste é baixo, não se consideram diferentes entre os casais durante a gravidez.

DISCUSSÃO

Estes resultados sugerem que os casais durante o seu percurso exibem diferenças significativas entre os seus membros. As diferenças essenciais encontram-se na vinculação ao feto, estando as mulheres significativamente mais vinculadas do que os seus companheiros. Esta é uma ideia corroborada por vários autores ao assegurarem que a relação da mãe com o filho começa no período pré-natal com uma grande simbiose fomentada pelas relações orgânicas íntimas e pela riqueza de trocas materno-fetais que acontecem através dos laços sanguíneos feto-placentários e intermediários químicos e neurosimpáticos, o que não acontece no homem (e.g., Lebovici, 1987; Mazet & Stoleru, 1990). Mas, sobretudo, são ideias apoiadas por Raphaell-Leff (2009) ao afirmar, por um lado, que a gravidez e a ligação ao bebé são vividas primordialmente pela mãe, com um corpo em desenvolvimento dentro do seu corpo e, por outro lado, com a criação do “paradigma placentário” que focalizou, essencialmente, o intercâmbio imaginado pela mãe entre si própria e o seu “ocupante”, estabelecendo uma relação próxima, diferente de qualquer outra relação. Ainda, por exemplo, Brazelton e Cramer (1993) e Speckhard (1997) afirmam que a vinculação entre a mãe e o filho tem início muito antes do nascimento, quando a mulher começa a formar uma imagem mental do seu bebé e sente o desejo de o nutrir e proteger. Os homens, embora de forma diferente das suas mulheres, fazem também a sua vinculação ao feto (Brazelton & Cramer, 1993; Cyrulnik, 1995; Golse, 2007; Raphael-Leff, 2009).

Diferenças no casal também se encontram nas estratégias de resolução de problemas, com os homens a apresentarem estratégias mais adequadas, em comparação com as suas mulheres. Johnson e Baker (2004) concluíram que o homem usa mais estratégias de coping durante a gravidez do que após a mesma, o que pode justificar o número de factores em que pontuam mais do que as suas mulheres.

Justo (1994), a propósito dos mecanismos de defesa, concluiu que a gravidez normal, na mulher, implica um aumento do contacto com a impulsividade e a sua vivência provoca um uso menos intenso dos mecanismos destinados a apagar, ou a desvanecer, a conflitualidade psicológica. Sowden et al. (2007) afirmaram que as mulheres têm um enorme conjunto de tarefas que dependem do seu coping e podem apresentar dificuldades na adequação das estratégias prejudicando a realização das tarefas.

As perturbações emocionais são frequentes e mais comuns neste período do que após o parto (Glover et al., 2008). Nesta investigação, verificámos que os estados emocionais negativos no seu total, na ansiedade e no stress, dentro do casal, são significativamente mais elevados nas mulheres do que nos seus cônjuges, resultados corroborados por muitos estudos publicados. Por exemplo, em relação à ansiedade, Teixeira et al. (2009) indicou que a ansiedade-estado na gravidez é mais elevada nas mulheres do que nos homens. Brazelton e Cramer (1993) e Golse (2007) referiram que o homem pode desejar distanciar-se da gravidez devido à conflitualidade inconsciente e Condon e Esuvaranathan (1990) consideraram que os homens, futuros pais, tendem a negar a ansiedade e, por isso, os seus níveis são muito mais baixos durante a gravidez do que a norma para a população. No que se refere ao stress, os clínicos que trabalham com mulheres grávidas acreditam na base biológica das grandes mudanças de humor da mulher durante a gravidez e no pós-parto, particularmente, no efeito das hormonas (cortisol) no “sistema do stress” e noutros sistemas neurológicos que levam ao aumento da norepinefrina (Jolley & Spach, 2008). O resultado do stress profissional (significativamente superior nas mulheres em comparação com os seus cônjuges) era esperado dadas as características físicas e emocionais da mulher em situação de gravidez. Contudo, os estudos publicados são contraditórios.

A depressão na gravidez não diferiu entre os casais apesar de ser superior, em média, nas mulheres em relação aos homens. Resultados semelhantes foram observados por Field et al. (2006). Porém, Teixeira et al. (2009) contrariam estes resultados indicando que as mulheres mostram níveis mais elevados de depressão do que os homens.

Quando comparamos os sintomas psicopatológicos nos casais, verificamos que todos são mais elevados nas mulheres diferindo, principalmente, nas áreas da somatização, depressão, ansiedade e ansiedade fóbica. A avaliação da depressão é um aspecto a ser clarificado em estudos adicionais uma vez que a sua avaliação é contraditória em duas escalas de medida e trata-se de um aspecto muito importante para a criança. Estes sintomas podem reflectir, na mulher, mal-estar físico e equivalentes da ansiedade; medo persistente em relação a algo irracional e desproporcionado conduzindo ao evitamento, o que é compreensível nas grávidas dados os evitamentos necessários (por exemplo alimentos e ambientes) à sua protecção e da saúde do bebé. Os casais não diferem significativamente nas áreas psicóticas, como a ideação paranóide e o psicoticismo, assim como nas obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, hostilidade e índice de sintomas positivos.

A satisfação com a vida conjugal não se diferencia nos casais, revelando-se um bom indicador para a saúde da gravidez e relação com o bebé. Uma relação insatisfatória com o companheiro pode tornar-se um impedimento sério na satisfação com a gravidez e na adaptação ao papel de mãe ou de pai (Brown, 1994). A única diferença significativa ocorre na zona do próprio (expressão de sentimentos, afecto, prazer e atenção ao cônjuge e às suas necessidades e às da sua família) indicando que os homens estão mais satisfeitos nesta zona conjugal. Este foco pode estar relacionado com as mudanças psicofisiológicas próprias da gravidez (Benedek, 1970) mas, sobretudo, está de acordo com o desinvestimento da mulher no seu meio exterior e relações habituais, por estar ocupada internamente com as alterações da gravidez e mais voltada para si mesma e para a unidade mãe-feto (Bibring, 1959; Colman & Colman, 1994). O importante não é a “função do pai”, mas sim a função “homem de vinculação” para aquela mãe (Brazelton, 1987). Nesta perspectiva, os resultados elevados na zona do próprio podem significar um bom apoio afectivo para a sua mulher.

A mulher está mais vinculada ao bebé, mais voltada para si própria na relação conjugal, adopta menos estratégias de coping, apresenta níveis superiores nos estados emocionais negativos em geral, no stress e na ansiedade e tem sintomatologia psicopatológica mais acentuada em comparação com o seu marido/companheiro durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

- Benedek, T. (1970). The psychobiology of pregnancy. In Anthony EJ; Benedek T *Parenthood its psychology and psychopathology*. Boston: Little Brown and Company.
- Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. In Eissler, R., Freud, A., Hartmann, H., Kris, E. (ed.). *The Psychoanalytic study of the child* (pp. 113-121). London: Imago Publishing Co Ltd., XIV.,
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-time fathers' study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 718-725.
- Brazelton, T. B. (1987). O bebé: parceiro na interacção. In T. B. Brazelton et al., *A dinâmica do bebé*(pp. 9-23). Porto Alegre,.
- Brazelton, T. B., Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brown, M-A. (1994). Marital discord during pregnancy: a family systems approach. *Family Systems Medicine*, 12(3), 221-233.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez - a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.

- Condon, J. T., & Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: a comparison of first-and second-time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 369-377.
- Cowan, C., & Cowan, P. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44, 412-423.
- Cyrułnik, B (1995). *Sob o signo do afecto*. Lisboa: Piaget.
- Deutsch, H. (1974). *La psychologie des femmes*. 6ª ed., Paris: PUF.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Contogeorgos, J., & Ascencio, A. (2006). Prenatal paternal depression. *Infant Behavior & Development*, 29, 579-583.
- Gerner, L. (2005). Exploring prenatal attachment: factors that facilitate paternal attachment during pregnancy. *PhD Dissertation*. California School of Professional Psychology. Fresno Campus.
- Glover, V., Bergman, K., & O'Conner (2008). The effects of maternal stress, anxiety, and depression during pregnancy on the development of the child. In S. D. Stone & A. Menken (Eds.), *Perinatal and Postpartum Mood: Perspectives and treatment Guide for The Health Care Practitioner*(pp. 3-15). New York: Springer Publishing Company.
- Golse, B. (2007). *O ser-bebé*. Lisboa: Climepsi.
- Johnson, M.P. & Baker, S.R. (2004). Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 87-98.
- Jolley, S. N. & Spach, T. (2008). Stress System Dysregulation in Perinatal mood disorders. In S. D. Stone, & A. Menken (Eds.). *Perinatal and postpartum mood: perspectives and treatment guide for the health care practitioner* (pp.133-151). New York: Springer Publishing Company.
- Justo, J. (1994). *Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. Tese de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. Portalegre: Artes Médicas.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990) - *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parke, R. D. (1996). *Fatherhood*. Cambridge: Harvard University Press.
- Pereira, M.G., Santos, A.C., Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 17 (3), Set., 583-590.
- Raphael-Leff, J. (2009). *Psychological Processes of Childbearing* (4ªEd.). Great Britain: The Anna Freud Centre.

- Redshaw, M., & Akker, O. Van Den (2007). Maternal mental health and wellbeing. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (4), 253-254.
- Sowden, M., Sage, N., & Cockburn, J. (2007). Coping and adjustment in pregnancy: giving babies a better start. In J. Cockburn & M. E. Pawson (Eds.), *Psychological challenges in obstetrics and gynecology: the clinical management*(pp. 91-106). London: Springer.
- Speckhard, A. (1997). Traumatic death in pregnancy: The significance of meaning and attachment. In Figley, C. R., Bride, B. E., & Mazza, N. (Eds.), *Death and trauma: The traumatology of grieving* (pp. 67-100). Washington: Taylor & Francis.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119, 142-148.

ESTUDO COMPARATIVO COMPORTAMENTAL DE PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA, CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

*ANA CANZONIERI, CLAUDIA RIECKEN, MARIA GIACOMO, LILIANA RUSSO, CAMYLA AZEVEDO,
PATRICIA VAQUERO, ANGELA MENEZES, MICHELLE BERNARDO, RENATA DE CASTRO,
SIMONE MATIAS & KELEN DE JESUS*

Esta é uma pesquisa qualitativa de análise do perfil comportamental dos pacientes com esclerose múltipla (EM), cuidadores e profissionais da saúde da Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM), no período de 2008 a 2009 (Bosi, 2004; Turato 2003).

A EM é uma doença neurológica crônica, de origem desconhecida, acomete mais as mulheres e pessoas brancas, provocando a destruição das bainhas de mielina que recobrem e isolam as fibras nervosas, causando diversas deformidades e sintomas físicos e psíquicos (Callegaro, 2001; Noserworthy, Lucchinetti, & Rodriguez, 2000; Tilbery, 2005).

Para a realização do mapeamento do perfil comportamental utilizo-se o Método Quantum (MQ), que se baseia na Teoria de Marston, um estudo sobre neurociências (Cozby, 2009; Davidoff, 1983; Marston, 2002).

Os objetivos do estudo são: Mapear o perfil comportamental de pacientes com esclerose múltipla, cuidadores e profissionais da área da saúde da ABEM, em São Paulo; Analisar a inter-relação entre os perfis destas pessoas e se os cuidadores e profissionais da área da saúde atuam sobre a mudança de comportamento dos pacientes.

MÉTODO

Participantes

Participaram 107 pacientes portadores de esclerose múltipla

Material

O MQ possui quatro indicadores chamados de fatores puros A, C, E, R, por meio dos quais se avalia o comportamento do indivíduo em três situações distintas (Self, Contexto Profissional, Integração), (Marston, 2002).

Identificadores do Método Quantum – Fatores Puros

1. Predominância – Fator Ação (A). Resposta a desafios e estilo para resolver problemas.
2. Indução – Fator Comunicação (C). Estilo de persuasão e comunicação.
3. Submissão – Fator Estabilidade (E). Ritmo e nível de concordância espontânea com os fatos.
4. Conformidade – Fator Referenciais e regras (R). Resposta às regras externas.

Tendência Comportamental

- a- Self - como o indivíduo age e reage naturalmente no meio;
- b- Contexto profissional - como o indivíduo reage em função da expectativa do meio;
- c- Interação - como o indivíduo busca adequação ao meio.

O MQ foi aplicado nos pacientes e nos cuidadores que chegavam à Instituição pela primeira vez e em todos os profissionais da área da saúde que realizavam os atendimentos.

RESULTADOS

O Quadro 1 demonstra os Fatores Puros obtidos (A, C, E, R). O valor (alto, baixo e médio) é uma atribuição às características comportamentais e não conferem valoração (melhor ou pior). A denominação alta e baixa apresenta características opostas e a média indica que o indivíduo tanto pode fazer uso das características altas ou baixas, de acordo com a solicitação do meio.

Quadro 1: Características dos fatores puros

	A	C	E	R
(+) Alto	iniciativa, liderança	risco, persuasivo, eloquente	estável, metódico	detalhista, formal
(-) baixo	altruísta, cooperativo	analítico, introspectivo	prático, versátil	improvisador, original

Os quadros que iremos apresentar a seguir demonstram as características dos sujeitos de pesquisa, em cada situação específica trazida pelo resultado do MQ, já os gráficos lineares representam os grupos pesquisados evidenciando Self e Integração.

Quadro 1: 107 pacientes portadores de esclerose múltipla

ESTILO	CARACTERÍSTICAS	A - %	C - %	E - %	R - %
Self	AS	Alto - 50	Alto - 56	Alto - 56	Alto - 52
Contexto profissional		Alto - 49	Alto - 67	Alto - 49	Baixo - 59
Integração		Alto - 45	Alto - 61	Alto - 53	Baixo - 48
Estilo de decisão	Objetivo				
Aproveitamento de potencial	Sobrecarregado				
Orientação	Pessoas				
Decisão	55% risco				

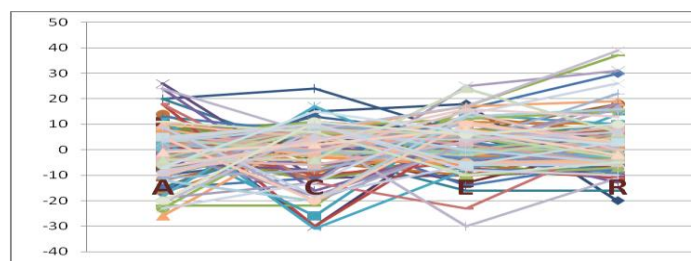


Gráfico 1: Apresentação do Self dos pacientes com esclerose múltipla

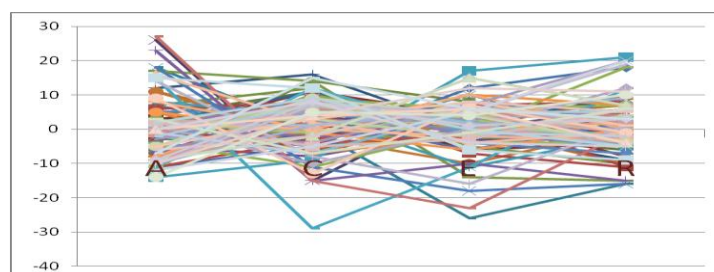


Gráfico 2: Apresentação da Integração dos pacientes com esclerose múltipla

Analisando-se os Gráficos 1 e 2 verifica-se que a maioria dos pacientes apresentam alto A em Self e em Integração, demonstrando com isto, um comportamento proativo, independente e autoconfiante.

O quadro 1 mostra que os pacientes estão sobrecarregados, possuem orientação para pessoas e decisão voltada ao risco, demonstrando habilidades para lidar com processos, fatos e problemas objetivamente, como característica determinado pelo fato A.

Verifica-se do mesmo modo na tabela 1 que o fator C é alto, demarcado pela extroversão, persuasão e desejo de reconhecimento; o fator E é igualmente alto, demonstrando preferência por ambientes conhecidos e por segurança para realização das tarefas de modo metódico e cadenciado. Já o fator R, também alto em *Self*, revela tendências para a precisão, exatidão e obediência, no entanto, ao observar-se o mesmo fator em Contexto Profissional e Integração percebe-se uma mudança de atitude, o que pode representar um esforço por parte do paciente.

Quadro2: 53 cuidadores

ESTILO	CARACTERISITICAS	A - %	C - %	E - %	R - %
Self		Baixo - 53	Alto - 47 Baixo - 47	Alto - 58	Alto - 60
Contexto profissional		Alto - 51	Alto - 64	Alto - 47	Baixo - 51
Integração		Baixo - 47	Alto - 58	Alto - 55	Alto - 47
Estilo de decisão	Objetivo				
Aproveitamento de potencial	Sobrecarregado				
Orientação	Pessoas				
Decisão	Manutenção				

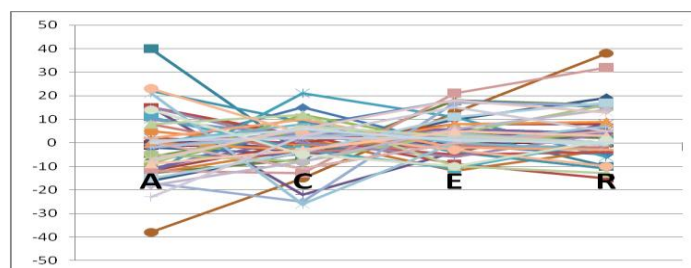


Gráfico 3: Apresentação do Self dos cuidadores

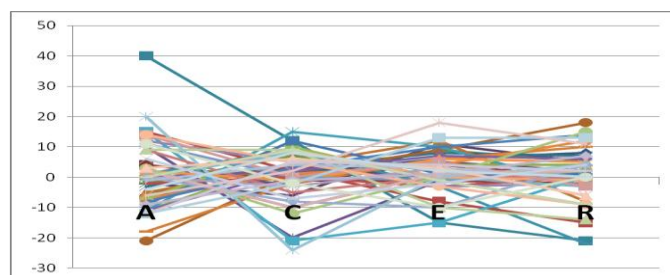


Gráfico 4: Apresentação da Integração dos cuidadores

No quadro 2, referente aos cuidadores, verifica-se uma mudança nos Gráficos 3 e 4, pois para o fator A e C em Self, o valor é baixo, modificando-se para alto na Integração. Esta mudança representa o esforço dos cuidadores em atender às necessidades dos pacientes. Também se analisa neste quadro que os cuidadores, diferentemente dos pacientes, normalmente decidem por manter os processos, preferindo não correr riscos ou enfrentar situações difíceis.

Quadro 3: 26 profissionais da área da saúde da ABEM

ESTILO	CARACTERISITICAS	A - %	C - %	E - %	R - %
Self		Baixo – 65	Alto – 58	Alto – 62	Alto – 58
Contexto profissional		Baixo – 42	Alto – 85	Alto – 62	Alto – 42
Integração		Baixo - 54	Alto – 69	Alto – 65	Alto – 58
Estilo de decisão	Muito subjetivo				
Aproveitamento de potencial	Sobrecarregado				
Orientação	Pessoas				
Decisão	Manutenção				

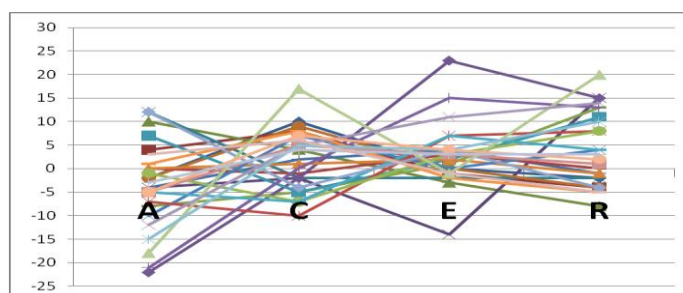


Gráfico 5: Apresentação do Self dos profissionais da área da saúde

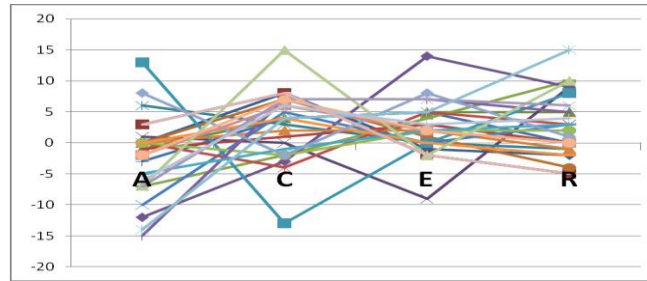


Gráfico 6: Apresentação da Integração dos profissionais da área da saúde

Por fim, nos gráficos 5 e 6 e no quadro 3, relacionados aos profissionais da área da saúde, verifica-se que não ocorreu mudança dos fatores puros em relação à linha média, eles se mantiveram nos dois gráficos com valores baixo A, alto C, alto E e alto R, sofrendo apenas variações numéricas na escala, sem alterar o contexto. Porém, em relação aos pacientes e aos cuidadores, este grupo apresentou um estilo de decisão muito subjetivo, dando maior ênfase aos fatores intangíveis, como a intuição e o sentimento. Ademais, assim como os cuidadores, sempre que possível decidirão pela manutenção dos processos.

DISCUSSÃO

A análise dos dados mostra que o paciente exerce influência sobre os cuidadores e profissionais, devido ao estilo de decisão objetivo e voltado para risco, mesmo tendo orientação para pessoas. A característica do aproveitamento de potencial apresenta-se sobrecarregado, o que pode ser decorrente da alta demanda que o paciente faz em relação ao meio e a si mesmo.

Em relação aos cuidadores, a análise demonstra que os mesmos possuem comportamento modificado pelo contato com o paciente, supõe-se que isto ocorra em função da relação muito próxima com o paciente. Eles possuem estilo de decisão objetivo e de manutenção de processos, com orientação para as pessoas e aproveitamento de potencial sobrecarregado. Estas características facilitam ação prestativa e com baixa solicitação de mudanças do outro, o que talvez os sobrecarreguem pela tentativa em suprir as necessidades do paciente.

A análise dos profissionais da área da saúde aponta que estes possuem um estilo de decisão muito subjetivo e voltado à manutenção, com orientação para pessoas e aproveitamento de potencial sobrecarregado. Em função do papel profissional, eles dedicam-se ao paciente, portanto, sobrecarregam-se, e possivelmente mobilizados pelas características mais rígidas do paciente, eles realizam mais ações de manutenção do processo do que o exercício de mudança.

Os resultados apontam um processo de manutenção com baixa assertividade em relação ao paciente por parte dos cuidadores e dos profissionais da área da saúde, pois mobilizados pelo paciente acabam a atender às suas necessidades de forma a não provocar-lhes mudança de comportamento.

Em parte isto se deve ao domínio exercido pelo paciente em relação ao meio, quer seja manipulando ou o próprio quadro da doença, além do comportamento dos cuidadores e dos profissionais, que pela dedicação em relação ao paciente, se submetem ao controle do mesmo. (Callegaro, 2005; Rocha, Harrera, & Morales, 2002).

A ABEM percebia que ao longo do tempo o paciente evoluía pouco em seu quadro clínico, mantendo um comportamento de dependência da Instituição, dos profissionais e dos cuidadores. Esta percepção empírica se confirma por meio dos resultados do MQ que demonstra a tendência de manutenção dos processos.

Conclui-se, portanto, que para a mudança de tal situação, é necessário levar o paciente à compreensão de seu estado e das possibilidades de tratamento. Além disso, seria de grande valia a realização de treinamentos para os cuidadores e para a equipe de profissionais da saúde, com o intuito de promover um cuidado humanizado, efetivo e assertivo em relação ao paciente.

REFERÊNCIAS

- Bosi, M.L.M., & Mercado, F.J. (2004). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petropolis: Vozes.
- Callegaro D (2005). *Aspectos epidemiológicos. Esclerose Múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos*. São Paulo: Atheneu.
- Callegaro D., Goldmabaun M., Morais L., Tilbery,C., Moreira, M., Gabbai, A., & Scaff,M. (2001). The prevalence of multiple sclerosis in the city of São Paulo, Brazil. *Acta Neurologica Scandinavica*,104, 208-213.
- Cozby, PC. (2009). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Davidoff, L. (1983). *Introdução à psicologia*. SãoPaulo: McGraw Hill.
- Marston, W. M. (2002). *Emotions of normal people (5th Ed)*, EUA: Routledge.
- Noserworthy JH., Lucchinetti C., & Rodriguez M (2000). Multiple Sclerosis. *New England Journal of Medicine*, 393, 938-952.

Rocha, F.C., Harrera, L.C., & Morales, R.R. (2002). Multiple sclerosis in Botucatu, Brazil: a population study. *Multiple Sclerosis*, 8 (Suppl): S41.

Tilbery, P. (2005). *Esclerose múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos*. São Paulo: Editora Atheneu.

Turato, E.R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

ESTRATIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E COMPORTAMENTO DO PACIENTE COM FIBROMIALGIA

ANA CANZONIERI, NATALIA GUIMARÃES, ISELA FERNANDEZ, DANIEL FELDMAN & JAMIL

NATOUR

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, de etiopatogenia desconhecida (Falcão, 2004; Feldman, 2001).

O paciente com fibromialgia apresenta um “estado de dor” constante, fadiga, distúrbios do sono e do humor, cefaléia, entre outras comorbidades físicas e psíquicas (Wolfe et al, 2010). Varias pesquisas apontam que o quadro doloroso modifica o estilo e a qualidade de vida, restringindo as atividades diárias e influenciando negativamente na saúde mental, prejudicando a capacidade para o trabalho e as relações familiares e sociais (Yoshikawa, 2005).

São objetivos gerais caracterizar os pacientes com fibromialgia por meio dos instrumentos Pirâmide de Pfister, Método Quantum, entrevista clínica estruturada DSM-IV (SCID) e escala visual analógica de dor (EVA). Como objetivos específicos temos demonstrar características em relação ao diagnóstico físico e psíquico; comparar os resultados para compreender o paciente em relação aos não pacientes.

MÉTODO

Participantes

Pesquisa realizada com a aplicação de instrumentos de coleta de dados em amostra por conveniência, de 100 pacientes com diagnóstico de fibromialgia, da Universidade Federal de São Paulo e com 50 não pacientes, da cidade de São Paulo. O critério de inclusão dos não pacientes era não ter feito psicoterapia ou tratamento psiquiátrico, não ter doença psiquiátrica diagnosticada, não ter fibromialgia ou outra dor crônica e o critério de exclusão era a existência de um dos pontos anteriores ou não desejar participar.

Material

Os instrumentos escolhidos foram Pirâmide de Pfister para demonstrar aspectos da personalidade, Método Quantum para mapear as características do comportamento, Entrevista Clínica Estruturada DSM-IV (SCID), juntamente com os dados demográficos e a Escala Visual Analógica de Dor (EVA) para registrar a dor no momento da entrevista (APA, 2000; Cozby, 2009; Davidoff, 1983; Marston, 2002; Villemor-Amaral, 2005).

Procedimento

Todos os instrumentos foram aplicados individualmente e no mesmo dia em cada pessoa e todos os dados só foram analisados ao final das aplicações.

A escolha destes instrumentos baseou-se na facilidade de aplicação e que poderia ser realizado pelo paciente sem comprometer os resultados em função de alguma limitação física ou problemas emocionais e de memória.

Resultados

Os dados sócio demográficos mostram que 99% dos pacientes são mulheres; predominam casados ou em união estável, com filhos; a idade média é de 53 anos e o tempo de doença entre 5 a 10 anos; o destaque para o grau de escolaridade é o nível primário incompleto, seguido pelo nível secundário completo; e 60% dos pacientes não estão trabalhando.

Este trabalho demonstra, por intermédio do EVA, que o paciente com fibromialgia possui um alto índice de dor, pois 60 % apresenta uma pontuação acima de 6 na escala, sendo que destes, 15% aponta para a marca de 10 cm; do total 18 % apresenta pontuação 5 e 22% está abaixo de 5, destes últimos, 4 pacientes não apresentam dor naquele momento.

O SCID (APA, 2000) demonstra a intensidade das dificuldades sócio ocupacionais:

Quadro 1: Intensidade das dificuldades sócio ocupacionais

Intensidade referente a dificuldade sócio ocupacional	Número de pacientes
Ausente	2
Mínima	4
Leve	57
Moderada	30
Grave	7

Ao se considerar a intensidade leve e moderada de dificuldade sócio ocupacional obtém-se 87% dos pacientes nestas condições, o que representa um número elevado de pessoas nas quais a “dor” compromete a qualidade de vida, conforme demonstrado em diversas pesquisas (Yoshikawa, 2005).

Quadro 2: Transtornos psiquiátricos, como comorbidades, em pacientes com fibromialgia

Transtornos	Número de pacientes
Transtorno do Humor	
Depressão Maior - passado	14
Depressão Maior - presente	19
Humor Distimico	25
Uso de substâncias	
Álcool	12
Transtorno de Ansiedade	
Pânico com Agorafobia	9
Pânico sem Agorafobia	16
Agorafobia	17
Fobia Social	25
Fobia Específica	39
TOC	53
TEPT	8
TAG	74
Transtorno Somatoformes	
Somatização	66
Doloroso	100
Hipocondria	13
Transtornos Alimentares	
Anorexia	1
Bulimia	10
Compulsão alimentar periódica	8

Os pacientes durante a entrevista relataram os problemas físicos e a fibromialgia, demonstraram preocupação com a dor, com as incapacidades e limitações por ela determinadas e não deram atenção aos sintomas psíquicos.

Os pacientes que referiram apenas ter fibromialgia são 53%, enquanto 29% afirmaram que além da fibromialgia apresentavam uma doença física, 9% falaram de fibromialgia e problemas psiquiátricos e outros 9 % abordaram a existência de distúrbios físicos e psiquiátricos aliados a fibromialgia.

No EVA 4 pacientes relataram ausência de dor no momento da entrevista, porém declararam transtornos dolorosos no SCID, levando em consideração o último mês.

A análise da tendência comportamental no Método Quantum, no Quadro 3, demonstra que em *Self* o perfil predominante está voltado para relações em grupo, postura introspectiva, metódica e determinada por padrões (Marston, 2002).

Quadro 3: Fatores Puros e Tendência Comportamental

Tendência Comportamento	Fator A	Fator C	Fator E	Fator R
<i>SELF</i>	altruísta	introspectivo	metódico	formal
Contexto	iniciativa	eloquente	metódico	original
Profissional				
Integração	iniciativa	eloquente	metódico	formal

A análise da Pirâmide de Pfister (Villemor-Amaral, 2005) demonstra que 20% dos pacientes apresentam ansiedade. Encontra-se em 32% atitude mais estável e madura, 53% apresenta instabilidade e insegurança e 7% apresentam sentimentos positivos.

Encontra-se em 92% dos pacientes um nível não satisfatório de amadurecimento emocional, porém com uma tendência a adaptação, coexistindo com uma perturbação proveniente de dissociações no curso do pensamento.

Verifica-se em 34% dos pacientes a estabilidade nas escolhas, porém com tendência ao comodismo e 34% demonstram ter a capacidade de ajustamento, porém em função da inconstância de atitudes, denotam imaturidade.

Segundo o resultado do SCID (APA, 2000) alguns dos não pacientes apresentam dificuldades em relacionamentos, humor irritável, doenças físicas e psíquicas, porém o enfrentamento ocorre de forma mais segura. As dificuldades sócio ocupacionais estão presentes em níveis mínimo e leve, não interferindo nas atividades e não prejudicando a qualidade de vida.

O resultado da Pirâmide de Pfister e do Método Quantum aponta que a percepção e o enfrentamento dos indivíduos, frente às necessidades do meio, são organizado de modo mais objetivo e equilibrado, no grupo de não pacientes (Marston, 2002; Villemor- Amaral 2005).

Os não pacientes referem problemas pessoais e até emocionais, porém a presença de postura positiva frente às dificuldades predomina, além de equilíbrio e segurança na tomada de decisões. Não referem dor.

DISCUSSÃO

A discussão deste artigo é feita de forma qualitativa descritiva (Bosi, 2004; Turato, 2003).

Verifica-se com a análise do SCID (APA, 2000) que a presença de transtornos psiquiátricos pode potencializar a dor e limitar a capacidade de enfrentamento do paciente. Os resultados obtidos com os não pacientes demonstram que estes, provavelmente, possuem outros mecanismos de defesa, pois mesmo apresentando dificuldades em relacionamentos e humor irritável, enfrentam as situações de forma mais segura.

Observa-se que na análise da tendência comportamental no Método Quantum, o resultado trazido por *Self* retrata o perfil de comportamento voltado para relações em grupo, postura introspectiva, metódica e determinada por padrões (Marston, 2002).

Ocorre mudança nos fatores A e C, em Contexto Profissional e Integração, que corresponde à percepção do indivíduo em relação à solicitação do meio, representando a capacidade de adequação do comportamento para realização do enfrentamento.

Verifica-se que o fator E se mantém inalterado e que o fator R oscila, porém volta ao padrão inicial, isto sugere um esforço por parte do indivíduo para se manter em seus padrões, demonstrando que o paciente está voltado aos conteúdos externos, que tenta reagir às solicitações do meio, porém há impedimentos internos que o obrigam a seguir seus próprios padrões e com isso retardam o enfrentamento dos problemas.

Todos os instrumentos utilizados demonstram que o paciente tem capacidade de reação, porém com dificuldade para exercê-la. Isto pode ser devido aos desequilíbrios emocionais anteriores ao aparecimento da fibromialgia. Os distúrbios psiquiátricos pré - existentes provavelmente alteram a percepção da dor, resultando em incapacidades de enfrentamento por parte do paciente em relação à situação vivenciada.

Os transtornos psiquiátricos presentes podem ter origem no desenvolvimento da personalidade, pois os pacientes relatam problemas oriundos desde a infância, instabilidade no humor e dificuldades em relacionamentos, ou seja, os indivíduos que tiveram prejuízos no desenvolvimento da personalidade apresentam mais dificuldades para lidar com a doença e com a dor.

Segundo Dias (1994) e a Teoria da Programação Cenestésica a organização do psiquismo tem início com o nascimento, pois é a partir deste momento que se estabelece o processo de inter-relações entre o bebê e seus cuidadores. Nos primeiros dois anos de vida a criança é dependente do clima afetivo externo, e neste período valoriza o que é “sentido”. Somente após o segundo ano é que a criança desenvolve a valorização sobre o que é “aprendido”.

No estabelecimento das relações entre a criança e as pessoas próximas é que se desenvolve o registro do clima afetivo, que influenciará diretamente e de formas diferentes cada uma. Os climas afetivos dividem-se em:

- A) Facilitadores - aceitação, proteção, continência;
- B) Inibidores - abandono, rejeição, hostilidade, medo, ansiedade.

Se as relações estabelecidas com o bebê formarem, predominantemente, registros de clima afetivo facilitador o sentimento desenvolvido será de aceitação, proteção, cuidado; porém se a forte presença for

de clima afetivo inibidor o sentimento desenvolvido será de abandono, rejeição, hostilidade, medo e ansiedade.

Discutindo-se os resultados de todos os instrumentos percebe-se que os pacientes possuem capacidade de reação aos estímulos, porém enfrentá-los requer um aporte emocional. A pesquisa revela que o paciente está emocionalmente fragilizado.

As observações em relação aos não pacientes demonstram a importância na formação do psiquismo, o que pode ser um dos diferenciais que possibilita a alguns indivíduos a lidar melhor com a doença e com o sentir “dor”, buscando para si um modo mais saudável para viver. Por isso todo o esforço da equipe de saúde deve voltar-se para compreender, entender e orientar o paciente na reorganização de suas características pessoais e de enfrentamento.

Este estudo é extensivo para a orientação dos pais, profissionais e pessoas que estabelecem relações de cuidado ao bebê, que até os dois anos de idade incorpora a noção de afeto, cuidado e proteção recebida.

Os resultados apontam que um fator importante na fibromialgia é a presença de transtornos psíquicos, o que pode fazer com que o paciente tenha maior dificuldade para lidar com a dor.

Há indicação de que a estrutura da personalidade tem uma participação direta em como o indivíduo lida com a doença, com a dor, com a vida.

A importância deste trabalho está em informar aos profissionais da saúde a necessidade de melhor compreensão do paciente com fibromialgia, de modo a propiciar a eles um cuidado mais integrado e multidisciplinar, orientado para uma mudança no comportamento em relação à vida e a doença.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4^a. edition, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bosi, M.L., & Mercado, F.J. (2004). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petropolis: Vozes.
- Cozby, P.C. (2009). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Davidoff, L. (1983). *Introdução à psicologia*. São Paulo: McGraw Hill. São Paulo: Atlas.
- Dias, V.R. (1994). *A análise psicodramática e a teoria da programação cenestésica*. São Paulo: Ágora.
- Falcão, D. (2004). *Terapia Cognitivo Comportamental para o tratamento de paciente fibromiálgico: estudo controlado randomizado*. Tese de Doutorado em Medicina. São Paulo: UNIFESP.

- Feldman, D. (2001). *Doenças inflamatórias musculares*. In: Moreira Caio & Carvalho, M. A P. Reumatologia – diagnóstico e tratamento (cap 24). 2^a ed., Rio de Janeiro: Medsi.
- Marston, W.M. (2002). *Emotions of normal people*. 5a edition, EUA: Routledge.
- Turato, E.R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Villemor-Amaral, A.E. (2005). *As pirâmides coloridas de Pfister*. São Paulo: Centro Editor de testes e Pesquisas em Psicologia.
- Wolfe, F, Clauw, D., Fitzcharles, M., Goldenberg, D., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J.B., & Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary Diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care e Research*, 62(5), 600-610
- Yoshikawa, G.T (2005). *Comparação da Qualidade de Vida entre homens com fibromialgia e depressão*. Tese de Mestrado em Medicina, São Paulo: UNIFESP.

MITOS NA VIOLÊNCIA CONJUGAL

MARTA CAPINHA & DANIEL RIJO

Nas últimas décadas, a área da violência conjugal (VC) tem vindo a ser alvo de uma atenção crescente, sobretudo nas sociedades ocidentais, que se tem repercutido na forma como o fenómeno é encarado e nas consequentes alterações na legislação de muitos países. Em Portugal a violência entre casais passou a ser tipificada como crime público sob a designação de violência doméstica (Decreto-Lei nº 59/07, Artigo 152º) desde 2007. Violência doméstica é um termo amplo, pois poderá incluir múltiplos tipos de violência (e.g., violência filio-parental) que podem ocorrer no seio das famílias. O âmbito deste trabalho cinge-se à violência perpetrada no seio de uma relação de intimidade, entre casais heterossexuais.

É consensual que o despertar para a problemática da VC, tem como precursores os movimentos feministas. No entanto, tal como Hamel (Hamel & Nichols, 2007) realça, “A dada altura, estes movimentos enveredaram por um estranho caminho, produzindo uma forma de feminismo rígida, exclusivista e ideologicamente marcada, extraordinariamente despreocupada com os seus princípios iniciais de igualdade, verdade e justiça social” (p. 14). Foi este caminho que introduziu na VC um conjunto de ideias que se transformaram em premissas aceites pela generalidade dos intervenientes nesta área. A VC como flagelo das sociedades patriarcais, a identificação das mulheres como as vítimas preferenciais (quando não exclusivas) da VC e, consequentemente, os homens como os agressores, ou a importância fundamental dos estereótipos/papéis de género, são algumas dessas ideias, actualmente muito divulgadas e amplamente aceites. O consenso gerado em torno destes pressupostos é patente no discurso de psicólogos, legisladores e sociólogos. Mas será, de facto, assim?

Se pensarmos nos dados apresentados pelas associações e instituições que actualmente representam os movimentos feministas, será fácil concordar com estas premissas. Segundo Bowen (2011), diversos estudos apontam evidências de que são as diferenças de poder entre homens e mulheres e a necessidade destes controlarem as suas companheiras e garantirem a sua autoridade sobre elas, bem como o cumprimento dos papéis de género, que levam ao uso da violência dos homens sobre as mulheres. Por oposição, o uso da violência pelas mulheres é visto como resultado de tentativas de auto-defesa ou de prevenção face a um ataque inevitável por parte do companheiro (Hamberger & Potente, 1994).

Contudo, as metodologias usadas nestes estudos (sobretudo qualitativas), bem como as amostras recolhidas (junto de mulheres em situação de acolhimento ou com estreita relação com instituições de apoio à vítima, ou junto de homens em contacto com o sistema judicial), levantam inúmeras questões quanto à validade das conclusões retiradas.

Por oposição a estas metodologias e forma de encarar a VC, surge a perspectiva da violência familiar, que considera a VC uma tática ilegítima de resolução de conflitos interpessoais em relações de intimidade (Bowen, 2011). Esta perspectiva tem o mérito de retirar o foco das questões culturais e dos papéis/estereótipos de género, ficando livre de uma visão enviesada *à priori*, e permitindo novos estudos, verdadeiramente empíricos, sobre esta temática.

Os resultados provenientes destes estudos levam-nos a questionar as conclusões retiradas pelos movimentos feministas e até que ponto as suas premissas não estarão a impedir um adequado entendimento do fenómeno da VC prejudicando, consequentemente, o sucesso das intervenções junto de agressores e/ou vítimas. Propomo-nos, então, olhar para algumas destas premissas, com verdadeira curiosidade e crítica científica, despidas de quaisquer preconceções, e à luz dos resultados que foram sendo obtidos por múltiplos autores nas últimas décadas.

“Mitos” na VC

Quando se pensa em VC, não é raro que a associação imediata seja a de um homem a agredir a respectiva companheira. *Mas terá o género um papel tão preponderante no facto de uma pessoa se tornar agressor ou vítima?*

Se pensarmos nas explicações feministas, o género surge frequentemente associado à etiologia deste tipo de problemática. O homem é visto como mais agressivo que a mulher, e a importância dada aos papéis de género nas sociedades patriarcais é encarada como inerente ao uso de violência. Contudo, a maioria dos homens não são agressivos fisicamente, nem recorrem preferencialmente a estratégias de poder e controlo (Cook, 1997). Além disso, há já algum tempo que os dados apontam para inexistência de diferenças entre casais violentos e não violentos, no que toca aos papéis de género (Hotaling & Sugarman, 1986), bem como para iguais níveis de raiva e hostilidade em homens e mulheres, mesmo que estas os manifestem de formas mais indirectas ou camufladas (Archer, 2004; Averill, 1983). De facto, nas relações de intimidade, as taxas de expressão de raiva e abuso emocional, bem como o recurso a diferentes formas de controlo e poder, parecem ser semelhantes para ambos os géneros (Averill, 1983; Davies & Frieze, 2000; Kasian & Painter, 1992), enfraquecendo a ideia de que o género possa ser determinante no papel que homem e mulher desempenham numa interacção violenta no casal.

Esta ideia é ainda mais enfraquecida, se considerarmos as elevadas taxas de abuso entre casais homossexuais femininos (McClellan, Summers & Daley, 2002; Renzetti, 1992) e o facto de alguns dados (Felson, 2002; Sugarman & Frankel, 1996) mostrarem uma tendência para os homens violentos exibirem menos características machistas que os não violentos. Tal evidencia o reducionismo

implicado num olhar baseado apenas em explicações patriarcais e nas questões de género, como é o defendido pelo paradigma dominante.

Assim, é legítimo questionar se serão as mulheres as únicas vítimas de VC? E serão os homens os agressores de todas estas histórias?

Se olharmos para as populações com as quais contactam os movimentos feministas, percebemos de onde surgiu esta ideia. Não obstante, ao alargar a população em análise, esta premissa tem-se vindo a mostrar infundada. Diversos estudos mostram que também os homens são vítimas de VC (Carney, Buttell, & Dutton, 2007; Frieze, 2005; Swan, Gambone, Caldwell, Sullivan, & Snow, 2008). De facto, estudos realizados junto da população geral (Kessler, Molnar, Feurer, & Appelbaum, 2001; Strauss, & Gelles, 1990), concluíram que cerca de metade da violência usada no seio dos casais pode ser considerada mútua, com a restante metade dizendo respeito a violência perpetrada exclusivamente por um dos parceiros sobre o outro (um quarto pelos homens e um quarto pelas mulheres). Os resultados de Magdol, et al., (1997) e Kwong, Bartholomew e Dutton (1999) são ainda mais controversos, indicando que as mulheres recorrem mais frequentemente à violência que os homens, e com maior severidade que estes. Estas conclusões foram entretanto reforçadas pela meta-análise de 87 estudos realizada por Archer (2000) onde foi analisado o papel do género na VC percebendo-se que, embora com um efeito pequeno, as mulheres parecem mais propensas a recorrer a violência contra os seus parceiros.

É importante considerar que a violência não é apenas exercida a um nível físico, e, no que concerne a estratégias de poder e controlo, as mulheres apresentam taxas semelhantes aos homens, sendo de considerar, ainda assim, um conjunto de estratégias a que recorrem de forma a compensar a sua falta de força física (e.g., atirando objectos, agredindo os companheiros quando estes estão alcoolizados ou a dormir) (Cook, 1997; McCleod, 1984).

Estes dados levam-nos também a repensar a ideia já referida, e que surge frequentemente acoplada à premissa anterior, de que a violência perpetrada pelas mulheres surge apenas como uma estratégia de auto-defesa. *Mas será esta a razão pela qual as mulheres agridem?*

Esta é uma questão não menos polémica que a anterior, e quiçá de mais difícil discussão, pois nem sempre é fácil distinguir aquilo que se pode constituir como auto-defesa, daqueles que são comportamentos de retaliação. Contudo, os dados parecem mostrar uma versão mais uma vez diferente da defendida pelo paradigma dominante: 40% de mulheres acolhidas em casa-abrigo apontam a auto-defesa como o motivo pelo qual agrediram os seus companheiros (Saunders, 1986), mas alargando a amostra a mulheres da população geral essas percentagens são cada vez menores (cerca de 20%) (Follingstad et al., 1991), sendo ainda mais baixas em amostras clínicas (cerca de 5%) (Cascardi & Vivian, 1995).

Mas então, se não é a auto-defesa, o principal motivo para que as mulheres façam uso da violência contra os seus parceiros, *serão diferentes os motivos pelos quais ambos os géneros desencadeiam interações violentas?*

Ao que parece, também aqui parecem não haver diferenças entre homens e mulheres. De facto, vários estudos (Cascardi & Vivian, 1995; Fiebert & Gonzalez, 1997; Follingstad, et al., 1991; Harned, 2001) mostram que, independentemente do género, os motivos mais referidos para o recurso a estratégias violentas são os mesmos: a necessidade de controlo sobre o companheiro(a), a retaliação e a necessidade de ter atenção por parte do parceiro.

Deste modo, será que os mesmos factores se podem constituir de igual risco para que homens e mulheres se constituam como agressores no seio de uma relação de casal? Os estudos parecem indicar que sim. Factores como baixos rendimentos, desemprego, atitudes favoráveis à violência, dependência, ciúmes, situações de abuso na infância, traços de personalidade agressivos, ou perturbações da personalidade como a Borderline, Narcísica ou Anti-social, foram identificados como factores de risco para a violência nas relações de intimidade perpetrada por mulheres (Babcock et. al., 2003; Coleman, 1994; Felson, 2002; Follingstad et. al, 1991; Magdol, et al., 1997), e por homens (Hamberger & Hastings, 1986; Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994). Também o abuso do álcool e/ou outras substâncias se encontra associado a esta problemática, não apenas aos agressores, como também às vítimas de tais condutas (Leonard & Roberts, 1998).

Face a todos os dados apresentados, e reconhecendo que, no terreno, os múltiplos recursos existentes para apoio às vítimas, estão maioritariamente direccionados para prestar apoio a mulheres, fica uma última questão: *Será apenas a violência perpetrada pelos homens aquela que merece consumo de recursos e intervenções?*

Se por um lado é certo que as queixas feitas por homens são menos que as apresentadas por mulheres, e que estas parecem ter maior probabilidade de sofrer consequências físicas graves como resultado da VC (Archer, 2000), por outro, é fácil imaginar que fazer queixa por violência doméstica pode ainda tornar-se mais complicado para os homens, sendo que muitos, manifestam medo das suas companheiras (tal como acontece com as mulheres vítimas) e, mesmo quando fazem queixa, não são levados a sério com acontece com as vítimas femininas (Buzawa & Austin, 1993). Além disso, os homens que têm capacidade física para se proteger parecem minimizar o uso da violência por parte das companheiras (Hamberger & Guse, 2002). Porém, não pode ser negado que há homens vítimas que também merecem o mesmo apoio, e mulheres agressoras que poderiam igualmente beneficiar de uma intervenção enquanto tal. Até porque se considerarmos que um quarto dos homicídios conjugais têm vítimas masculinas (Department of Justice, 2002 cit in Hamel & Nicholls, 2007), e que o impacto do abuso psicológico e emocional é mais grave que o físico para ambos os géneros (Cook, 1997; Frieze, 2005; Harned, 2001), dificilmente poderemos menosprezar estes dados e defender uma posição de igualdade sem procurarmos um equilíbrio nos recursos que são oferecidos.

Implicações para a prática

Esta procura de maior equilíbrio nos recursos disponibilizados não significa negar as influências culturais nem ignorar as diferenças entre os géneros, porque elas existem e devem ser tidas em conta. Questões relacionadas com a biologia, a personalidade e os papéis sociais não deverão ser ignoradas. O facto dos homens valorizarem mais a autonomia e serem mais orientados para a resolução dos problemas, enquanto as mulheres tendem a ser mais emotivas e valorizarem mais a intimidade na relação (Tannen, 1990), deve ser considerado no desenho das intervenções, bem como as diferentes formas de VC (Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994). O mesmo é válido para as fontes de stress, que estão habitualmente associadas ao provimento do sustento económico e a questões laborais para os homens, e a questões domésticas e de cuidado dos filhos para as mulheres, mesmo em famílias em que ambos trabalham (Allen & Hawkins, 1999; Cascardi & Vivian, 1995). Torna-se, então, difícil negar que os papéis de género podem contribuir para o desencadear e escalar de conflitos conjugais.

Não obstante, mesmo com todas as críticas que podem existir quanto aos diferentes estudos analisados, suas amostras e metodologias, a discrepância entre os resultados e as premissas passivamente aceites não poderá deixar de ser levada em conta pelas pessoas que trabalham na área da VC, se quisermos construir intervenções que, de facto, tenham eficácia e respondam às necessidades das pessoas envolvidas em relações íntimas violentas.

É por estas razões que, à semelhança do que defendem Hamel & Nicholls (2006), achamos que todas as intervenções na área da VC deveriam incluir ambos os géneros, sem discriminações. Afinal, mesmo nos raros casos em que se consegue identificar com alguma clareza uma vítima e um agressor, não deixa de ser importante intervencionar ambas as realidades, dado o conhecido padrão de elevada probabilidade de uma vítima se voltar a envolver com um agressor e de um agressor voltar a fazer novas vítimas quando não intervencionados.

Assim, é urgente uma posição crítica face às intervenções que parecem ter um formato que serve para todos os casos e cujos simplistas modelos que lhes estão subjacentes dificilmente fazem jus à complexidade inerente às dinâmicas disfuncionais dos casais cujas relações são pautadas por interacções violentas.

REFERÊNCIAS

- Allen, S., & Hawkins, A. (1999). Maternal gatekeeping: Mother's beliefs and behaviors that inhibit greater father involvement in family work. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 199–212.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, 651-680.
- Archer, J. (2004). Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Review of General Psychology*, 8(4), 291–322.

- Averill, J. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38, 1145–1160. doi:10.1037/0003-066X.38.11.1145
- Bowen, E. (2011). *The partner rehabilitation of partner-violent men*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Buzawa, E., & Austin, T. (1993). Determining police response to domestic violence victims: The role of victim preference. *American Behavioral Scientist*, 36(5), 610–623.
- Carney, M., Buttel, F., & Dutton, D. (2007). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 108–115.
- Cascardi, M., Langhinrichsen, J., & Vivian, D. (1992). Marital aggression: Impact, injury and health correlates for husband and wives. *Archives of Internal Medicine*, 152, 178–184.
- Coleman, V. (1994). Lesbian battering: The relationship between personality and perpetration of violence. *Violence and Victims*, 9(2), 139–152.
- Cook, P. (1997). *Abused men: The hidden side of domestic violence*. Westport, CT: Praeger.
- Davis, K., & Frieze, I. (2000). Research on stalking: What do we know and where do we go? *Violence and Victims*, 15(4), 473–487.
- Felson, R. (2002). *Violence and gender reexamined*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fiebert, M., & Gonzalez, D. (1997). College women who initiate assaults on their male partners and the reasons offered for such behavior. *Psychological Reports*, 80, 583–590.
- Follingstad, D., Wright, S., Lloyd, S., & Sebastian, J. (1991). Sex differences in motivations and effects in dating relationships. *Family Relations*, 40, 51–57.
- Frieze, I. (2005). Female violence against intimate partners: An introduction. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 113–119.
- Hamberger, L., & Guse, C. (2002). Men's and women's use of intimate partner violence in clinical samples. *Violence Against Women*, 8, 1301–1331.
- Hamberger, L., & Hastings, J. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners. *Journal of Family Violence*, 1(4), 323–341. doi:10.1007/BF00978276
- Hamberger, L., & Potente, T. (1994). Counseling heterosexual women arrested for domestic violence: Implications for theory and practice. *Violence and Victims*, 9(2), 125–137.
- Hamel, J. & Nicholls, T. (Eds.). (2007). *Family intervention in domestic violence: A handbook of gender inclusive theory and treatment*. New York: Springer Publishing Company.
- Harned, M. (2001). Abused women or abused men? An examination of the context and outcomes of dating violence. *Violence and Victims*, 16, 269–285.

- Holtzworth-Munroe, A. & Stuart, G. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476-497.
- Hotaling, G., & Sugarman, D. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1, 101-124.
- Kasian, M., & Painter, S. (1992). Frequency and severity of psychological abuse in a dating population. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(3), 350-364.
- Kessler, R., Molnar, B., Feurer, I., & Appelbaum, M. (2001). Partners and mental health predictors of domestic violence in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 487-508.
- Kwong, M., Bartholomew, K., & Dutton, D. (1999). Gender differences in patterns of relationship violence in Alberta. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 31, 150-160.
- Leonard, K. E., & Roberts, L. J. (1998). The effects of alcohol on the marital interactions of aggressive and nonaggressive husbands and their wives. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 602-615.
- Magdol, L., Moffitt, T., Caspi, A., Fagan, J., Newman, D., & Silva, P. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21 years old: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 68-78.
- McClellan, J., Summers, A., & Daley, J. (2002). The lesbian partner abuse scale. *Research on Social Work Practice*, 12, 277-292.
- McCleod, M. (1984). Women against men: An examination of domestic violence based on an analysis of official data and national victimization data. *Justice Quarterly*, 1, 171-193. doi:10.1080/07418828400088101
- Renzetti, C. (1992). *Violent betrayal: Partner abuse in lesbian relationships*. Newbury Park, CA: Sage.
- Saunders, D. (1986). When battered women use violence. *Violence and Victims*, 1(1), 47-60.
- Strauss, M., & Gelles, R. (Eds.). (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptation to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Sugarman, D., & Frankel, S. (1996). Patriarchal ideology and wife-assault: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence*, 11(1), 13-39. doi:10.1007/BF02333338
- Swan, S., Gambone, L., Caldwell, J., Sullivan, T., & Snow, D. (2008). A review of research on women's use of violence with male intimate partners. *Violence & Victims*, 23(3), 301-314.
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand*. New York: Ballantine.

A QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM HIPERTENSÃO OU DIABETES

DINA CARDOSO, SOFIA VON HUMBOLDT & ISABEL LEAL

O constante avanço da medicina possibilitou o aumento da idade média de vida do ser humano, principalmente nos países desenvolvidos (Tappen & Ouslander, 2010). Os novos desafios e oportunidades inerentes a uma sociedade composta por pessoas cada vez mais idosas tornam este tema pertinente, razão pela qual o investimento económico, político e científico nesta área tem sofrido um aumento significativo (Nikpour, Sola, Seiedoshohadaei, & Haghani, 2007).

O objectivo actual das várias áreas ligadas à saúde não é somente que as pessoas vivam mais anos mas que os possam viver em qualidade, ou seja, que experienciem o processo de envelhecimento com Qualidade de Vida (QdV). Este objectivo não é fácil de alcançar, uma vez que o idoso se confronta com um declínio em algumas funções e com as alterações inerentes a esse declínio na sua rotina diária (Nikpour et al., 2007).

Em Portugal o envelhecimento da população é uma realidade (INE, 2002). A projecção de população mundial das Nações Unidas aponta para o contínuo aumento da proporção da população com mais de 64 anos (INE, 2002).

O risco do aparecimento de doenças crónicas como diabetes, doenças cardíacas, osteoporose e hipertensão aumenta nesta etapa do ciclo de vida (Canbaz, Sunter, Dabak, & Peksen, 2003). As doenças crónicas, por sua vez, causam problemas clínicos, sociais e psicológicos que limitam a actividade das pessoas idosas na comunidade e diminuem a sua qualidade de vida (Canbaz, et al. 2003).

A QdV emerge como um conceito científico no final dos anos 60, numa tentativa de se diferenciar de outros conceitos como bem-estar subjectivo, felicidade, estado de saúde, satisfação e condições de vida. (Fernández-Ballesteros, 2011).

Canbaz, et al. (2003) definem a QdV como um bem-estar com a vida, que resulta da combinação de factores físicos, funcionais, emocionais e sociais.

Para a WHO (1998), a QdV é uma percepção individual sobre a posição na vida, tendo em conta a cultura e o sistema de valores em que se vive inserido, e em relação aos objectivos, expectativas, *standards* e preocupações.

Para Fernández-Ballesteros (2011), a QdV é um conceito multidimensional e não pode ser reduzido apenas a condições subjectivas. Trata-se de um conceito amplo que tem em conta condições individuais, componentes contextuais/ambientais e, fundamentalmente baseia-se em dimensões objectivas e subjectivas. Tendo em conta que abarca uma diversidade de factores, a maioria dos autores concorda que QdV se refere a múltiplos níveis da vida humana e integra factores objectivos e subjectivos (Fernández-Ballesteros, 2011). Apesar de QdV ser um conceito transversal em vários contextos científicos como a bio-medicina, psicologia e sociologia, o crescimento exponencial da investigação em QdV relacionado com as ciências da saúde, tem levado ao surgimento do conceito *QdV relacionada com a saúde* (HRQoL) (Fernández-Ballesteros, 2011).

A HRQoL e QdV relacionada com o estado subjectivo de saúde (subjective health status), são conceitos centrados na avaliação subjectiva do paciente, e ligados ao impacto do estado de saúde na capacidade do indivíduo viver plenamente (WHO, 1998).

A HRQoL é considerada uma perspectiva importante da QdV, usualmente relacionada com a avaliação subjectiva dos sintomas específicos de determinada patologia e a sua repercussão no funcionamento individual (Lima et al., 2009). Bullinger et al., (1993) consideram que o termo QdV deve ser geral e incluir uma variedade potencial de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e os seus comportamentos relacionados com o funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Para Seidl e Zannon (2004) os instrumentos que medem a HRQoL medem o grau em que os aspectos funcionais, físicos, mentais e sociais estão comprometidos pelos sintomas, incapacidades e limitações causadas pela doença.

Algumas doenças características dos idosos, principalmente doenças crónicas, requerem frequentemente cuidados e tratamentos, levando a alterações nas suas rotinas diárias (Lima et al., 2009). As exigências aumentam à medida que a condição a que a doença leva é difícil ou impossível de controlar. Estas situações, segundo Lima et al., (2009), limitam a independência e QdV dos idosos.

Lima et al., 2009 verificaram que a QdV nos idosos é significativamente mais reduzida na presença de uma doença crónica.

Canbaz et al. (2003) afirmam que a QdV nesta etapa pode diminuir se a doença ou as condições crónicas limitarem a capacidade do idoso tomar conta de si próprio.

De entre as várias patologias características desta etapa da vida, a diabetes e a hipertensão arterial têm surgido como duas das doenças mais frequentes (Bourne & McGrowder, 2010; Canbaz et al., 2002, INE, 2002; Lima et al., 2009). Por esta razão torna-se pertinente analisar o seu impacto na QdV dos idosos em Portugal.

A questão da QdV é considerada importante para pessoas com diabetes, pois esta é uma doença comportamentalmente e emocionalmente exigente e que pode ter um profundo impacto em vários níveis da vida do indivíduo (Abbaszadeh, Tabatabaei, & Pajouhi, 2009).

Em 1997, cerca de 124 milhões de pessoas padeciam desta doença em todo o mundo, apontando as previsões para que em 2025, este número aumente para 300 milhões (Abbaszadeh, et al. 2009). A idade é uma das variáveis que influenciam a prevalência da diabetes devido à diminuição da sensibilidade da insulina (Abbaszadeh, et al.).

Szabo, Pibernik–Okanovic e Metelko (2010) verificam que a diabetes tem menor influência na QdV relacionada com a saúde quando comparada com outras doenças, mas que a mesma é ligeiramente afectada na presença desta patologia.

Corroborando estes resultados, Wee, Cheung, Li e Fong (2005) concluíram que a diabetes tem pouca influência na QdV dos idosos, principalmente quando comparada com as doenças músculo-esqueléticas e cardíacas.

Um conjunto significativo de outros estudos demonstram que a QdV dos idosos é significativamente afectada na presença da diabetes (Goldney, Pjillips, Fisher, Wilson, 2004; Lima et al., 2009; Wee, Cheung, Li, e Fong, 2005).

Para Huang e Hung (2007) os pacientes com diabetes encontram-se, na sua maioria, com níveis médios no que diz respeito à QdV. Segundo os autores, estes resultados indicaram que esta patologia afecta a QdV dos pacientes de forma significativa.

Por seu turno, Schlotz, et al. (2006) estudaram a associação da resistência à insulina com a QdV relacionada com a saúde e concluíram que a QdV diminuiu com o aumento de HOMA-IR, ou seja, com o aumento de resistência à insulina.

Num estudo realizado nos EUA com população idosa hispânica, onde foi comparada a QdV de idosos com e sem diabetes, concluiu-se que a diabetes estava significativamente associada a uma menor QdV relacionada com saúde (Graham et al., 2007).

Os estudos que têm analisado a relação entre diabetes e QdV relacionada com a saúde apresentam algumas contradições já que alguns estudos consideram que este impacto não é muito significativo enquanto outros reforçam a importância do impacto desta patologia na diminuição da QdV desta população. Para além destas variações parece-nos pertinente analisar o impacto desta patologia na população idosa portuguesa.

Tal como a Diabetes, a Hipertensão tem-se revelado uma das doenças crónicas mais prevalente na população idosa (Szabo, Pibernik–Okanovic & Metelko, 2010). Alguns estudos indicam que o impacto da hipertensão na QdV em pessoas idosas, quando comparado com outras patologias, é menos significativo (Lima et al.2009; Szabo,et al. 2010). Estes resultados devem-se a vários factores; a

hipertensão tem uma progressão longa e assintomática; muitas pessoas que sofrem da doença não têm um diagnóstico realizado ou não conhecem o seu verdadeira impacto; é uma patologia com um grande número de medicamentos disponíveis e consumidos, o que indica que os pacientes têm acesso a formas de a controlar (Lima et al., 2009). No entanto, na Europa e nos EUA, a hipertensão eleva bastante o risco do aparecimento de doenças cardiovasculares que podem ter um enorme impacto da qualidade de vida dos pacientes e até levar à morte (Ogihara & Rakugi, 2005).

Lima et al, (2009) verificaram uma diminuição na QdV em idosos com esta doença, no entanto não tão significativamente quanto noutras doenças. Wee, et al.(2005) concluíram também que a hipertensão tem pouca influência na QdV dos idosos, principalmente quando comparada com as doenças músculo-esqueléticas ou com as doenças do coração. Os autores chamam a atenção para o facto de muitos idosos com hipertensão não estarem bem despertos para a doença e os seus perigos.

Já Nikpour, Sola, Seiedoshohadaei, e Haghani (2007) chegaram à conclusão que a hipertensão é um predictor estatisticamente significativo de QdV em idosos.

Ucan e Ovayolu (2010) concluíram que a QdV relacionada com a saúde é significativamente baixa em pacientes com hipertensão e que a coexistência de hipertensão com obesidade tem um efeito ainda mais negativo na QdV relacionada com a saúde.

Ogihara e Rakugi (2005) defendem que a terapêutica não farmacológica, como o exercício físico, a perda de peso e a restrição do sal são bastante úteis na população idosa mas realçam que estas terapêuticas devem ser adequadas a cada pessoa pois podem ter um impacto negativo na QdV dos idosos.

Abbaszadeh, Tabatabaei, e Pajouhi, (2009) verificaram ainda que a hipertensão está directamente associada ao aumento de sintomas de stress e depressivos, afectando assim de forma significativa a componente psicológica da QdV.

Tal como aconteceu com a diabetes, estes estudos apresentam algumas variações no que diz respeito ao impacto desta patologia na QdV relacionada com a saúde nos idosos. Para além destas variações, mais uma vez, parece-nos pertinente analisar o impacto desta patologia na população idosa portuguesa. Desta forma, o presente estudo tem como objectivo geral compreender se a QdV dos idosos se altera com a presença da hipertensão e da diabetes. Para tal, a presente investigação apresenta os seguintes objectivos específicos, a saber: (1) Analisar se existem diferenças significativas na QdV dos idosos com diabetes; (2) Analisar se existem diferenças significativas na QdV dos idosos com hipertensão

MÉTODO

Participantes

A investigação incidiu sobre uma amostra de 120 idosos portugueses, entre os 74 e os 96 anos. Da amostra total, 50% era possuidora de diabetes ou de hipertensão e a remanescente, apresentou-se isenta destas patologias. Os participantes com patologia não apresentaram em simultâneo diabetes e hipertensão. Foram critérios de exclusão, a presença de patologia mental e de institucionalização. A amostra foi recolhida numa Universidade Sénior, num centro de dia e numa Santa Casa da Misericórdia, sendo o método de extracção de dados utilizado a amostragem por conveniência.

Material

A bateria de testes utilizada, contém o Questionário de Avaliação de Ganhos em Saúde (SF-6D), o Questionário de caracterização socio-demográficos e o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), para assegurar o critério de exclusão “doença mental”.

Procedimento

Os questionários foram aplicados num local tranquilo e silencioso para se garantir que os idosos compreendiam o que lhes era perguntado. Antes da aplicação foram explicados os objectivos do estudo e garantida a confidencialidade das respostas. Todos os idosos acordaram a sua participação tendo-se mostrado, em geral, bastante disponíveis e interessados na realização do estudo.

RESULTADOS

Os resultados preliminares deste estudo apontam para uma alteração do nível de QdV dos idosos com a presença de patologia diabetes e hipertensão. Assim, verificou-se que os idosos com diabetes apresentaram um nível de QdV ($M=2.2$), mais reduzido que os idosos sem diabetes ($M=4.2$). Adicionalmente a variável diabetes demonstrou estar correlacionada negativamente com a QdV ($r=-.313$, $p<.001$). Estes resultados corroboram os resultados presentes na literatura, onde se verifica a importância desta patologia na QdV em idosos (Goldney, Pjillips, Fisher, Wilson, 2004; Graham et al., 2007; Lima et al., 2009; Huang & Hung, 2007; Schlotz, et al., 2006; Wee, et al. 2005).

Apesar do impacto na QdV da diabetes ser diferente do impacto de outras patologias, como as doenças cardíacas, tal como verificaram Szabo, et al. (2010) e Wee, et al. (2005), a diabetes demonstra ser uma patologia com que se deve ter bastante atenção pois afecta de forma significativa, e não ligeira como defendem estes autores, a QdV desta população.

No que diz respeito à hipertensão, verificou-se que esta patologia tem um impacto significativo na QdV dos idosos presentes no estudo ($M=2.9$), sendo que este valor foi mais reduzido que o apresentado para os idosos sem diabetes ($M=3.2$). Os resultados preliminares indicaram ainda que a variável hipertensão esteve negativamente correlacionada com a QdV, apesar de com um reduzido valor ($r=-.112$, $p<.001$).

De notar que o efeito da hipertensão nos idosos não é tão elevado como no caso dos idosos com diabetes, dado que na diabetes o diferencial de valor absoluto é superior ($|M_{QdV}| = 2.0$) ao diferencial presente nos idosos com hipertensão ($|M_{QdV}| = 0.3$). Estes resultados são corroborados pelos estudos de Nikpour, Sola, Seiedoshohadaei, & Haghani (2007) e Ucan e Ovayolu (2010), e vão igualmente ao encontro do que verificaram outros autores (Szabo, et al.2010; Lima et al.2009; Wee, et al. (2005). Tal como é defendido na literatura, estes resultados podem dever-se ao facto da hipertensão ter uma progressão longa e assintomática.

Estas conclusões são relevantes pois, como defendem Wee, et al. (2005) muitos idosos com hipertensão podem não estar conscientes dos perigos desta doença que, apesar de assintomática até determinada fase da sua evolução, eleva bastante o risco do aparecimento de doenças cardiovasculares que podem ter um enorme impacto da qualidade de vida dos pacientes e até levar à morte (Ogihara & Rakugi, 2005).

Estes resultados, a nosso entender, devem ser tidos em conta na prática clínica uma vez que se torna importante tomar mais medidas para que os idosos se possam adaptar de forma saudável à diabetes e à hipertensão. Quer sejam medidas relacionadas com o ajustamento à patologia, quer sejam medidas relacionadas com o esclarecimento dos idosos sobre a própria doença para que a possam acompanhar e gerir atentamente e não de forma negligente, é importante que estas pessoas sejam cada vez mais acompanhadas e ajudadas neste processo de envelhecer.

REFERÊNCIAS

- Bourne, P. A., & McGrowder, D. (2010). Socio-demographic determinants of health status of elderly with self-reported diagnosed chronic medical conditions in Jamaica. *Health, Science Research*, 2(2), 101-111.
- Canbaz, S., Sunter, A., Dabak, S., & Peksen, Y. (2002). The Prevalence of Chronic Diseases and Quality of Life in Elderly People in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 33, 335-340.
- Fernández-Ballesteros, R. (2010). Quality of Life in Old Age: Problematic Issues. *Applied Research Quality Life*, 6, 21-40
- Graham, J., Stoebner-May, D., Ostir, V., Snih, S., Peek, M. Markides K., & Ottenbacher, K. (2007). Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(39), 1-7.
- Huang, M., & Hung, C. (2007). Quality of Life and Its Predictors for Middle-Aged and Elderly Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Nursing Research*, 15 (3). 193-200.
- INE (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Retirado de <http://www.ine.pt>

- Lima, M.G., Barros, M.B.A., César, C.L.G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R.M- (2009). Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 25(4), 314–21.
- Nikpour, S., Sola A., Seiedoshohadaei, M., & Haghani H, 2007. Health Promotion Behaviors and Quality of Life Among Elderly in West Area in Tehran-Iran 2006: A Cross-Sectional Survey. *European Journal of Scientific Research*, 18 (1), 86-95.
- Ogihara, T. & Rakugi, H. (2005). Hypertension in the Elderly: A Japanese Perspective. *Drugs Aging*, 22 (4), 297-314.
- Organização Mundial de Saúde (OMS), Divisão de Saúde Mental (1998). Versão em Português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida. Retirado de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>
- Schlotz, W., Ambery P., Syddall H., Crozier S., Sayer A., Cooper C., Phillips D., & the Hertfordshire Cohort Study Group (2006). Specific associations of insulin resistance with impaired health-related quality of life in the Hertfordshire Cohort Study. *Quality of Life Research*, 16, 429–436.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580–8
- Szabo, S., Okanovic, P., & Metelko, Z. (2010). Quality of Life Assessment in the clinical care of diabetes and other chronic diseases: an Overview of Croatian Experiences. *Studia Psychologica*, 52, 147-154.
- Tappen, R. N., & Ouslander, J. G. (2010). State-of-the-Art in Longitudinal Studies on Aging: An Overview of the Supplement. *The American Geriatrics Society*, 58, 5283-5286.
- Ucan, O., & Ovayolu, N. (2010). Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2511–2519.
- Wee, H., Cheung, Y., Li, S., Fong, K., & Thumboo, J. (2005). The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life: is the whole greater than the sum of its parts? *Health and quality of life outcomes*, 3, doi: 10.1186/1477-7525-3-2.
- World Health Organization Quality of Life Group (WHO) (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551–558.

O IMPACTO DAS DOENÇAS FÍSICAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

DINA CARDOSO, SOFIA VON HUMBOLDT & ISABEL LEAL

O processo de envelhecimento pressupõe uma alteração progressiva das capacidades de adaptação do organismo (Bourne & McGrowder, 2010). A diminuição da capacidade da regeneração das células e da capacidade funcional dos órgãos e sistemas, contribuem para o aparecimento de várias doenças, o que se pode traduzir num aumento gradual de sintomas para o idoso. Neste processo podem ocorrer também alterações ao nível psicológico, económico e social (Bourne & McGrowder, 2010). Actualmente as várias áreas ligadas à saúde têm como objectivo não somente aumentar a esperança média de vida mas também providenciar Qualidade de Vida aos idosos (QdV) (Nikpour et al., 2007).

As previsões das Nações Unidas apontam para um significativo aumento da proporção da população mundial com mais de 64 anos, uma vez que se verificou um aumento de 5,3% para 6,9% do total da população entre 1960 e 2000 (INE, 2002). Para 2050 a projecção é de um crescimento de 15,6% (INE, 2002).

A QdV tem-se revelado na literatura um conceito vago, muito usado, mas por vezes com pouca consistência (Huang & Hung, 2007). Para a WHO (1998), QdV é uma percepção individual sobre a posição na vida, tendo em conta a cultura e o sistema de valores em que se vive inserido, e em relação aos objectivos, expectativas, *standards* e preocupações. A maioria dos autores concorda que QdV se refere a múltiplos níveis da vida humana, sendo um conceito multidimensional que integra factores objectivos e subjectivos (Fernández-Ballesteros, 2011).

A HRQoL (QdV Relacionada com a Saúde) é considerada uma perspectiva importante da QdV, usualmente relacionada com a avaliação subjectiva dos sintomas específicos de determinada patologia e a sua repercussão no funcionamento individual (Lima et al., 2009). As doenças crónicas requerem cuidados e tratamentos que levam a alterações nas rotinas diárias dos idosos (Lima et al., 2009). Muitos dos tratamentos são exigentes, as mudanças desconfortáveis e os próprios sintomas podem ser considerados incapacitantes ou limitadores, o que altera a QdV do idoso (Lima et al., 2009; Canbaz et al., 2003). Canbaz et al. (2003) verificaram que os idosos com uma doença crónica têm menos QdV em todos os domínios analisados que os que não têm doenças crónicas. Estes autores sublinharam que apesar de muitas destas doenças não serem fatais podem ter um enorme impacto na actividade e QdV dos idosos a curto e longo prazo.

A diabetes e a hipertensão arterial têm surgido como duas das doenças mais frequentes da população idosa (Bourne & McGrowder, 2010; Lima et al., 2009; Canbaz et al., 2002, INE, 2002).

Uma pessoa com diabetes depara-se com um conjunto de exigências para conseguir controlar o seu processo metabólico, processo esse que é regulado automaticamente na ausência desta patologia (Szabo, Pibernik–Okanovic, Metelko, 2010). Tratando-se de uma doença controlada e regulada pelo próprio paciente este tem de se sentir capaz de ir tomando várias decisões diárias relativas à sua saúde. O peso de viver com esta doença é considerável e as mudanças na rotina e hábitos dos pacientes são bastante significativas (Szabo, Pibernik–Okanovic, Metelko, 2010).

Vários autores concluem que a diabetes tem um impacto significativo na QdV dos idosos (Lima et al., 2009; Goldney, Pjillips, Fisher, Wilson, 2004; Wee, Cheung, Li, e Fong, 2005; Huang & Hung (2007)).

No entanto, alguns autores chamam a atenção para o facto de nem todos os domínios da QdV serem afectados do mesmo modo com a presença desta patologia (Lima et al., 2009; Goldney, Pjillips, Fisher, Wilson, 2004; Wee, Cheung, Li, e Fong, 2005). Utilizando o SF-36 para averiguar o impacto na QdV dos idosos, Lima et al., (2009) perceberam que foi na subescala “Saúde Geral” que os idosos manifestavam uma diminuição mais significativa da QdV (Lima et al., 2009). Outros estudos, que utilizaram o mesmo instrumento de medida de QdV, verificaram também que a subescala “Saúde Geral” é significativamente afectada na presença da diabetes (Goldney, Pjillips, Fisher, Wilson, 2004; Wee, Cheung, Li, e Fong, 2005).

Schlotz, et al. (2006) estudaram a associação da resistência à insulina com a QdV relacionada com a saúde (utilizando o SF-36) e concluíram que a QdV diminuiu com o aumento de HOMA-IR, ou seja, com o aumento de resistência à insulina, principalmente nas sub-escalas “Função Física”, “Vitalidade” e “Saúde no Geral”. Os autores concluíram que o aumento de resistência à insulina estava significativamente associado à diminuição da QdV em domínios de saúde física mas não em domínios da saúde mental.

Num estudo realizado nos EUA com população idosa hispânica, onde foi comparada a QdV de idosos com e sem diabetes (utilizando o SF-36), concluiu-se que a diabetes estava significativamente associada a uma menor QdV relacionada com saúde (Graham et al., 2007). Os autores sublinharam que a componente física da QdV relacionada com a saúde diferenciou-se nos idosos com e sem diabetes, sendo mais elevada nos idosos que não possuíam a patologia, mas que a componente mental não apresentou diferenças significativas entre estes dois grupos.

A par da diabetes, a hipertensão é uma das doenças mais frequentes na população idosa (Szabo, Pibernik–Okanovic & Metelko, 2010). O impacto da hipertensão na QdV em pessoas idosas surge como menos significativo que noutras patologias Szabo, Pibernik–Okanovic & Metelko, 2010; Lima

et al.2009), mas revela-se bastante importante pois esta patologia pode dar origem a outras doenças graves com sintomas difíceis como as doenças cardiovasculares (Ogihara & Rakugi, 2005).

Lima et al., (2009), utilizando a SF-36, verificaram que em pacientes com hipertensão, a QdV é mais afectada nas sub-escalas “Vitalidade” e “Dor corporal” o que leva a uma diminuição de energia, fadiga e alteração da percepção de saúde. No entanto, tal como foi referido anteriormente, não tão significativamente quanto as doenças músculo-esqueléticas e as doenças cardíacas. Segundo Erikson et al., (2001), as sub-escalas onde existe uma diminuição mais acentuada na QdV de pessoas com hipertensão são a “Saúde no Geral” e a “Capacidade Física”.

Ucan e Owayolu (2010) concluíram que a componente física da QdV relacionada com a saúde é significativamente baixa em pacientes com hipertensão e que a coexistência de hipertensão com obesidade tem um efeito ainda mais negativo na QdV relacionada com a saúde.

Abbaszadeh, Tabatabaei, e Pajouhi, (2009) verificaram ainda que a hipertensão está directamente associada ao aumento de sintomas de stress e depressivos, afectando assim de forma significativa a componente psicológica da QdV.

O presente estudo tem como objectivo geral compreender de que forma a QdV dos idosos se altera com a presença da hipertensão e da diabetes. Para tal, são propostos os seguintes objectivos específicos, a saber: (1) Averiguar se os idosos com diabetes, apresentam diferenças significativas nas seis dimensões da QdV; e (2) Indagar se os idosos com hipertensão apresentam diferenças significativas nas seis dimensões da QdV.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 120 idosos portugueses com mais de 74 anos. O método de extracção utilizado foi a amostragem por conveniência, em universidades sénior, centros de dia e na Santa Casa da Misericórdia. O preenchimento dos questionários foi realizado presencialmente, sendo o entrevistador treinado para a aplicação dos mesmos. Em média o tempo de aplicação foi de 1 hora. Constam da amostra 50% dos participantes com diabetes e hipertensão. Os restantes participantes não possuem nenhuma destas patologias. Não foram considerados participantes pluri-sintomáticos, com ambas as patologias.

Material

A bateria de questionários inclui o Questionário de Avaliação de Ganhos em Saúde (SF-6D) que mede a percepção do estado de Saúde e da QdV, através de 6 dimensões (Ferreira & Ferreira, 2006) e o Questionário de caracterização socio-demográfico.

Procedimento

Previamente à aplicação dos questionários, foram explicados os objectivos do estudo aos participantes, garantida a confidencialidade dos dados e pedido o seu consentimento para a participação neste estudo. Todos os idosos da amostra concordaram em participar no estudo e colaboraram de forma bastante positiva na recolha de dados. Para garantir a espontaneidade e riqueza das respostas obtidas, os questionários foram realizados num ambiente privado e tranquilo (e.g. habitação do entrevistado ou numa sala das instituições envolvidas).

RESULTADOS

Os resultados preliminares deste estudo indicam que existem diferenças no impacto das doenças físicas nas várias dimensões da QdV. Assim, os idosos com diabetes, apresentaram valores mais reduzidos na sub-escala “função física” ($M=3.2$) e na sub-escala “vitalidade” ($M=3.6$). Em contrapartida, estes idosos apresentaram valores mais elevados nas sub-escalas “função social” ($M=4.1$) e “saúde mental” ($M=4.2$). Podemos verificar que a diabetes tem um impacto significativo na QdV dos idosos, tal como havia sido apontado na literatura (Lima et al., 2009; Goldney, Phillips, Fisher, Wilson, 2004; Wee, Cheung, Li, e Fong, 2005; Huang & Hung (2007). Adicionalmente, alguns estudos (Lima et al., 2009; Goldney, Pjillips, Fisher, Wilson, 2004; Wee, Cheung, Li, e Fong, 2005) indicam que nem todos os domínios da QdV são afectados do mesmo modo com a presença desta patologia, o que também foi verificado na presente investigação. As dimensões relacionadas com a “função física” e a “vitalidade” aparecem mais afectadas com a presença desta patologia, à semelhança do que Schlotz, et al. (2006) e Graham et al. (2007) haviam verificado.

Lima et al., (2009), Goldney, Pjillips, Fisher, Wilson (2004), Wee, Cheung, Li, e Fong (2005), utilizando o SF-36 perceberam que foi na subescala “Saúde Geral” que os idosos manifestavam uma diminuição mais significativa da QdV (Lima et al., 2009). No presente estudo esse resultado não se verificou uma vez que foi utilizada o SF-6D onde a sub-escala “Saúde Geral” foi suprimida (Ferreira & Ferreira, 2006).

Tal como se verificou no estudo de Graham et al., (2007) a componente física da QdV relacionada com a saúde diferenciou-se nos idosos com e sem diabetes, sendo mais elevada nos idosos que não possuíam a patologia. A componente mental não apresentou diferenças significativas entre estes dois grupos no estudo de Graham et al., (2007), ao contrario do que se verificou com o presente estudo onde os pacientes com diabetes apresentam valores mais elevados nas sub-escalas “função social” e “saúde mental”.

No caso da hipertensão existem também impactos diferentes consoante a dimensão da QdV. Assim, os idosos com hipertensão, apresentaram valores mais reduzidos na sub-escala “função física”

(M=2.9), “vitalidade” (M=2.0) e na sub-escala “limitação no desempenho” (M=2.1). A sub-escala “dor física” (M=5.1) foi a que revelou o valor mais elevado na amostra de idosos hipertensos. Em relação às sub-escalas mais afectadas negativamente com a presença da hipertensão, os resultados encontrados no presente estudo corroboram alguns estudos anteriores com idosos de outras nacionalidades (Erikson et al. 2001; Ucan e Ovayolu 2010; Lima et al., 2009). Uma das sub-escalas mais afectada na presença desta patologia é a “vitalidade”, tal como aconteceu no estudo de Lima et al. (2009). Estes resultados explicam porque muitos idosos com esta patologia sentem uma diminuição de energia, fadiga e alteração da percepção de saúde.

No entanto, Lima et al. (2009) verificam que a sub-escala “dor corporal” é também uma das mais afectadas. O presente estudo contraria estes resultados uma vez que “dor física” aparece como uma das dimensões com melhor pontuação nos pacientes com esta patologia. Tal como Ucan e Ovayolu (2010) concluíram, os nossos resultados demonstram que a componente física da QdV relacionada com a saúde é significativamente baixa em pacientes com hipertensão.

Podemos concluir com os resultados preliminares deste estudo que tanto a hipertensão como a diabetes afectam significativamente algumas dimensões da QdV dos idosos, embora de uma forma diferenciada. A componente física e a vitalidade surgem como as duas dimensões mais afectadas impossibilitando os idosos de, muitas vezes, conseguirem manter uma vida normalizada. É importante que estes resultados sejam tidos em conta na prática clínica para que os idosos possam adaptar-se a cada uma destas doenças da forma mais saudável possível.

REFERÊNCIAS

- Bourne, P. A., & McGrowder, D. (2010). Socio-demographic determinants of health status of elderly with self-reported diagnosed chronic medical conditions in Jamaica. *Health, SciRes*, 2(2), 101-111.
- Canbaz, S., Sunter, A., Dabak, S., Peksen, Y. (2002). The Prevalence of Chronic Diseases and Quality of Life in Elderly People in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 33, 335-340.
- Erikson S.R., Willians, B. C., Gruppen, L. D. (2001). Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. *Journal of Human Hypertension*, 15, 539-48.
- Fernández-Ballesteros, R. (2010). Quality of Life in Old Age: Problematic Issues. *Applied Research Quality Life*, 6, 21-40.
- Ferreira, P. & Ferreira, L. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Qualidade de Vida*, 24(2), 5-14.

- Graham, J., Stoeber-May, D., Ostir, V., Snih, S., Peek, M. Markides K., & Ottenbacher, K. (2007). Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(39), 1-7.
- Goldney, R. D., Pjillips, P. J., Fisher, L. J., Wilson, D.H. (2004). *Diabetes, depression and quality of life*. *Diabetes Care*, 27(5), 1066–1070.
- Huang, M., & Hung, C. (2007). Quality of Life and Its Predictors for Middle-Aged and Elderly Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Nursing Research*, 15 (3), 193-200.
- INE (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Retirado de <http://www.ine.pt>
- Lima, M. G., Barros, M. B. A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009). Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 25(4), 314–21.
- Nikpour, S., Sola, A., Seiedoshohadaei, M., & Haghani, H. (2007). Health Promotion Behaviors and Quality of Life Among Elderly in West Area in Tehran-Iran 2006: A Cross-Sectional Survey. *European Journal of Scientific Research*, 18 (1), 86-95.
- Ogihara, T., & Rakugi, H. (2005). Hypertension in the Elderly: A Japanese Perspective. *Drugs Aging*, 22 (4), 297-314.
- Organização Mundial de Saúde (OMS), Divisão de Saúde Mental (1998). Versão em Português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida. Retirado de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>
- Schlottz, W., Ambery P., Syddall H., Crozier S., Sayer A., Cooper C., Phillips D. & the Hertfordshire Cohort Study Group (2006). Specific associations of insulin resistance with impaired health-related quality of life in the Hertfordshire Cohort Study. *Quality of Life Research*, 16, 429–436.
- Szabo, S., Okanovic, P., & Metelko, Z. (2010). Quality of Life Assessment in the clinical care of diabetes and other chronic diseases: an Overview of Croatian Experiences. *Studia Psychologica*, 52, 147-154.
- Ucan, O., & Ovayolu, N. (2010). Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2511–2519.
- Wee, H., Cheung, Y., Li, S., Fong, K., & Thumboo, J. (2005). The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life: is the whole greater than the sum of its parts? *Health and quality of life outcomes*, 3 doi: 10.1186/1477-7525-3-2.

World Health Organization Quality of Life Group (WHO) (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551–558.

A IMPORTÂNCIA DO CANCRO DA MAMA NO SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA DE IDOSAS

FRANCIS CARNEIRO, SOFIA VON HUMBOLDT & CLÁUDIA CARVALHO

O envelhecimento traduz-se num processo contínuo, durante o qual, o idoso pode aglomerar perdas no plano biológico, psicológico e social, mas também inúmeros ganhos dignos de ênfase, tais como a possibilidade do desenvolvimento psicológico e a implementação de estratégias que visem a resolução dos desafios impostos pela própria vida, ao potencial de adaptação de cada indivíduo (Rebelo, 2007).

Considerando que o envelhecimento do organismo humano se encontra subjacente a um desequilíbrio sucessivo entre ganhos e perdas, tal ritmo poderá ser evitado, implementando novas estratégias para um envelhecimento bem sucedido. Contudo, tal será facilitado através de um esforço intencional e consensual por parte dos profissionais, nomeadamente os de saúde (Gonçalves, Martins, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006).

Desta forma, torna-se relevante enquadrar o modelo de psicologia dos idosos, cuja base é a confluência da perspectiva biomédica de estádios de vida e o modelo da psicologia da idade, que promove uma perspectiva inovadora face às etapas tardias da vida, por defender a ideia de que a deterioração dos idosos pode ser um acontecimento evitável, ao invés de um acontecimento imperativo (Gonçalves et al., 2006).

Neste sentido e através do Protocolo Europeu de Sobrevivência no Envelhecimento (*ESAP-European Survey on Aging Protocol*) deverão ser desenvolvidas as seguintes variáveis: (1) Psicossocial (incluindo as relações sociais), capacidades cognitivas, personalidade, bem-estar, sentido interno de coerência e boa percepção de controlo; (2) Medidas bio-físicas, incluindo capacidade vital, força e rapidez, e medidas antropométricas; (3) Saúde subjectiva e capacidade subjectiva e estilo de vida; e (4) Condições sócio-demográficas e ambientais (Fernández-Ballesteros, 2006).

A Pertinência da Prática Clínica e de Saúde para o Cancro da Mama nas Idosas

Apesar do processo de envelhecimento não se encontrar, obrigatoriamente, relacionado com o desenvolvimento de doenças e incapacidades, é na adultícia avançada que as doenças crónicas se manifestam mais frequentemente, comprometendo as capacidades funcionais das idosas, causando uma sobrecarga negativa substancial na saúde física e psicológica destas, deteriorando as suas

qualidades de vida e o seu bem-estar e tornando-as, por consequência mais vulneráveis e dependentes de outras pessoas (Alves et al., 2007; Kriegsman, Penninx, & Eijk, 1994).

O cancro, incluindo o cancro da mama, pode influenciar diferentes esferas de vida da idosa, tais como a dimensão psicológica, a dimensão física, social e existencial (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Ramos & Patrão, 2005). Por sua vez, a experiência sintomática das pacientes idosas com cancro, está associada, na maioria dos casos, a co-morbilidades pré-existentes e ao aumento da susceptibilidade para desenvolver múltiplas doenças crónicas e para uma diminuição das capacidades, o que intensifica a problemática em questão, tornando-a bastante complexa (Cheng & Lee, 2011).

O termo “cancro de mama” corresponde, de um modo geral, a um processo não natural de crescimento celular anormal nos tecidos mamários, que não foi impedido pelo organismo e cujo resultado é o desenvolvimento progressivo de neoplasias (ou tumores) malignas (DGS, 2003; NCI, 2009). Tal situação, corresponde a uma luta pela sobrevivência, uma vez que as células cancerígenas são detentoras de duas excelentes capacidades principais, nomeadamente, crescerem novamente após remoção cirúrgica e cindir-se do tumor original, propagando-se para outros tecidos e regiões do peito e/ou do organismo, onde originam novos tumores passíveis de danificar essas novas localizações. Este processo de migração das células cancerígenas designa-se por *metástase* (NCI, 2009).

Por outro lado, o facto dos sobreviventes desta patologia necessitarem de uma constante assistência médica indeterminada temporalmente, pela perseverança e reincidências típicas desta doença, permite categorizá-la como doença crónica (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008).

O processo do *adoecer da mama* engloba o diagnóstico, os tratamentos e a passagem para a vigilância clínica inerente à sobrevivência da paciente. Os momentos inerentes a este processo são distintos e promotores de stress, podendo, por isso, levar a diferentes sequelas do fórum psicológico (Patrão, Leal, & Maroco, 2008).

Esta patologia oncológica apresenta-se como a mais frequente na população feminina dos 35 aos 75 anos de idade, não só em Portugal (18.265 mulheres diagnosticadas), como a nível mundial (4,4 milhões de mulheres diagnosticadas), sendo por isso, o tumor maligno com maior prevalência no mundo industrializado (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Patrão, Leal, & Maroco, 2008; Rebelo, Rolin, Carqueja, & Ferreira, 2007).

No espaço europeu prevê-se que uma em cada onze mulheres, desenvolva cancro de mama (Moreira, Silva, & Canavarro), sendo que 50%, aproximadamente, dos tumores malignos da mama surgem em mulheres cujas idades são superiores ou iguais a 65 anos (Bernardi, Errante, Galligioni, Crivellari, Bianco, Salvagno, Fentiman, 2008).

Assim, o primeiro impacto emocional perante esta doença surge aquando da experiência de perda e percepção de que a morte está próxima. A mulher afectada inicia um percurso de choque inicial e descrença, seguido de um período de confusão e sofrimento íntimo, sendo que este inclui emoções e sentimentos de mal-estar e tristeza, passíveis de promover ansiedade, depressão, irritabilidade, falta de

apetite, problemas a nível do sono e/ou pensamento intrusivos acerca do futuro (Patrão & Leal, 2004; Rebelo, et al., 2007).

Este tipo de resposta emocional, assemelha-se à resposta a um acontecimento stressante, podendo persistir longamente com elevados níveis de depressão e ansiedade, o que corresponde a uma resposta não adaptativa à situação, podendo, por isso, ser classificada no DSM-IV, como perturbação de ajustamento, com depressão e/ou ansiedade, ou misto (Patrão & Leal, 2004). Posteriormente, surge frequentemente uma evolução por parte da doente para a consciencialização da possível perda do órgão afectado como um facto irreversível, até à sua aceitação (Rebelo, et al., 2006).

O cancro de mama é a doença oncológica que tem recebido maior atenção a nível da psicologia, daí que o desenvolvimento de inúmeras investigações nesta área tenha aumentado, com o intuito, de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares (Rebelo et al., 2007).

Para alguns pacientes idosos, maximizar os seus níveis de saúde psicológica e física e da sua qualidade de vida, é o objectivo predominante para superar o tratamento do cancro (Cheng & Lee, 2011). Torna-se, assim, fundamental que os profissionais de saúde, ligados a esta área, (a) contextualizem a qualidade de vida face a uma situação de ocorrência de cancro ligado ao aumento da prevalência de múltiplos sintomas biopsicossociais e que (b) aumentem a eficácia das intervenções, quer ao nível físico, quer ao nível psicológico (Cheng & Lee, 2011; Demark-Wahnefried, Morey, Sloane, Snyder, & Cohen, 2009).

O Sentido Interno de Coerência e as Implicações Clínicas na Saúde

Antonovsky (1979) descreveu o sentido interno de coerência (SIC) como sendo uma orientação global, que cada indivíduo possui para perspectivar o mundo, passível de influenciar a sua saúde de forma positiva (Lindström & Eriksson, 2006).

O conceito de SIC é constituído por três dimensões, não hierarquizáveis, a saber: a compreensibilidade, a gestão e significância (Antonovsky, 1987; von Humboldt & Leal, 2008b).

Um SIC elevado permite ao indivíduo entender os acontecimentos, explorar a sua capacidade de gerir as situações e atribuir significado aos acontecimentos, de forma a encontrar a motivação necessária para viver de forma saudável (Lindström & Eriksson, 2006).

Nas últimas três décadas, a literatura tem vindo a indicar o SIC de Antonovsky como um factor salutogénico na promoção da saúde. Contudo, a importância das implicações clínicas das investigações acerca do SIC só começou recentemente a ser delineada (Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, & Hietanen, 2007).

A presente investigação tem como objectivo principal analisar os efeitos do cancro da mama no SIC das idosas. Assim, pretende-se, numa primeira instância, analisar se existem diferenças significativas no SIC das idosas na presença de cancro da mama e, em segundo lugar averiguar se as idosas com cancro da mama apresentam diferenças significativas nas dimensões compreensibilidade,

significância e gestão do SIC. Neste sentido, perante este estudo exploratório correlacional, o “SIC” será a variável dependente e o “Cancro da Mama” a variável independente.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 124 idosas com idades compreendidas entre os 74 e os 96 anos, sendo que 62 participantes apresentaram cancro de mama e as restantes não apresentaram. Por sua vez, os critérios de inclusão no estudo foram: (1) idosas com mais de 74 anos, (2) idosas sem diagnóstico de doença mental, (3) idosas com capacidades cognitivas intactas (score MEEM= 30) e (4) idosas não institucionalizadas.

Material

Para o presente estudo foram utilizados como instrumentos o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o Questionário de caracterização Sócio-demográfico e a Escala de Sentido Interno de Coerência (SIC).

Em relação ao MEEM, utilizado com critério de exclusão/inclusão, este instrumento foi adaptado para Portugal (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas, & Garcia, 1993) do *Mini-Mental State Examination* (MMSE - Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), sendo utilizado para avaliação neuropsicológica breve e cujo score pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. (Calixto & Martins, 2010).

O questionário de caracterização socio-demográfico foi desenvolvido para se obter foi elaborado com o propósito de obter informações específicas acerca dos participantes (Género, Idade, Educação, Nacionalidade, Residência, Doenças, Medicação diária, Rendimento, Actividades de lazer, religião, entre outros).

A escala do sentido interno de coerência (SIC - Nunes, 1999), adveio do *sense of coherence questionnaire* (SOC - Antonovsky, 1987), é compreendida por três dimensões fundamentais (i.e Compreensibilidade, Gestão e Significância) e tem como principal intuito avaliar o grau interno de coerência dos indivíduos. Por outro lado, o conjunto da soma de todos os itens constituintes desta escala fornecem o valor SIC que, por sua vez, quanto mais elevado for, maior é o sentido de coerência do inquirido (von Humboldt & Leal, 2008b).

Procedimento

A participação das idosas constituintes da amostra foi voluntária e gratuita, tendo sido realçado a todas estas a confidencialidade dos dados pessoais e o anonimato de cada uma. A recolha dos dados empíricos ocorreu durante o mês de Novembro de 2011.

RESULTADOS

Os resultados preliminares indicam que o cancro da mama poderá ter um efeito no SIC das idosas e que este efeito poderá variar consoante as dimensões compreensibilidade, gestão e significância do SIC das idosas. As idosas sem cancro da mama presentes no nosso estudo apresentam valores mais elevados para a dimensão “significância” ($M=4.0$), para a dimensão ‘compreensibilidade’ ($M=4.8$) e para a dimensão ‘gestão’ ($M=4.1$).

Dado que a mama é um símbolo corpóreo da sexualidade por excelência, qualquer patologia que ameace este órgão, promove a perda de auto-estima, e, consequentes sentimentos de inferioridade e rejeição (Ramos & Patrão, 2005). Logo, o impacto psicológico de perder uma mama (no caso da mastectomia) ou parte dela (no caso da tumorectomia) produz um efeito devastador na vida da idosa, uma vez que as mudanças físicas, inerentes à desfiguração e à dificuldade em adaptar-se às próteses, comprometem a auto-imagem e têm repercussões nos relacionamentos interpessoais e, em particular, nas relações íntimas (Rebelo, et al., 2006).

Assim, neste estudo, as idosas com cancro da mama apresentaram níveis aproximados na ‘compreensibilidade’ ($M = 4.7$) e inferiores na dimensão ‘significância’ ($M = 3.6$), e na dimensão ‘gestão’, ($M = 3.1$). De notar que o efeito do cancro da mama na dimensão ‘compreensibilidade’ das idosas não é elevado ($|M_{SIC}| = 0.1$). Paralelamente, verificou-se que, na dimensão ‘gestão’, o diferencial de valor absoluto é superior ($|M_{SIC}| = 1$). No caso da dimensão ‘significância’ verificou-se uma diferença de valor absoluto moderada ($|M_{SIC}| = 0.4$). De facto, apesar do diagnóstico de cancro ser experienciado emocionalmente de formas diversas por cada indivíduo, este constitui sempre uma ameaça à vida e à integridade do próprio e conduz a uma necessidade de readaptação das vivências intrapsíquicas (Ramos & Patrão, 2005; Varela & Leal, 2007).

Por outro lado, apesar do aumento exponencial da população idosa, a segurança, a eficácia e a necessidade de modalidade terapêuticas nas idosas com cancro permanece ainda pouco estudada (Audisio, 2001). Os pacientes idosos constituem, então, um grupo importante de pacientes a nível do contexto do cancro, que necessita de especial atenção. Contudo, actualmente, a compreensão dos profissionais de saúde acerca dos diversos sintomas experienciados pelos idosos com cancro, é, ainda, muito limitada (Cheng & Lee, 2011).

Neste sentido, a prática clínica tem-se focado no bem-estar psicológico dos pacientes com cancro, adoptando o conceito de SIC como um provável factor protector contra o *distress* que, por sua vez, é responsável pelo desenvolvimento de várias perturbações psicológicas, tais como a depressão e a ansiedade (Gustavsson-Lilius, et al., 2007).

No estudo efectuado por von Humboldt e Leal (2008b), cujo objectivo era averiguar se a relação de ajuda promovia efeitos no SIC de indivíduos idosos, verificou-se que o aumento do SIC se traduziu nas aptidões dos idosos para encontrar um sentido e ordem, para a sua experiência, assim como também permitiu a estes, obter convicção acerca das suas próprias capacidades e recursos, de forma a

conseguirem ajustar-se e enfrentarem os desafios de vida, num contexto de envelhecimento saudável. Tais situações, posteriormente, poderão afectar de forma positiva a qualidade de vida e a saúde física, psicológica e mental dos idosos. Assim sendo, de acordo com estes autores, é relevante para o terapeuta que acompanha os idosos, actuar ao nível do SIC do indivíduo, para que surjam condições que permitam ao idoso, desenvolver o seu bem-estar psicológico e a sua integração social.

Em suma, no contexto português, a investigação científica acerca do cancro de mama nas idosas contínua, ainda a ser insuficiente, com necessidade de mais investimento, nomeadamente, em termos de instrumentos de avaliação psicológica adaptados ao contexto nacional (Rebello et al., 2007).

Futuras investigações devem, ainda, (1) avaliar os scores de *distress* relacionado com os sintomas físicos e psicológicos associados ao cancro, por forma a ajudar a formular decisões médicas mais informadas e mais adequadas a cada caso, (2) identificar os factores pré-tratamento e tratamento relacionados com problemas psicológicos e (3) averiguar quais as consequências psicológicas relacionadas com o percurso de tratamentos e o seu impacto na qualidade de vida, para que possam ser desenvolvidas estratégias preventivas eficazes e adequadas (Cheng & Lee, 2011; Patrão & Leal, 2004).

Efectivamente, apesar de estudos que indicam que um elevado SIC promove e protege a saúde em situações de teor stressante, como doenças graves, existe, ainda, investigação insuficiente acerca da associação entre o SIC e o *distress* nos pacientes com cancro (Gustavsson-Lilius, et al., 2007).

REFERÊNCIAS

- Alves, L., Leiman, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T., et al. (Agosto de 2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1924-1930.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4, 47-55.
- Audisio, R. (2001). Breast cancer in elderly: different treatment modalities. *European Journal of Cancer*, 47, 286-289.
- Bernardi, D., Errante, D., Galligioni, E., Crivellari, D., Bianco, A., Salvagno, L., et al. (2008). Treatment of breast cancer in older women. *Acta Oncologica*, 47, 187-198.
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). Os factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (510-522). Minho: Universidade do Minho.
- Cheng, K., & Lee, D. (2011). Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 78, 127-137.

- Demark-Wahnefried, W., Morey, M., Sloane, R., Snyder, D., & Cohen, H. (2009). Promoting Healthy Lifestyles in Older Cancer Survivors to Improve Health and Preserve Function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 264-262.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2003). O cancro da mama é sempre igual? In DGS, *Guia de apoio à mulher com cancro de mama* (5-6). Lisboa: DGS.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). GeroPsychology: An Applied Field for the 21st Century. *European Psychologist*, 11, 312-323.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gonçalves, D., Martins, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 137-143.
- Guerreiro, M., Silva, L., Botelho, N., Leitão, O., Caldas, A., & Garcia, C. (1993). *Adaptação Portuguesa do Mini-Mental State - MMS*. Lisboa: Laboratório de Estudos do Centro de Estudos Egas Moniz.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., & Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, 16, 1100-1110.
- Kriegsman, D., Penninx, B., & Eijk, J. (1994). Chronic Disease in the Elderly and Its Impact on the Family: A Review of the Literature. *Family Systems Medicine*, 12, 249-267.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (22 de Março de 2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21, 238-243.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 165-184.
- National Cancer Institute (NCI). (2009). Cancer Cells/ Risk factors. In NCI, *What You Need To Know About Breast Cancer* (3-4). Baltimore, EUA: National Institutes of Health.
- Nunes, L. (1999). *O Sentido Interno de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 53-73.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2008). Uma questão de «benefit finding»? O impacto emocional do cancro da mama. *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (279-282). Porto: Universidade do Porto.
- Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, XXIII, 295-304.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4, 543-557.

- Rebelo, V., Rolin, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 13-32.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, XXV, 479-488.
- von Humboldt, S., & Leal, I. (2008b). A avaliação da relação de ajuda no sentido interno de coerência dos indivíduos idosos. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (599-602). Porto: Universidade do Porto.

O SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA EM IDOSAS COM CANCRO DA MAMA

FRANCIS CARNEIRO, SOFIA VON HUMBOLDT & CLÁUDIA CARVALHO

A literatura existente salienta a relevância dos *gerontic boomers* decorrente do aumento exponencial da população com mais de 65 anos e da sua esperança média de vida (Rebelo, 2007). Os idosos são actualmente uma das problemáticas com maior importância no momento presente, o que reforça a necessidade de reflexão de inúmeras questões com relevância crescente, como, por exemplo, a idade de reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos e o estudo de temáticas que contribuam para o bem-estar desta faixa etária, não só ao nível físico, como ao nível psicológico e ao nível social (Mauritti, 2004; Vaz & Nodin, 2006).

Daqui resulta uma pertinência crescente da população idosa e das suas implicações, com a consequente adaptação e organização dos serviços de saúde, por forma a responder às crescentes necessidades desta população (Rebelo, 2007; Vaz & Nodin, 2006).

Considerando que o aumento *per se* da população idosa não é a problemática maior, mas sim o consequente aumento das incapacidades inerentes à adultícia avançada, tais como a incapacidade física, as doenças e/ou as lesões características do envelhecimento, que podem afectar a saúde psicológica e o sentido de bem-estar subjectivo dos idosos (Fernández-Ballesteros, 2006; Hsu & Tung, 2010).

Assim sendo, torna-se desejável que os idosos prolonguem o ciclo de vida em simultâneo com um reduzido número de incapacidades e com um elevado nível de bem-estar psicológico, de forma a adaptarem-se aos desafios característicos desta etapa de vida, em que se encontram (Hsu & Tung, 2010).

Paralelamente, para além de ser necessário melhorar a área de reflexão, investigação e intervenção no âmbito desta problemática, torna-se, também fundamental o desenvolvimento de uma abordagem psicológica da adultícia avançada, que se reflecte numa investigação passível de promover o bem-estar e a qualidade de vida do idoso (Vaz & Nodin, 2006).

A partir dos 60 anos, as mulheres confrontam-se com o desenvolvimento de inúmeras doenças, como por exemplo, a doença isquémica do coração (19.2% de taxa de mortalidade), o acidente vascular cerebral (17.5% de taxa de mortalidade), a doença pulmonar obstrutiva crónica (8.2% de taxa

de mortalidade), a diabetes mellitus (3.0% de taxa de mortalidade), Alzheimer e outras doenças demenciais (2.0% de taxa de mortalidade) e cancro de mama (1.9% de taxa de mortalidade), que levam à sua morte ou incapacitação (World Health Organization [WHO], 2009).

A nível mundial, o cancro de mama foi considerado pela Organização Mundial da saúde (2009) como a oitava causa de morte nas mulheres com mais de 60 anos.

A literatura actual indica que existe prevalência da dor, fadiga, insónia e distúrbios de humor, nas idosas com cancro. Tais sintomas não só são promotores de *distress* nos pacientes com cancro, ao longo da trajectória da doença e tratamento, como também, incluem, por norma, co-morbilidades previamente existentes. Consequentemente, estas pacientes tendem a ficar mais vulneráveis perante o acumular de diversas doenças crónicas e perante o declínio das suas capacidades, o que leva ao aumento do grau de complexidade da problemática descrita (Cheng & Lee, 2011).

A Incidência do Cancro de Mama nas Idosas

O cancro de mama é definido, genericamente, como um tumor (ou neoplasia) maligno cuja origem advém do crescimento de células anormais nos tecidos da mama, que o organismo não necessita e não consegue eliminar (DGS, 2003; NCI, 2009).

A incidência do cancro tende a aumentar progressivamente com a idade, sendo que as mulheres, a partir dos 70 anos, apresentam o maior grau de incidência para desenvolver cancro de mama invasivo (Cheng & Lee, 2011; Vacek, Skelly, & Geller, 2011). Neste sentido, a taxa de mortalidade na população portuguesa com idade superior a 64 anos, é de 77,8% (DGS, 2006).

Uma diminuição da mortalidade por cancro, tem ocorrido em simultâneo com o aumento do número das mulheres com estatuto de sobreviventes, dependendo, obviamente, do estágio do cancro na altura do diagnóstico e do tipo de tratamento (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Patrão & Leal, 2004; Patrão, Leal, & Maroco, 2008).

As idosas com cancro de mama, aquando do tratamento, apresentam maior prevalência de dores, insónias, fadiga e distúrbios de humor. Por sua vez, a dor, fadiga e depressão, estão significativamente correlacionadas com os níveis de saúde física e psicológica das pacientes (Cheng & Lee, 2011).

Complementarmente, as idosas sobreviventes do cancro apresentam um risco maior de desenvolver inúmeras condições de co-morbilidade, como por exemplo, desenvolver outros tipos de cancro, doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes mellitus (Tipo II) e, consequentemente, acelerar o seu declínio a nível de funcionamento (Demark-Wahnefried, Morey, Sloane, Snyder, & Cohen, 2009).

A Importância do Sentido Interno de Coerência na Promoção da Saúde na Adulthood Avançada

A teoria salutogénica do Sentido Interno de Coerência (SIC) teve a sua origem em estudos efectuados por Aaron Antonovsky, que incidiram na capacidade que alguns indivíduos possuem para se manterem com saúde e viverem bastante tempo após situações de grande traumatismo (Antonovsky & Sagy, 1986; Lindström & Eriksson, 2006; von Humboldt & Leal, 2008a). Os seus conceitos-chave

são os recursos generalizados de resistência (RGR) e o SIC (Lindström & Eriksson, 2006; Söderhamn & Holmgren, 2004).

Esta incide em três aspectos fundamentais: (a) a exploração de soluções para o problema, (b) a identificação de RGR que permitem à pessoa mobilizar-se na direcção de uma saúde positiva e (c) a identificação do SIC e o seu desenvolvimento nos indivíduos, grupos, populações ou sistemas (Lindström & Eriksson, 2006).

Os RGR são definidos como factores biológicos, materiais e psicossociais que permitem ao indivíduo perspectivar a sua vida de forma mais consistente, estruturada e compreensível, nomeadamente: conhecimento, experiência, a auto-estima, comportamentos saudáveis, compromisso, suporte social, cultura, legado financeiro, inteligência, tradições e perspectivas sobre a vida (Lindström & Eriksson, 2006; Söderhamn & Holmgren, 2004).

Os RGR poderão possibilitar ao indivíduo construir as suas experiências de vida de forma coerente. Paralelamente, a capacidade que permite a utilização destes recursos é fornecida pelo SIC (Lindström & Eriksson, 2006).

Neste contexto, a forma de perspectivar a vida e a capacidade para gerir com sucesso um número variado de stressores complexos, podem ser influenciadas por RGR adequados a um desenvolvimento saudável da componente física e psicológica (Lindström & Eriksson, 2006). Daqui decorre que o SIC constitua a capacidade que cada indivíduo possui de orientação, organização e estruturação em diversas situações, independentemente dos acontecimentos de vida e a sua gravidade (Lindström & Eriksson, 2006).

O SIC permite aferir a posição em que o indivíduo se encontra no *continuum* de funcionalidade/disfuncionalidade (ou saúde/doença), daí que seja considerado determinante da sua posição e da manutenção ou movimentação do indivíduo para a posição mais funcional. Assim, um grau elevado do SIC posiciona o indivíduo no extremo positivo do *continuum*, o que releva uma regulação adequada da sua saúde. Um reduzido SIC poderá estar relacionado com uma gestão precária da saúde, o que poderá revelar uma regulação inadequada por parte do indivíduo, quando este se aproxima do pólo de disfuncionalidade ou doença (Söderhamn & Holmgren, 2004; von Humboldt & Leal, 2008a).

Actualmente, o contexto de saúde tem vindo a sofrer modificações, o que, tem levado a enfatizar o conceito do SIC como um factor promotor de boa saúde, nomeadamente nos idosos. Por sua vez, o SIC, encontra-se sob a alçada do modelo da homeostase, que surgiu como alternativa ao enquadramento biomédico de saúde e doença (von Humboldt & Leal, 2008a). De acordo com o modelo salutogénico de Antonovsky (1979), o indivíduo é saudável *à priori*, contudo vai sendo, ao longo da sua vida, confrontado com agentes exteriores do meio físico ou social, ou estilos de vida impróprios e perigosos, que actuam como stressores e vão romper o equilíbrio inicial (a homeostase do organismo), daí que seja necessária a intervenção do promotor de saúde, para que o indivíduo idoso

possa restabelecer o equilíbrio em questão (Lindström & Eriksson, 2006; Nunes, 2000; von Humboldt & Leal, 2008a).

Desta forma, a promoção da saúde encontrou, através do conceito do SIC, um nova exploração de metodologias de intervenção cujo intuito principal engloba o fortalecimento da capacidade dos indivíduos gerirem, saudavelmente, o impacto dos agentes traumáticos de natureza psicossocial (Nunes, 2000).

MÉTODO

Delineou-se um estudo exploratório quantitativo correlacional, com o objectivo de explorar (i) de que forma o conceito do sentido interno de coerência (SIC) é pertinente no contexto do idoso e (ii) como o cancro da mama pode ser relevante como factor influenciador do SIC de idosas. Desta forma, o factor independente é o “Cancro de mama” e o factor dependente é “SIC”.

Participantes

As participantes deste estudo foram 124 idosas com mais de 74 anos aptas cognitivamente e seleccionadas por conveniência, sendo que 62 com cancro de mama constituem o grupo de estudo e as restantes integram o grupo de controlo.

Material

Aplicaram-se o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o Questionário de caracterização sócio-demográfico e a Escala de Sentido Interno de Coerência (SIC) como instrumentos do estudo. Assim, o Questionário de caracterização sócio-demográfico é constituído por 27 itens, referentes a diversas características, tais como, a idade, o sexo, a escolaridade, doenças, religião, etc. Por sua vez, o MEEM (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1993), foi adaptado do *Mini Mental State Examination* (MMSE, Folstein, Folstein e McHugh, 1975) e tem como principal objectivo a detecção de perdas cognitivas (Calixto & Martins, 2010). E, por último, o SIC (Nunes, 1999) foi adaptado do Sense of Coherence Questionnaire (SCO, Antonovsky, 1987) e Trata-se de um instrumento auto-descritivo, constituído por 29 itens agrupados em 3 sub-escalas: *compreensibilidade*, *manejabilidade* e *significabilidade* (Marcelino & Figueiras, 2007).

Procedimento

O levantamento de dados foi estabelecido em função da disponibilidade das inquiridas, em diferentes dias da semana, no período que decorreu no mês de Novembro de 2011. Por sua vez, a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes foram garantidos.

RESULTADOS

Os resultados preliminares deste estudo indicam a relevância do SIC para o idoso e o impacto do cancro da mama no SIC das idosas. Assim estes resultados apontam para uma alteração do nível de SIC das idosas com a presença de cancro da mama. Dado que apresentaram um nível de SIC ($M_{SIC}=2.4$), substancialmente mais reduzido que as idosas sem cancro da mama ($M_{SIC}=3.6$). O diagnóstico e o tratamento do cancro de mama proporcionam, em primeira instância, uma experiência de stress, devido às incertezas que surgem em relação ao futuro, afectando múltiplos aspectos da vida da idosa que podem ter consequências ao nível do seu funcionamento biopsicossocial (Patrão & Leal, 2004; Ramos & Patrão, 2005; Rebelo, Rolin, Carqueja, & Ferreira, 2006).

Paralelamente, é importante referir que nem todas as mulheres conferem ao cancro uma atribuição negativa, ao invés, algumas sobreviventes encaram o cancro de mama como uma experiência positiva, no sentido em que apesar de ser traumatizante, permitiu uma transição psicossocial passível de fomentar o crescimento individual e que originou uma reestruturação a nível da perspectiva da vida e do projecto de vida pessoal. Este aspecto apela para além da mortalidade, à sobrevivência com uma doença crónica, que pode ser vivida de forma mais positiva ou não, até pelo risco de recorrência (Patrão & Leal, 2004).

Por sua vez, a etapa da adultícia avançada implica a presença de stressores que interferem com o nível de coerência do idoso, sendo relevante a noção de que o conceito de saúde do idoso não se encontra subjacente apenas à ausência de doença, mas também à garantia de um elevado nível de funcionalidade do sujeito (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; von Humboldt & Leal, 2008a).

Assim, tendo em conta que o envelhecimento, *per si*, poderá contribuir para diminuir a auto-estima dos idosos, para reduzir os papéis sociais, para interferir com a capacidade cognitiva e para enfraquecer a condição física, as consequências do cancro da mama podem ser marcantes, principalmente na estrutura psicológica da idosa (Audisio, 2001; (Goodwin, Satish, Anderson, Nattinger, & Freeman, 2003). Contudo, se neste indivíduo estiver presente um SIC elevado, ou o SIC se desenvolver perante a experiência patológica do cancro, existe potencial de uma percepção de bem-estar subjectivo positiva por parte das idosas e de serem promovidas boas condições de saúde física e psicológica, e um consequente aumento da qualidade de vida para esta população (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; von Humboldt & Leal, 2008a).

O SIC como instrumento que pondera diversos aspectos da pessoa humana, tais como a afectividade, as redes informais e formais de apoio social, aspectos cognitivos e informacionais, revela-se promissor como uma mais-valia complementar no quadro de diagnóstico e, assim, orientar mais eficazmente o profissional de saúde nos cuidados a prestar (Nunes, 2000).

Neste contexto é relevante a necessidade de procurar estratégias de promoção de saúde cujo funcionamento seja a longo prazo, sendo também fundamental aumentar e melhorar a capacidades dos serviços e políticas de saúde pública. Lindström & Eriksson, 2006).

Torna-se, portanto, pertinente desenvolver investigação sobre o SIC, averiguando a questão da estabilidade do SIC nas amostras clínicas e estendendo os critérios dos resultados para além de medidas de auto-relato (Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, & Hietanen, 2007).

REFERÊNCIAS

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4, 47-55.
- Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The Development of a Sense of Coherence and Its Impact on Responses to Stress Situations. *The Journal of Social Psychology*, 126, 213-225.
- Audisio, R. (2001). Breast cancer in elderly: different treatment modalities. *European Journal of Cancer*, 47, 286-289.
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). Os factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (510-522). Minho: Universidade do Minho.
- Cheng, K., & Lee, D. (2011). Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 78, 127-137.
- Demark-Wahnefried, W., Morey, M., Sloane, R., Snyder, D., & Cohen, H. (2009). Promoting Healthy Lifestyles in Older Cancer Survivors to Improve Health and Preserve Function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 264-262.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2003). O cancro da mama é sempre igual? In DGS, *Guia de apoio à mulher com cancro de mama* (5-6). Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2006). Tumor maligno na mama feminina. In DGS, *Risco de Morrer em Portugal 2006 - Volume II* (146-161). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). GeroPsychology: An Applied Field for the 21st Century. *European Psychologist*, 11, 312-323.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Goodwin, J., Satish, S., Anderson, E., Nattinger, A., & Freeman, J. (September de 2003). Effect of Nurse Case Management on the Treatment of Older Women with Breast Cancer. *Clinical Investigations*, 51, 1252-1259.

- Guerreiro, M., Silva, L., Botelho, N., Leitão, O., Caldas, A., & Garcia, C. (1993). *Adaptação Portuguesa do Mini-Mental State - MMS*. Lisboa: Laboratório de Estudos do Centro de Estudos Egas Moniz.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., & Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology* , 16,1100-1110.
- Hsu, H., & Tung, H. (2010). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health* , 14, 851-860.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (22 de Março de 2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International* , 21, 238-243.
- Marcelino, D., & Figueiras, M. (2007). A perturbação Pós-Stress Traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças* , 8, 95-108.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social* , XXXIX, 339-363.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde &Doenças* , 1, 165-184.
- National Cancer Institute (NCI). (2009). Cancer Cells/ Risk factors. In NCI, *What You Need To Know About Breast Cancer* (3-4). Baltimore, EUA: National Institutes of Health.
- Nunes, L. (2000). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. *IV Congresso Português de Sociologia: Passados Recentes, Futuros Próximos* (1-14). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Nunes, L. (1999). *O Sentido Interno de coerência: operacionalização de um conceito que influência a saúde mental e a qualidade de vida*. Lisboa: Escola Nacional de SaúdePública.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças* , 5, 53-73.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2008). Uma questão de «benefit finding»? O impacto emocional do cancro da mama. *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (279-282). Porto: Universidade do Porto.
- Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica* ,XXIII, 295-304.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica* , 4, 543-557.
- Rebelo, V., Rolin, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas.*Psicologia, Saúde & Doenças* , 8, 13-32.

- Söderhamn, O., & Holmgren, L. (2004). Testing Antonovsky's sense of coherence (SOC) scale among Swedish physically active older people. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 215-221.
- Vacek, P., Skelly, J., & Geller, B. (2011). Breast cancer risk assessment in women aged 70 and older. *Breast Cancer Research and Treatment*, 130, 291-299.
- Vaz, R., & Nodin, N. (2006). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*, XXIII, 329-339.
- von Humboldt, S., & Leal, I. (2008a). O sentido interno de coerência no indivíduo idoso no contexto da relação de ajuda. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (595-597). Porto: Universidade do Porto.
- World Health Organization [WHO] . (2009). Older Women. What are the health problems that older women face? In WHO, *Women Health - Today's evidence tomorrow's agenda* (62-64). Genebra, Suíça: WHO.

AValiação DE AUTO-CONCEITO CORPORAL E DE SAÚDE (EACS)

ARTUR CARVALHO 1 & ALVES DINIZ 2

A complexidade de fenómenos que intervêm na exercício física e aptidão física individual, inclui componentes psicológicas importantes, sobressaindo a importância das percepções subjectivas relativas a: imagem corporal, saúde, competência físico-motora.

As sensações e a sua percepção, que ocorrem antes, durante e após a exercício física, são particularmente importantes para a adesão e abandono de programas organizados de exercício física, incluindo aulas de EF. Tais sensações e percepções são influenciadas pela interacção de diversos factores. Factores de ordem psicológica associados ao *self*, como o auto-conceito corporal e de saúde e o auto-conceito de competência física, muito associados à auto-estima, e outros fenómenos como a ansiedade específica de algumas actividades, factores de ordem circunstancial, sociais, culturais e espaciais, sempre presentes nas práticas de exercício físico e desportivo.

Em termos epistemológicos a *corporalidade* e a *motricidade humana* são os objectos de estudo de uma hipotética Ciência da Educação Física ou da Motricidade Humana, mas onde se cruzam conhecimentos de áreas das Ciências Antropológicas, como a Psicologia a Sociologia e as Ciências da Educação (*lato senso*), que têm desenvolvido questionários e, não menos importante, têm desenvolvido metodologias, cada vez mais rigorosas, sobre a construção de questionários adequados à investigação em Ciências Humanas.

Da análise e seleção de inúmeros questionários recolhidos em revisão bibliográfica sobre o tema “Avaliação do estado de saúde e imagem corporal” Piers (1984); Marsh & al. (1988, 1996), e sobre o “auto-conceito físico” Fox e Corbin (1989); Marsh e Redmayne (1994); Vaz Serra (1986, 1988), constatámos que os instrumentos de investigação, no caso particular dos questionários sobre percepções individuais relativas à corporalidade e atitudes face à exercício física, requerem especificações não observadas em instrumentos desenvolvidos no âmbito da psicologia geral sobre corporalidade e motricidade humana. Também no âmbito da EF e Ciências do Desporto, embora existam vários questionários adaptados à investigação, considerámos que era necessário criar novos instrumentos, mais adaptados às circunstâncias da nossa investigação, tendo especialmente em consideração as características da população e objectivos específicos que visávamos estudar.

1-Escola Superior de Educação do IPC; 2-Universidade Técnica de Lisboa.

Pelo exposto considerámos pertinente o desenvolvimento de um processo construtivo de um questionário/escala para avaliação do auto-conceito corporal e de saúde de crianças e adolescentes peripubertários que designámos por Escala de auto-conceito corporal e de saúde (EACS). O presente trabalho tem como objectivo descrever os procedimentos utilizados na elaboração deste trabalho.

Pressupostos prévios e genéricos prévios à elaboração do questionário.

De acordo com os objectivos da investigação a que nos propusemos considerámos necessário criar um instrumento de pesquisa específico e adaptado às condicionantes do plano de pesquisa e às características da amostra seleccionada. Optámos por um modelo de questionário/escala de tipo aditivo, organizada segundo padrões comuns a outros questionários relativos a outras componentes da investigação.

MÉTODO

A metodologia seguida na elaboração do questionário EACS – Escala do Auto Conhecimento Corporal e da Saúde, está de acordo com a fundamentação teórica e metodologia apresentada anteriormente.

Em termos genéricos, os procedimentos seguidos na construção, avaliação da precisão e validação dos questionários foi um processo desenvolvido por fases, de acordo com metodologias próximas dos modelos propostos por Kirkendall, Gruber e Johnson (1987), Almeida e Freire (2000), Hill e Hill (2000), Moreira (2004), Alves Dinis (1997), Coelho e Silva (2001) e Vasconcelos (1995)

Sintetizando por ordem cronológica os procedimentos seguidos, em primeiro lugar consultaram-se questionários sobre o mesmo tipo de assuntos, definiu-se o modelo de questionário pretendido, elaboraram-se categorias e redigiram-se itens por categoria. Reduziu-se o número de itens e testou-se num pequeno grupo o preenchimento do questionário, a interpretação dos itens e formas de resposta. Apresentámos uma versão do questionário a especialistas e elaborámos a versão final dos questionários. Com os resultados da avaliação inicial e com resultados de uma aplicação a uma amostra mais restrita, realizada duas semanas após a 1.ª aplicação, aplicámos vários procedimentos estatísticos para análise e avaliação dos resultados e qualidade do questionário, foram seleccionados aleatoriamente no conjunto e indivíduos da amostra inicial.

Quadro n.º 1 – EACS. Constituição das amostras utilizadas na avaliação inicial e na avaliação da estabilidade temporal (após 15 dias) do questionário.

	Avaliação inicial		Avaliação de reteste	
N total	51		27	
Grupo de género	M	F	M	F
N parcial	29	22	15	12

M – grupo masculino; F – grupo feminino.

O preenchimento do questionário e tendo em conta o escalão etário da amostra deveria resultar de uma fácil interpretação dos itens e decorreu num tempo relativamente reduzido, entre 5 e 10 minutos.

O instrumento de colheita foi designado por “Escala de auto-conceito corporal e de saúde” (EACS), que é por isso um instrumento original para avaliação de “percepções subjectivas da própria corporalidade” adaptado a crianças do 2.º Ciclo do Ensino Básico.

RESULTADOS

Procedimentos utilizados na elaboração do questionário/escala de avaliação do auto-conceito corporal e de saúde - O primeiro passo na elaboração do questionário consistiu em definir várias categorias relativas à percepção da saúde e sobre sentimentos e características corporais. Seleccionámos: apreciação geral da saúde; percepção da estética corporal; percepção do comportamento postural; percepção de dimensões corporais associadas a aspectos estéticos e de saúde como o caso particular da obesidade.

Para cada uma das categorias seleccionámos questões observadas em diferentes questionários e criámos outras. Depois reduzimos o número de questões e elaborámos uma primeira versão do questionário, que mostrámos a dois professores do 2.º ciclo com formação em Língua Portuguesa. Aplicámos o questionário a um número reduzido de alunos com idades aproximadas às da amostra do estudo (entre 10 e 13 anos). Refizemos algumas questões e excluámos algumas que mostraram ser de interpretação controversa, dando origem a uma segunda versão do questionário que apresentámos a especialistas com experiência em investigação com questionários adaptados a crianças e adolescentes. Em resultado da sua análise procedemos a algumas alterações na linguagem utilizada em alguns itens, e fizemos pequenos reajustes na organização do questionário, desenvolvendo assim, a versão que utilizámos no estudo de validação com uma amostra inicial de 51 sujeitos.

Procedimentos estatísticos para análise do questionário e da qualidade dos resultados - Com os dados recolhidos na 1.ª avaliação, os procedimentos estatísticos utilizados consistiram numa análise exploratória dos dados, com identificação de parâmetros de tendência central e de dispersão, análise das distribuições relativamente à sua “normalidade” e identificação de *outliers*. A seguir procedeu-se à análise dos itens, utilizando para o efeito correlações item-total e inter-itens. Como a utilização do coeficiente de correlação r de Pearson tem como requisito que as variáveis apresentem distribuições normais, calculámos também o R de Spearman para a associação item-escala, e comparámos os coeficientes segundo os procedimentos referidos por Pestana & Gageiro (2003, 197) utilizando o teste Z de Fisher. Comparados os resultados dos dois coeficientes, concluímos pela adequação da análise das correlações item-total segundo o coeficiente r de Pearson. Para a análise da consistência interna do questionário usámos o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Para avaliação da estabilidade

temporal dos resultados (teste-reteste) correlacionaram-se os dados da 1.^a aplicação com os dados da 2.^a aplicação.

Análise do conteúdo do questionário -designado por “Escala de avaliação de auto-conceito corporal e de saúde” (EACS), é constituída por 13 questões relativas às seguintes dimensões, ou categorias, do auto-conceito corporal descritas no quadro 2: dimensão auto-conceito de saúde; dimensão sentimentos sobre a morfologia e estética corporal, dimensão postura corporal; dimensão composição e dimensões corporais.

Quadro n.º 2 – Dimensões da escala de avaliação do auto conhecimento corporal e da saúde

Dimensão autoconceito de saúde
Questão 1 – Como é a minha saúde? (1 – saúde muito fraca, ..., 10 – saúde muito boa);
Dimensão sentimentos sobre a forma e estética corporal
Questão 2 – O que gosto do meu corpo? (1 – não gosto nada do meu corpo, ..., 10 – gosto muito do meu corpo);
Questão 3 – Os tamanhos da cabeça, tronco e membros estão bem equilibrados? (a minha cabeça não é grande nem pequena demais relativamente ao meu tronco, e o meu tronco não é grande nem pequeno demais relativamente ao tamanho das minhas pernas). (1 – o meu corpo é muito desproporcionado, ..., 10 - o meu corpo é muito bem proporcionado);
Questão 4 – O meu corpo tem defeitos? (defeitos corporais ou partes do corpo mal formadas). (1 – o meu corpo é muito defeituoso, ..., 10 - o meu corpo é perfeito);
Questão 5 – Como é a beleza do meu corpo? (1 – o meu corpo é muito feio, ..., 10 - o meu corpo é muito bonito).
Dimensão postura corporal
Questão 6 – Como são as minhas costas? (1 – as minhas costas são muito tortas, ..., 10 - as minhas costas são muito direitas);
Questão 7 – Quando estou em pé o meu corpo (tronco) costuma estar direito? (1 – em pé o meu tronco está muito torto, ..., 10 - em pé o meu tronco está muito direito);
Questão 8 – Quando estou sentado(a) as minhas costas e cabeça costumam estar direitas? (1 – sentado(a) tenho uma posição muito torta, ..., 10 – sentado(a) tenho uma posição muito correcta);
Questão 9 – Quando estou a andar o meu corpo está numa posição correcta? (1 – a andar tenho uma posição muito torta, ..., 10 - a andar tenho uma posição muito correcta).
Dimensão composição e tamanho corporal
Questão 10 – O tamanho do meu corpo é ... (1 – muito pequeno para a minha idade, ..., 5 – tem o tamanho ideal, ..., 10 - muito grande para a minha idade);
Questão 11 – Em termos de gordura o meu corpo é ... (1 – é muito magro, ..., 5 - tem a gordura ideal, 10 - é muito gordo);
Questão 12 – Os músculos dos meus braços são ... (1 – muito pequenos para a minha idade, ..., 5 - têm o tamanho ideal, 10 – muito grandes para a minha idade).
Questão 13 (versão feminina) – O tamanho do meu peito é ... (1 – muito pequeno para a minha idade, ..., 5 – tem o tamanho ideal, ..., muito grande para a minha idade);
Questão 13 (versão masculina) – Os músculos do meu peito são ... (1 – muito pequenos para a minha idade, ..., 5 - têm o tamanho ideal, ..., 10 – muito grandes para a minha idade).

DISCUSSÃO

Dos resultados apresentados emergem as principais conclusões: O questionário foi construído de forma a responder aos requisitos associados às escalas de avaliação de uma variável latente. O aspecto mais perturbador em termos organizativos foi a alteração do modelo de resposta apresentado nas questões 10, 11, 12, 13. Por um lado foram itens onde surgiram mais dados extremos (*outliers*), por outro lado nas opções de transformação dos dados para a escala crescente de 1 a 10 equivalente à escala utilizada nas outras questões, houve decisões que ultrapassaram critérios matemáticos e se

optou por critérios subjectivos de interpretação das respostas. Da análise das distribuições constatámos o enviesamento à direita das distribuições que se associa a níveis muito positivos na apreciação da corporalidade. A não normalidade não prejudicou a utilização de outras técnicas estatísticas de acordo com as referências justificativas apresentadas. Destacamos a justificação de Pestana & Gageiro (2203, 544) que relativamente à análise da consistência interna entre factores afirmam que “ (...) Devido ao teorema do limite central, não é necessário verificar a normalidade em cada item ($n's > 30$) ”. Na primeira análise descritiva dos dados estatísticos os valores médios aproximam-se do valor 8, o que significa que os rapazes e raparigas participantes no estudo têm uma elevada auto-estima corporal, e no geral, não são evidentes significativos problemas, quer de hipocondria quer de sentimento de deformidade, considerados típicos destas idades mas principalmente da fase seguinte da adolescência. A apreciação genérica sobre o corpo (item 2 – gosto do meu corpo) apresenta o valor médio mais elevado (8,78) e a satisfação com a quantidade de gordura corporal apresenta o valor médio mais baixo (7,16). Excluindo o item 2, as raparigas apresentaram sempre valores médios mais elevados do que os dos rapazes. Poderemos concluir que na primeira avaliação as raparigas apresentaram um auto-conceito corporal mais elevado do que os rapazes. Comparando os resultados da escala, as diferenças entre os grupos de género revelaram-se significativas. Na análise dos itens e utilizando o coeficiente R de Spearman as correlações item-escala foram todas significativas para $p \leq 0,05$. Com o coeficiente r de Pearson e para $p \leq 0,05$ a correlação entre item 2-escala não foi significativa. Com excepção do item 2, em todos os outros casos de correlação item-total, se cumpre o princípio de Moreira (2004, 88) que considera que apenas devem ser incluídos nas escalas aditivas itens com coeficientes de correlação item-total superiores a 0,3. As correlações inter-itens revelaram grande independência de componentes incluídas no questionário de auto-conceito de saúde e auto-conceito corporal, revelando também alguma redundância nos itens da categoria relativa à percepção da postura corporal. Verificam-se algumas diferenças entre os géneros na associação dos itens, o que pode indicar a necessidade de elaborar diferentes instrumentos em função do grupo de género. Relativamente ao coeficiente alfa de Cronbach, medida de referência da consistência interna de uma escala de avaliação de uma dada variável subjacente, os valores obtidos atribuem à escala uma boa consistência interna. Os resultados das correlações inter-itens, apesar do bom resultado do coeficiente alfa de Cronbach, apontam para a necessidade futura de proceder a métodos de análise factorial exploratória, para analisar a dimensionalidade da escala e outros aspectos relativos ao seu afinamento, como o possível desdobramento da escala em função do género. Na avaliação da estabilidade temporal obteve-se o valor mais baixo dos testes de avaliação da fiabilidade do questionário confirmando as afirmações de Almeida & Freire (2000) e Hill & Hill (2002). O valor obtido, um pouco acima de 0,6 representa uma “fraca” estabilidade dos resultados. Este resultado teve como responsável mais determinante, a diferença nas respostas ao item 10 em que se iniciava o novo modelo de resposta. Por isso os casos com resultados, *outliers severos*, que aparentemente resultaram de erros de distração, foram retirados quando se compararam os resultados da primeira e segundas avaliações.

Em síntese diremos que o questionário em questão se adequou aos objetivos propostos sendo adequada a avaliação da sua fiabilidade indicando ser um bom instrumento de avaliação para aplicação em investigações futuras.

REFERÊNCIAS

- Coelho e Silva, M. (2001). *Morfologia e estilo de vida na adolescência. Um estudo em adolescentes escolares do distrito de Coimbra*. Dissertação de doutoramento apresentada à FCDEF da Universidade de Coimbra.
- Fontaine, A. (1991). Desenvolvimento do conceito de si próprio e realização escolar na adolescência. *Psychologica*, 5, 13-31.
- Fox, K.R., & Corbin, C.B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 408-30
- Kirkendall, D., Gruber, J., & Johnson, R. (1987). *Measurement and evaluation for physical educators* (2.^a ed.). Champaign, Human Kinetics.
- Marsh, H. (1988). *Questionário de auto-descrição 1: Uma abordagem teórica e base empírica para a medição de múltiplas dimensões do auto-conceito de pré-adolescente: Um manual de teste e uma monografia de pesquisa*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Marsh, H., & Hattie, J. (1996). Perspectivas teóricas sobre a estrutura do auto-conceito. Em B. Bracken (Ed.), *Manual de auto-conceito* (pp 38-90). New York: Wiley.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra, Almedina.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais* (3.^a ed.). Lisboa, Sílabo.
- Piers, E. (1984). Manual for the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. Nashville: *Counselor Recordings and Tests*. Public Law 94-142.
- Shavelson, R., Hubner, J., & Stanton, G. (1976). Self-concept. Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Shavelson, R., & Bolus, R. (1982). Self-concept. The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74 (1), 3-17.
- Vasconcelos, O. (1995). *A imagem corporal no período peripubertário*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Vaz Serra, A. (1986). O “Inventário Clínico de Auto-Conceito”. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e Auto-Conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.

O CUIDADO VIVIDO NA CLÍNICA-ESCOLA: UMA PERSPECTIVA ÉTICA NA SAÚDE

LILIANE BRANDÃO CARVALHO 1, 2, FERNANDA GOMES LOPES 1, RENATA BESSA

HOLANDA 1, ANA MARIA FERREIRA ALVES 1 & VIRGINIA MOREIRA 1

As formações tradicionais dos cursos de graduação em psicologia têm priorizado as teorias da subjetividade e o funcionamento psíquico dos indivíduos em detrimento a alteridade que nos é presente no encontro com outro (Freire, 2003). Indagamo-nos como estão ocorrendo as práticas psicológicas ainda na graduação de psicologia. Para melhor problematizarmos esse questionamento, nos apropriamos da inserção da psicologia na área da saúde e refletimos nesse espectro do âmbito da saúde, entrelaçando a prática do psicólogo ao cuidado. Quanto ao objetivo deste artigo, intencionamos refletir teoricamente o conceito de cuidado, a partir da perspectiva ética da alteridade radical de Lévinas, e sua implicação nas práticas psicológicas.

Este estudo constitui-se como a primeira parte de uma pesquisa maior intitulada “*O cuidado e as práticas psicológicas: uma discussão ética da experiência vivida numa clínica-escola em Fortaleza*”, na qual, nosso propósito geral é compreender a vivência do cuidado enquanto dimensão ética nas práticas do serviço de psicologia aplicada SPA/NAMI, da Universidade de Fortaleza.

MÉTODO

Através de uma abordagem qualitativa, desenvolvemos uma revisão bibliográfica do tema cuidado em periódicos nacionais, dos últimos cinco anos, a partir da classificação Qualis A, B1, B2 e B3 nos campos da saúde coletiva e psicologia. Além disso, realizamos também pesquisas e leituras sobre ética e clínica-escola.

A Pesquisa qualitativa, segundo Pope e Mays (2009), intenciona interpretar os fenômenos sociais a partir do significado que as pessoas fornecem, advindos de suas experiências no mundo social. Justificamos o uso do método em concordância com Richardson (1989) que explicita a abordagem qualitativa de um problema como uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

1-UNIFOR; 2- UFC.

Revisão de literatura

A perspectiva da ética da alteridade radical de Lévinas

Embora na sociedade atual a ética seja confundida com a moral (Abbagnano, 2000; Guareschi, 2000) nosso posicionamento se desloca dessa perspectiva para considerá-la uma reflexão crítica sobre a moral (Medeiros, 2002).

Para melhor nos fundamentarmos, recorreremos a Lévinas (1988), filósofo contemporâneo que, propõe uma ética que se estrutura na relação inter-humana (PIVATTO, 2000). Segundo Carvalho (2006, p. 79), sua pretensão não era construir um sistema ético, mas expor, de forma radical, a necessidade de uma discussão ética, aliás, de um escuta ética do humano.

Lévinas (1988) afirma que haveria uma ética anterior à Ontologia, ou seja, para além do ser há a relação com o Outro, melhor definida como relação para o Outro. Propõe uma ética que se estrutura na relação, e a atitude ética como estar a serviço de Outrem, sendo esta relação entre o eu e o outro essencial e sobre a qual sou responsável. Para Freire (2003), essa relação de responsabilidade estrutura nossa subjetividade.

Para o filósofo, as relações que estabelecemos com Outrem devem ser desinteressadas. Não devemos esperar reciprocidade, nem mesmo estabelecer relação com o outro, usando-o como meio para alcançarmos quaisquer objetivos:

Não devo ter interesse nele enquanto um objeto passível de transformação em algo da ordem do idêntico ou do mesmo, pois assim estaria anulando sua diferença – o outro não pode ser objeto absolutamente, nem deve ser meio para nenhum fim (Carvalho, 2006, p. 63).

Consideramos importante resgatar a dimensão ética levinasiana por entendermos os atores envolvidos na práxis da saúde (como aqui focalizamos o lócus da clínica-escola) como sujeitos de responsabilidade pelo outro no sentido de responder ao seu apelo por acolhimento e cuidado. Abordaremos o cuidado, intencionando expor a perspectiva que embasa nossa compreensão.

Considerações acerca do cuidado

Existe um desafio à organização dos serviços públicos de saúde advindo da produção do cuidado, que provoca questionamentos que ultrapassam uma abordagem técnico-científica herdeira do modelo biomédico, o qual reduz o sujeito à doença (Machado, Pinheiro & Guizardi, 2004). Há um necessário processo de desconstrução no sistema de saúde, afetando as práticas dos profissionais da área, a partir da discussão referente à maior interação interpessoal e à ideia do cuidado integral, abrangendo o olhar ao sujeito como uma totalidade.

O cuidado em saúde é referenciado, prioritariamente, como tarefas rotineiras desempenhadas, sobretudo, pela equipe de enfermagem, identificada como profissão cuidadora (Medeiros et al, 2010). Em nossa revisão de literatura, destacou-se o relevante número de produções sobre cuidado na área da enfermagem (Gomes, Caetano & Jorge, 2010; Waldow, 2009; Medeiros et al 2010). O sentido do

cuidado como técnica está embasado no modelo biomédico. Os profissionais de saúde obtiveram uma formação sustentada neste modelo reducionista, sem considerar o sujeito provido de sentimentos e pensamentos (Gomes, Caetano & Jorge, 2010).

Entendemos, com Pinheiro e Guizardi (2004), que a noção de cuidado não se reduz a uma técnica ou a um dispositivo de atenção do sistema de saúde. É melhor entendida como uma ação integral, que pode ser delimitada também quanto às relações interpessoais, propiciadas por aspectos positivos do relacionamento entre usuários, profissionais e instituições refletidas em tratamento respeitoso e com qualidade, a partir do estabelecimento de vínculos verdadeiros e de acolhimento.

Para Waldow (2009), o ato de cuidar necessita de uma avaliação interna do próprio cuidador, percebendo como estão suas condições de disponibilidade e presença para com o outro – definida pela citada autora como *estar-com* e *ser-com* –, bem como a expressão de reconhecimento e aceitação do paciente. Corroborando Ayres (2004, p.74), o cuidado é percebido como:

Um construto filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, *uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.*

Encontramos semelhanças em Boff (1999), que afirma: “cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (p. 33).

Inserir a prática do cuidado integral nos serviços de saúde, a partir das novas configurações no âmbito da saúde, é ir de encontro ao reducionismo do cuidado técnico exercido tradicionalmente pelos profissionais de saúde (Ayres, 2004; Gomes, Caetano & Jorge, 2010; Machado, Pinheiro & Guizardi, 2004).

Essas novas configurações possibilitaram também a inserção de novos profissionais, incluindo o psicólogo que se torna reconhecido oficialmente como profissional da saúde (Brasil, 1997). Refletimos, então a respeito da prática do cuidado realizada pelos psicólogos, considerando o histórico de um modelo clínico tradicional, centrado nas patologias e em suas causas psíquicas e, inserida no âmbito da saúde, embasada no modelo biomédico.

Uma discussão ética do cuidado e as práticas psicológicas

Freire (2003) se refere ao serviço de psicologia como um atendimento destinado ao outro, no qual o profissional deve disponibilizar a escuta para o paciente, respondendo a ele e ao seu sofrimento. Para atingir essa escuta é necessário exercer o ato de cuidar, inevitavelmente, ligado a uma postura ética, pois estar a serviço do outro, a partir de uma leitura de Lévinas (1988), diz respeito a uma atitude ética, que promove o contato com a alteridade trazida por outro para nós, sendo irrecusável a responsabilidade por isso.

Pensando na ética do cuidado em saúde, torna-se impossível cuidar sem expor-se ao outro, sem aceitar o outro como ele é: “Será necessária a abertura aos encontros de afecção, será necessário encontrar-se com o outro. A exclusão da alteridade é a exclusão do cuidado” (Ceccim & Palombini, 2009, p. 310).

Cuidado e ética estão em uma íntima e mútua relação. Colocando em prática o que nos provoca Lévinas (1988) com sua ética da alteridade radical, cuidaremos do outro através de uma postura ética, assim como afirmam Pinheiro e Guizardi (2004), pelo tratar, pelo respeito e acolhimento do ser humano que se encontra em sofrimento, distinguindo-se de apenas da aplicação de uma técnica ou saber científico, mas complementando-os, proporcionando uma maior amplitude na sua atuação.

Freire (2003) afirma que devem ser revistas as teorias psicológicas para possibilitar uma prática renovada, propiciando o surgimento impertinente do outro, nas falas e nos gestos do paciente:

É assim que, em nossa forma de ver, é possível falar-se de Ética e de democracia nos serviços de psicologia. Estar a serviço do outro que nos procura para poder assisti-lo em seu devir-outro e escutar sua alteridade, principalmente naquilo que o fará buscar qualidade de vida para si e para os outros (Freire, 2003, p. 14).

Tal perspectiva nos remete a necessidade de repensar as teorias ainda na formação acadêmica de Psicologia, promovendo, desde a graduação, uma maior reflexão ao estudante acerca de sua relação com o pacientes.

A clínica-escola, como espaço para estágio acadêmico, configura-se como um contato, na graduação, com o exercício profissional (Paparelli & Nogueira-Martins, 2007). Este espaço é uma possibilidade de execução de uma prática clínica ampliada, divergente do modelo clínico tradicional, que deve contextualizar o sujeito em seu âmbito social, percebendo-o como uma totalidade. A clínica-escola também se dá como um local de reflexões críticas sobre as práticas psicológicas exercidas (Oliveira-Monteiro & Nunes, 2008). É oportuno, então, compreender a clínica-escola como um local para refletir sobre o cuidado implicado nas práticas psicológicas clínicas.

Compreendemos que para haver um atendimento psicológico efetivo e humanizado, faz-se presente a importância do cuidado, enquanto uma dimensão ética, e do acolhimento do sujeito em sua integralidade. Para Carvalho (2006), escolher não centrar na patologia, mas cuidar do sujeito doente em sua alteridade é uma escolha ética.

Recorrendo à Ayres (2004), concordamos que o acolhimento acontece quando o profissional escuta o outro (paciente), considerando que o psicólogo (ou o psicólogo em formação, como é o caso do interesse deste estudo) deve buscar a escuta existencial do sujeito. Encontramos semelhanças em Freire (2003, p. 14) para quem:

É preciso dispor a escuta para esse outro de forma a poder responder a ele, ao seu sofrimento (nudez e miséria em Lévinas). Essa resposta é responsabilidade: responsabilidade pelo outro,

pelo seu sofrimento, por sua angústia. Estar a serviço do outro, portanto, é o que se espera de quem trabalha em um “serviço de psicologia”.

A resposta originária levinasiana “eis-me aqui” aparece como condição *sine-qua-non* para um real acolhimento do sujeito e de seu sofrimento. Compactuamos com Boff (1999, p.11-12), ao citar “[...] no cuidado se encontra o ethos fundamental do humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir.”

Entendemos que para haver uma relação de cuidado, o profissional, assim como o paciente, deve expressar sua subjetividade (Ayres, 2004). O psicólogo que expressa suas impressões e sua afetação para com o outro com quem ali se depara, mostra não ser um mero detentor do saber, responsável apenas pela aplicação de técnicas. Carvalho (2006) discute, também, sobre a afetação por parte do psicólogo diante do paciente:

Cuidar do outro como uma dimensão ética é uma exigência que precisa ser vivenciada pelo próprio psicólogo [...] e implica o não exercício de um saber ou de um poder sobre o outro que possam transformá-lo na ordem do idêntico, “domesticá-lo” ou adaptá-lo, segundo os preceitos e expectativas institucionais e, acima de tudo, acabem por anular sua diferença (Carvalho, 2006, p. 110).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, pudemos perceber que uma postura meramente tecnicista não se faz suficiente, desconsidera a alteridade de suas existências, compostas de angústia e sofrimento. A postura de afetação, de acolhimento e de vínculo para com o outro se faz, assim, condição ‘sine qua non’ para a execução de um trabalho comprometido e responsável.

Compreendemos a necessidade existente na graduação de psicologia de utilizar-se da clínica-escola como um espaço reflexivo. Entendemo-la como um lócus para, na prática, exercer o cuidado para com o outro – cuidado este que deve ser entendido e discutido em toda a formação de psicologia, como uma dimensão filosófica, como uma postura ética presente na relação estagiário e usuário do serviço.

Identificamos que há muito caminho para ser trilhado. Contudo, compreendemos que as mudanças no currículo da graduação de Psicologia e o surgimento da clínica-escola são recentes e que toda transformação e saberes científicos são processuais. É necessário darmos continuidade à pesquisa a fim de melhor compreender, na prática, como está ocorrendo o cuidado no cotidiano do funcionamento da clínica-escola, a partir da experiência vivida dos estagiários, mediante uma lente fenomenológica.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N (2000). *Dicionário de Filosofia* (4ª Ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 8 (14), 73 – 92.
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Carvalho, L. B. (2006). Práticas do psicólogo em instituições públicas de saúde [manuscrito]: o cuidado para com o outro (Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza).
- Ceccim, R. B., & Palombini, A. L (2009). Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 301–12.
- Freire, J. C. A. (2003). Psicologia a Serviço do Outro: Ética e Cidadania na Prática Psicológica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23 (4), 12-15.
- Gomes, I. L. V., Caetano, R., & Jorge, M. S. B. (2010). Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 84–90.
- Guareschi, P. A. (2000). Psicologia, ética e direitos humanos. São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Lévinas, E (1988). *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70.
- Machado, F. R. S., Pinheiro, R., Guizardi, F. L. (2004). As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. de. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 57-74). Rio de janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO.
- Medeiros, A. C., Pereira, Q. L. C., Siqueira, H. C. H., Cecagno, D., & Moraes, C. L. (2010). Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 38–42.
- Medeiros, G. A. (2002). Por uma Ética na Saúde: Algumas Reflexões Sobre a Ética e o Ser Ético na Atuação do Psicólogo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 22 (1), 30-37.
- Oliveira-Monteiro, N. R., & Nunes, M. L. T. (2008). Supervisor de psicologia clínica: um professor idealizado? *Psico-USF*, 13(2), 31 – 43.
- Pinheiro, R., & Guizardi, F. L. (2004). Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 21-36). Rio de janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO.
- Pivatto, P. S. (2000). Ética da Alteridade. In: Oliveira, M. A. (Org.) *Correntes fundamentais da ética contemporânea*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Pope, C., & Mays, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde* (3ed). Porto Alegre: Artmed.
- Paparelli, R. B., & Nogueira-Martins, M. C. F. (2007). Psicólogos em formação: Vivências e Demandas em Plantão Psicológico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(1), 64–79.

Resolução Nº 218, de 06 de março de 1997 (1997). Reconhece os profissionais de nível superior de saúde. Obtido em: 07 dezembro, 2010, de <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm>.

Richardson, R. J. (1989). *Pesquisa Social: métodos e técnicas* (2ed). São Paulo: Atlas.

Waldow, V. R. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 140–145.

INFLUÊNCIA DE ASPECTOS INDIVIDUAIS E RELACIONAIS NA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ZONA CENTRO DE PORTUGAL CONTINENTAL

P.S. CARVALHO 1, R. PIRES 2,3, E M. C. & CANAVARRO 2,3

Mantendo a tendência que se tem vindo a verificar há alguns anos, observou-se entre 2004 e 2009, em Portugal Continental, que o número de nados vivos em mulheres adolescentes registou uma diminuição relativa de 17,6%, passando de 5,1 para 4,2 (ACS, 2010). Apesar da evolução favorável deste indicador no panorama nacional, este continua a ser bastante desfavorável, sendo um problema social incontornável na actualidade, pelo que o estudo da gravidez adolescente na nossa cultura se acresce de significado e importância e constitui, pois, uma importante linha de intervenção no âmbito da promoção da saúde. Apesar de transversal aos vários sectores da sociedade (Justo, 2000), a gravidez precoce ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem em situações desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural, nomeadamente no que toca a situações de pobreza, baixos níveis educacionais, exclusão do sistema de ensino e do emprego (Araújo-Pedrosa, 2009; Figueiredo *et al.*, 2006). Tem aumentado, ainda, o interesse em compreender o impacto de factores envolvimentoais como a família, o grupo de pares e as relações amorosas na adopção e manutenção de comportamentos sexuais nos adolescentes. O presente estudo pretendeu, neste sentido, comparar adolescentes grávidas e jovens que não se encontram grávidas da zona centro de Portugal Continental, procurando identificar variáveis individuais e relacionais que contribuam para compreender a ocorrência de gravidez precoce.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 142 adolescentes, sendo 70 grávidas adolescentes (GA) e 72 adolescentes sem história de gravidez (ASHG). As grávidas adolescentes apresentavam idades entre os 12 e os 19 anos ($M = 16.1$; $DP = 1.42$) e pertenciam maioritariamente ao nível

1-Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior; 2- Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra; 3- Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

socioeconómico - NSE (Simões, 1994) baixo (88.6%) e muitas viviam numa situação de coabitação conjugal (47,1%). As jovens eram na sua maioria de etnia caucasiana (82.9%) ou cigana (17.1%), católicas (90.7%) ou seguidoras de outra religião (9.3%). Apresentavam uma escolaridade média de 8 anos ($M = 8.48$; $DP = 2.07$), sendo que 61.2% se encontravam no momento da avaliação em situação de abandono escolar. No GASHG as jovens apresentavam idades entre os 13 e os 18 anos ($M = 16.5$; $DP = 1.11$) e pertenciam maioritariamente ao nível socioeconómico baixo (61.1%) e apenas 1 (1.4%) das jovens pertencia à categoria casada/unida de facto. As jovens do grupo ASHG revelaram habilitações maioritariamente correspondentes ao ensino secundário (87.1%) e nenhuma tinha abandonado a escola.

Material

Informação sociodemográfica e reprodutiva-A recolha de informação sociodemográfica (idade, estado civil, residência, NSE, habilitações literárias e contexto escolar), familiar (estrutura e contexto familiar, relacionamento afectivo actual e redes sociais de apoio) e reprodutiva (gestações anteriores, idade gestacional, percepção do impacto da gravidez em várias áreas de vida, entre outras) foi efectuada através de entrevista semi-estruturada adaptada para o efeito. As versões desta entrevista utilizadas num e noutro grupo diferiam em alguns aspectos de formulação, que visavam ajustá-la à realidade de ambos.

Estilos educativos parentais-Os estilos educativos parentais foram avaliados através do *EMBU - Egna Minnen av Barndoms Uppfostram* (Perris, Jacobson, Lindstrom, von Knorris, & Perris, 1980), na sua versão portuguesa *Memórias de Infância* (Canavarro, 1996). Trata-se de um questionário de auto-preenchimento composto por 23 itens, onde se pede aos participantes que avaliem, separadamente para o pai e a mãe, a frequência de determinados comportamentos durante a sua infância e adolescência. Os comportamentos maternos e paternos são avaliados retrospectivamente em três dimensões: Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção. Na presente amostra, o coeficiente α de Cronbach variou de .742 (Rejeição_Pai_GA) a .917 (Suporte Emocional_Pai_GA). A dimensão Sobreprotecção apresentou valores de .419 a .548, razão pela qual foi excluída.

Procedimentos

A recolha da amostra ocorreu em unidades hospitalares e em estabelecimentos de ensino integrados na zona centro de Portugal Continental, mediante aprovação das Comissões Éticas e dos Conselhos Executivos de todas as instituições envolvidas. No grupo GA, durante o acompanhamento obstétrico era feita uma abordagem individual a cada jovem. Após garantida a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos e após uma reflexão da própria, se decidia colaborar no nosso estudo, era-lhe pedido que assinasse um formulário de consentimento informado (ou que assinasse o seu representante legal). A avaliação foi feita individualmente, na presença de uma psicóloga devidamente credenciada para o

efeito, através de uma entrevista semi-estruturada e do preenchimento de questionários de auto-resposta. No grupo das adolescentes sem história de gravidez procedia-se à avaliação em grupo das adolescentes que aceitassem participar (com a autorização do encarregado de educação), sendo a informação recolhida através de questionários de auto-preenchimento e grelhas de informação familiar, social, escolar e médica.

Para todas as variáveis avaliadas foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão). A selecção das variáveis individuais e relacionais a introduzir nos modelos explicativos da adaptação individual, assim como das variáveis sociodemográficas a controlar nessa análise, foi feita através de análises de testes de Qui-Quadrado, testes T de Student, análises univariadas (ANOVA) e multivariadas da variância (MANOVA), bem como testes post hoc (Teste de Tukey), sempre que necessário. Os factores explicativos da ocorrência de gravidez em cada região foram explorados através de modelos de regressão logística binária. As análises foram realizadas recorrendo à versão 17 do *software* SPSS.

RESULTADOS

Contextos individuais

As adolescentes do GA pertencem maioritariamente ao NSE baixo (88.6%) e possuem o 3º ciclo do Ensino Básico (64.3 %), apresentando uma média de último ano frequentado ($M = 8.48$) inferior à do grupo de jovens sem história de gravidez ($M = 10.35$). No que respeita ao abandono escolar, verifica-se que apenas 42 (62.7%) das jovens do grupo GA não tinham ainda abandonado a escola, comparativamente com a totalidade das jovens do grupo ASHG. No que respeita ao grau de envolvimento com a religião seguida, verifica-se uma preponderância de sujeitos que eram seguidoras de uma religião a declararem-se não praticantes (69.8%) entre as grávidas adolescentes.

Contextos relacionais

As adolescentes do GA revelaram ter pertencido de forma mais frequente a agregados não intactos (11.4%) ou outros que não incluíssem os seus pais (7.1%). Actualmente, as adolescentes vivem com o companheiro (31.4%) ou com este e com uma das suas famílias de origem (25.7%). Os companheiros das jovens grávidas possuem, na sua maioria, o 2º ou 3º ciclo do Ensino Básico (75.7%), e apenas uma minoria ainda frequenta o sistema de ensino (15.7%). No que respeita às habilitações literárias dos pais das GA, verifica-se que estes apresentam habilitações literárias mais baixas, maioritariamente correspondentes ao 1º ciclo (Pai: 48.3%; Mãe: 53.7%), com alguns casos de analfabetismo (Pai: 5.0%; Mãe: 9.0%), e percentagens especialmente reduzidas nas categorias *Ensino secundário* (Pai: 3.3%; Mãe: 6.0%) e *Ensino superior* (Pai: 5.0%; Mãe: 4.5%). As jovens do grupo GA referem com maior frequência a ocorrência de uma gravidez na adolescência na sua família (50.0%).

Percepção dos estilos educativos parentais

O teste multivariado foi estatisticamente significativo [$F_{(4,108)} = 5.285, p = .001, \eta^2 = .164$]; pela análise dos testes univariados subsequentes, verifica-se que os grupos revelaram diferenças nas dimensões *Suporte Emocional* (pai e mãe), com as adolescentes do grupo GA a percepcionarem menores práticas educativas características desta dimensão do que os seus pares sem história de gravidez.

Modelos explicativos para a ocorrência de gravidez

A contribuição das variáveis acima mencionadas, que permitem distinguir as adolescentes da zona Centro do grupo GA e do grupo ASHG possibilitaram seleccionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da ocorrência de gravidez, que foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária. No modelo final [$\chi^2_{(3)} = 36.958, p < .001$] o risco para a ocorrência de gravidez revelou-se mais elevado para adolescentes com menor grau de envolvimento com a religião, idades mais precoces de iniciação sexual e namorados fora do sistema de ensino.

Quadro 1 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Modelo final

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste Wald	de	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
					Inferior	Superior
Constante	20.151 (5.937)					
Grau de envolvimento com a religião	-1.698 (0.755)	5.057		0.183*	0.042	0.804
Idade de início da vida sexual	-1.285 (0.381)	11.391		0.277***	0.131	0.584
Situação profissional do namorado	2.315 (0.767)	9.104		10.121**	2.250	45.521

Variável critério: Não ocorreu gravidez = 0; Ocorreu gravidez = 1.
 Número de observações: 76.
 -2Log-Likelihood = 50.645, Pseudo R² = .385 (Cox & Snell), .563 (Nagelkerke), R²_L (7) (Hosmer & Lemeshow) = .583,
 $p = .600$. Modelo: $\chi^2_{(3)} = 36.958, p < .001$.

Nota: Grau de envolvimento com a religião: 0 = Não praticante, 1 = Praticante. Situação profissional 0 = Estudante, 1 = Empregado/Desempregado

* $p \leq .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principais objectivos comparar adolescentes grávidas e jovens que não se encontram grávidas da zona centro de Portugal Continental, e analisar o poder explicativo de variáveis individuais e relacionais na ocorrência de gravidez.

Contextos individuais

A caracterização que efectuamos revelou que as GA se encontravam em maior número que os seus pares sem história de gravidez casadas/unidas de facto e fora do sistema de ensino, revelando ainda pertencerem em maior frequência a minorias étnicas e a níveis socioeconómicos mais baixos. Esta realidade socioeconómica desfavorecida das adolescentes deste estudo é convergente com a maioria das pesquisas nacionais realizadas (*e.g.* Jongenelen, 2003; Pires, 2009; Pereira, 2001) e internacionais (*e.g.* Boden, Fergusson & Horwood, 2008; Singh, Darroch & Frost, 2001), que descrevem a associação entre ambientes desfavorecidos económica e socialmente e a gravidez na adolescência. Observou-se, também, que a maioria das adolescentes grávidas possui um baixo nível de escolaridade e que a taxa de adolescentes que já abandonou a escola é muito alta. Estes resultados são consonantes com outras pesquisas (Araújo-Pedrosa, 2009; Pires, 2009) que apontam para o impacto negativo da gravidez no estatuto escolar da jovem. A escolaridade é muitas vezes contaminada pelo contexto socioeconómico (Canavarro & Pereira, 2001), o que nos sugere que NSE mais baixos sejam possivelmente potenciadores de menores aspirações académicas – nomeadamente, pela menor valorização da escola e maior reconhecimento do valor do trabalho remunerado (ainda que não qualificado). Alguns estudos destacam que a maioria das grávidas adolescentes apresentam baixas aspirações académicas e percebem como escassas as oportunidades profissionais (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003; Pereira, 2001). Um motivo que pode potencializar este aspecto poderá estar relacionado com algumas características relacionais, uma vez que as baixas habilitações escolares exibidas, no geral, pelos pais e companheiros proporcionam modelos de insucesso escolar e de abandono precoce da escolaridade que influenciam o percurso académico das filhas, mais uma vez contribuindo para perpetuar a valorização de papéis mais tradicionais em detrimento de outros projectos profissionais e académicos. O menor envolvimento com a religião revela-se, neste estudo, um dos preditores significativos de ocorrência de gravidez. Os nossos resultados, são convergentes à maioria das pesquisas que referem que as jovens que não têm forte afiliação com instituições religiosas apresentam maior probabilidade de iniciar precocemente a sua vida sexual e mesmo de terem relações sexuais fora do enquadramento marital (Kirby, 2001), o que aumenta a possibilidade de ocorrência de gravidez nessa fase de vida.

Contextos Relacionais

Verificámos que as jovens do grupo GA revelaram ter pertencido de forma mais frequente que os seus pares sem história de gravidez a agregados não intactos ou outros que não incluíssem os seus pais corroborando os resultados obtidos em várias pesquisas acerca da temática, que afirmam que as famílias monoparentais são um contexto propício para a ocorrência de gravidez precoce (Pereira, 2001; Simões & Matos, 2008). Verificámos, ainda, que os progenitores das GA se distinguem por, no geral, apresentarem habilitações literárias baixas e por incluírem, em maior número, mães que se enquadravam na população inactiva. Estas conclusões vão de encontro ao referido por outros autores sobre a maior aceitabilidade da gravidez nesta fase do ciclo de vida nas famílias com estatuto

socioeconómico baixo e com baixas habilitações literárias, onde não se privilegia tanto o acesso das mulheres à educação. Além disso, o facto das mães de várias jovens grávidas pertencerem à população inactiva e viverem num contexto sociocultural e económico desfavorecido, onde existe maior valorização de papéis femininos mais tradicionais, faz com que a gravidez adolescente não seja perspectivada tão negativamente, sendo aceite com maior naturalidade e contribuindo para perpetuar esta tendência cultural. Os resultados obtidos parecem sugerir a existência de padrões intergeracionais nos processos de gravidez na adolescência, sobretudo por parte da mãe e das irmãs (East & Jacobson, 2001), possivelmente mantido pelos ambientes sociais e contextos socioeconómicos onde ocorrem (Justo, 2000; Pires, 2009). As experiências de proximidade afectiva/emocional por parte dos pais pode constituir um factor de protecção para a gravidez na adolescência, contudo os resultados neste estudo revelam por um lado, uma menor percepção de comportamentos parentais de ajuda, expressão verbal e física de amor e carinho por parte dos pais nas adolescentes do grupo GA, o que sugere uma fraca ligação afectiva entre os membros da família (Canavarro & Pereira, 2001; Roche, Ahmed & Blum, 2008), bem como uma menor percepção de apoio percebido nas práticas educativas da mesma. Os resultados obtidos contribuem, assim, para aumentar o conhecimento específico sobre as características demográficas e individuais e os contextos relacionais das adolescentes grávidas da zona centro de Portugal Continental.

REFERÊNCIAS

- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Indicadores e Metas: Nascimentos em mulheres adolescentes*. Retirado de <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/uma-juventude-a-procura-de-umfuturo-saudavel/nascimentos-em-mulheres-adolescentes/>
- Araújo Pedrosa, A. (2010). Gravidez e transição para a maternidade na adolescência. Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2008). Early motherhood and subsequent life outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (2), 151-160.
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M.C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 323-358). Coimbra: Quarteto.
- East, P. L. & Jacobson, L. J. (2001). The younger siblings of teenage mothers: A follow-up of their pregnancy risk. *Developmental Psychology*, 37, 254–264.

- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco as que favorecem a adaptação a gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(6), 97 – 125.
- Jongenelen, I. (2003). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebés: da matriz relacional e matriz contextual*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (2), 97 – 147.
- Kirby, D. (2001). *Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy.
- Pacheco, A., Costa, R. & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 35-39.
- Pereira, A. I. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Pires, R.S.A. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes*. (Dissertação de Mestrado Integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Roche, K., Ahmed, S. & Blum, R. (2008). Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Social Science & Medicine*, 66, 2023-2034.
- Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional dos Testes das Matrizes Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Simões, C., & Matos, M. G. (2008). Comportamentos de risco na adolescência: factores associados ao início precoce da actividade sexual. In M. G. Matos (Ed.), *Sexualidade, segurança & SIDA – estado da arte e propostas em meio escolar* (pp. 117-142). Lisboa: Aventura Social e Saúde.
- Singh, S., Darroch, J., & Frost, J. (2001). Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Women's Sexual and Reproductive Behavior: The Case of Five Developed Countries. *Family Planning Perspectives*, 33, 251-258.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DO *ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE-TRAUMA SPECIFIC* (AAQ-TS) NUMA AMOSTRA DE COMBATENTES DA GUERRA COLONIAL

TERESA CARVALHO 1,2, MARINA CUNHA 1,2 & JOSÉ PINTO-GOUVEIA 1

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) defende que os esforços para evitar as experiências privadas negativas possuem um efeito paradoxal no aumento do sofrimento humano (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), ao permitirem, inicial e temporariamente, o seu alívio, mas tornando-se ao longo do tempo um contributo primordial no desenvolvimento e manutenção de sintomatologia (Walser & Westrup, 2007). Assim, estratégias cognitivas, como a supressão e o controlo do pensamento, aumentam a frequência das cognições penosas (Wenzlaff & Wegner, 2000), o evitar ou suprimir respostas afectivas traduz-se numa diminuição da saúde física e psicológica (Gross & John, 2003) e o evitamento comportamental induz igualmente resultados psicológicos negativos (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002). No âmbito do stress pós-traumático, a dificuldade em contactar, no momento presente, com memórias traumáticas, pensamentos negativos, sensações fisiológicas e emoções desagradáveis associadas ao trauma, promove a utilização deste tipo de estratégias de controlo, a fim de alterar a forma, frequência ou contextos de tais experiência (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Walser & Westrup, 2007).

O evitamento experiencial é principalmente facilitado pela fusão cognitiva, também esta radicada na linguagem humana. Quando os eventos simbólicos se tornam funcionalmente equivalentes ao evento actual, os primeiros apresentam-se como muito mais ameaçadores. (Ciarrochi, Robb, & Godsell, 2005). O foco no passado e/ou a preocupação com o futuro (dificuldade de ligação ao contexto do momento presente) perpetuam o trauma e respectivo sofrimento por um tempo ilimitado e extensível a múltiplas situações (Walser & Westrup, 2007). A preponderância destas duas componentes (fusão e consequente evitamento) na experiência individual traduz-se numa inflexibilidade psicológica que dificulta a escolha de comportamentos congruentes com os valores e objectivos pessoais, e fomenta ocorrência de psicopatologia (Hayes *et al.*, 1999).

1- CINEICC- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2- Instituto Superior Miguel Torga.

Face ao exposto, a ACT promove a aceitação experiencial (por oposição ao evitamento) e a desfusão dos pensamentos, com vista a aumentar a flexibilidade psicológica. Neste contexto, Hayes e colaboradores, em 2004, desenvolveram o *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ) como uma medida geral de (in)flexibilidade psicológica, avaliada pelo evitamento experiencial e a aceitação psicológica. Subsequentemente, diversas versões do AAQ foram desenvolvidas para perturbações e populações específicas, entre as quais se destaca o *Acceptance and Action Questionnaire-Specific Trauma* (AAQ-TS; Braekkan, Batten, Walser, Polusny, & Grantz, unpublished). Embora se desconheça, até ao momento, dados publicados sobre as características psicométricas deste último instrumento, o evitamento experiencial medido por esta versão original não validada revelou-se melhor predictor da sintomatologia decorrente do trauma, do que quando avaliado como um constructo geral (AAQ) (Land, K., 2010).

O presente estudo, inserido numa investigação mais alargada sobre o “Impacto Psicológico da guerra colonial Portuguesa nos seus Combatentes”, propôs-se traduzir e adaptar para a língua portuguesa a versão original do AAQ-TS e analisar as suas propriedades psicométricas numa amostra de veteranos de guerra do Ultramar.

MÉTODO

Participantes

Integraram o presente estudo 400 homens da população geral de combatentes da guerra colonial portuguesa, inicialmente recrutados através de contactos pessoais. Os contactos subsequentes foram obtidos em rede por indicação dos veteranos previamente contactados (amostragem Bola de Neve). As características da amostra apresentam-se posteriormente descritas.

Material

O protocolo de avaliação incluiu os seguintes questionários de auto-resposta:

Questionário da Auto-resposta para combatentes da Guerra Colonial Portuguesa (QACGCP; Carvalho, Cunha & Pinto-Gouveia, não publicado): questionário socio-demográfico dirigido a combatentes da guerra colonial Portuguesa. Para uma caracterização da amostra deste estudo, foram utilizados itens relativos aos pontos “1. Dados Actuais” e “3. Actividade em Operações Militares”.

PTSD Checklist-Military Version (PCL-M; Weathers, Litz, Huska, & Keane, 1994; versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, não publicado): avalia, numa escala de resposta de 5 pontos (1=Nada; 5=Extremamente), a severidade dos 17 sintomas da PTSD segundo a DSM-IV, resultantes de experiências militares indutoras de stress. A versão original apresenta uma boa

consistência interna (.97 no Estudo 1 e .96 no Estudo 2). No presente estudo, obteve-se um *alpha* de Cronbach de .96.

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; versão Portuguesa de Vaz Serra & Abreu, 1973): 21 itens, respondidos numa escala de 4 pontos, medem sintomas depressivos (cognitivos, afectivos, somáticos e vegetativo). Para a amostra utilizada no presente estudo, foi obtida consistência interna de .92.

Escala de Ansiedade e Stress da DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004): medem sintomas psicopatológicos de ansiedade e stress. Cada dimensão é constituída por 7 itens respondidos numa escala de resposta de 4 pontos (0=Não se aplicou nada a mim; 3=Aplicou-se a mim a maior parte da vezes). As escalas de Ansiedade e Stress da versão portuguesa apresentam *alphas* de Cronbach, respectivamente, de .74 e .81, enquanto no nosso estudo apuraram-se valores de .86 para a primeira e .93 para a segunda.

Acceptance and Action Questionnaire-Specific Trauma (AAQ-TS; Braekkan K., Batten, S., Walser, R., Polusny, M. & Grantz, K., unpublished; versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia): 37 itens, respondidos numa escala de resposta de 7 pontos (1=Nunca verdadeiro; 7=Sempre verdadeiro), avaliam o evitamento e a aceitação psicológica, processos indicadores da (in)flexibilidade psicológica. São desconhecidos, até á data, estudos sobre as propriedades psicométricas deste instrumento de medida.

Procedimentos

Após autorização dos seus autores, a versão original do AAQ-TS foi traduzida para o português por dois psicólogos clínicos com domínio da língua inglesa, seguindo-se a sua retroversão. Este procedimento foi posteriormente revisto por um tradutor especializado. Foi assegurada a equivalência linguística e semântica das duas versões.

Seguidamente, 1.250 (91.11%) sujeitos receberam o protocolo de avaliação via correio, acompanhado de envelope de taxa paga, sendo este entregue pessoalmente aos restantes 122 (8.89%) indivíduos contactados. A taxa total de resposta bem sucedida foi de 29.15% (400 participantes). Aproximadamente três semanas após a primeira administração, um sub-grupo de 109 sujeitos voltou a responder ao AAQ-TS. A participação foi voluntária, os sujeitos assinaram o consentimento informado e foram respeitados os princípios éticos da investigação.

Procedimentos Estatísticos: a estatística foi efectuada no programa SPSS, versão 17 para Windows. Na caracterização da amostra procedeu-se a cálculos das frequências, médias e desvios-padrão. Na Análise Factorial Exploratória utilizou-se o método de Análise das Componentes Principais (ACP). Para a consistência interna dos instrumentos calculou-se os *alphas* de Cronbach. A qualidade dos itens foi medida através do cálculo das correlações corrigidas item-total (em cada factor e na escala total). O

coeficiente de correlação paramétrico de Pearson permitiu analisar a estabilidade temporal do AAQ-TS, enquanto a sua capacidade discriminante foi estudada através do Teste t de Student para amostras independentes.

RESULTADOS

Características da Amostra

Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 50 e os 83 anos ($M=63.37$; $DP=5.17$), variando a sua escolaridade entre os 2 e 22 anos ($M= 7.98$; $DP=4.31$). 269 sujeitos (67.25%) possuíam uma formação académica ao nível do ensino básico, enquanto 69 (17.25%) distribuíram-se pelo ensino secundário e 62 (15.50%) pelo ensino superior. Em relação ao estado civil, 371 sujeitos (92.80%) eram casados ou viviam em união de facto, 14 (3.50%) encontravam-se divorciados, 8 (2.00%) eram viúvos e 7 (1.80%) solteiros. Quanto à situação profissional, 307 (76.75%) indivíduos encontravam-se reformados ou na situação de reserva militar, 87 (21.75%) permaneciam no activo e 6 (1.5%) estavam desempregados. Estes sujeitos exibiam as seguintes categorias profissionais (exercidas no momento actual ou previamente à reforma, reserva ou desemprego) pela seguinte ordem: 82 (20.50%) operários, artífices ou trabalhadores similares, 73 (18.30%) profissionais dos serviços e vendedores, 56 (13.30%) técnicos/profissionais de nível intermédio, 50 (12.50%) militares, 37 (9.30%) Intelectuais/cientistas, 33 (8.30%) administrativos, 24 (6.00%) operadores de instalações e máquinas, 21 (5.30%) trabalhadores não qualificados, 16 (4.00%) quadros dirigentes e 11 (2.80%) agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas. Finalmente, o tempo de exposição à guerra colonial Portuguesa variou na presente amostra entre 1 e 148 meses ($M=27.65$; $DP=16.87$).

Dimensionalidade

Tendo presente que os conteúdos dos 37 itens originais do AAQ-TS contemplam situações relacionadas com o evitamento (experencial e contextual) e a aceitação psicológica, constructos estes postulados pela ACT como teoricamente relacionados, procedeu-se à análise factorial exploratória através do método ACP, com rotação oblíqua. Foi produzida uma solução inicial composta por seis factores com *eigenvalues* superiores a 1 que, cumulativamente, explicam 62.41% da variância total (medida de Kaiser-Meyer-Olkin de .92; Teste de Esfericidade de Barlett de $\chi^2_{(630)}= 8481,445$, $p=.000$). O *Scree test* de Catell sugeriu a retenção de dois ou três factores teoricamente interpretáveis e clinicamente relevantes. Todavia, nestas duas estruturas obtiveram-se baixos coeficientes de correlação entre os factores (entre .05 e .26). Face a estes resultados foi efectuada a ACP com rotação varimax, tendo-se primeiramente forçado a solução a 3 factores e posteriormente a 2. Foram utilizados os seguintes critérios para eliminação progressiva dos itens nos factores: **1)** Comunalidades inferiores a .20; **2)** saturações em mais do que um factor (saturações superiores a .35 com uma diferença entre si

inferior a .10); **3)** saturações inferiores a .35 em todos os factores retidos. Os valores das correlações corrigidas item-total foram igualmente analisados, tendo sido eliminados os itens com coeficientes inferiores a .35 nos factores e na escala total.

Na solução forçada a 3 factores (evitamento contextual, evitamento experiencial e aceitação psicológica), foram progressivamente excluídos todos os itens da dimensão aceitação psicológica. Esta situação determinou que se avaliasse a possibilidade de não se eliminar os itens com correlações inferiores a .35 na escala total que apresentassem no factor em que saturavam valores iguais ou superiores a este. No entanto, obteve-se uma correlação praticamente nula ($r = -.01$) entre os factores de evitamento contextual e aceitação, dado teoricamente não interpretável no âmbito da ACT. Resultados idênticos foram obtidos para a solução forçada a 2 factores, composta pelas dimensões de evitamento e aceitação ($r = .02$).

Finalmente, a ACP do AAQ-TS foi forçada a um único factor. Com base nos procedimentos e critérios de exclusão dos itens supracitados, todos os itens de aceitação foram novamente eliminados. Assim, e de acordo com os postulados da ACT, a solução final ficou constituída por uma estrutura unidimensional composta por 20 itens de evitamento (contextual e experiencial) relacionados com o trauma que avaliam a inflexibilidade psicológica. Esta matriz final explica 52.49% da variância total, oscilando os valores de saturação dos itens no factor entre .46 e .85 (medida de Kaiser-Meyer-Olkin de .96; Teste de Esfericidade de Barlett foi de $\chi^2_{(190)} = 5885,355, p = .000$) (cf. Quadro 1).

Fidedignidade da Escala

Análise dos Itens e Consistência Interna:

A qualidade dos itens na estrutura unidimensional do AAQ-TS foi comprovada pela presença de correlações corrigidas item-total que variaram entre .46 e .82 (cf. Quadro 1). Obteve-se uma excelente consistência interna, caracterizada por um *alpha* de Cronbach de .95.

Fidelidade Temporal:

109 veteranos completaram pela segunda vez o AAQ-TS entre 20 e 38 dias após a primeira administração ($M = 23,61$). Obteve-se um coeficiente de correlação momento-produto de Pearson entre o teste e o reteste de .92, valor indicador de uma elevada consistência temporal.

Validade Discriminante

Na análise da capacidade discriminante do AAQ-TS, foram formados 2 sub-grupos de participantes (Evitamento alto; Evitamento baixo) com base no valor da mediana (55.00) obtido para esta medida. Os sujeitos com um somatório igual ao valor da mediana foram excluídos dos sub-grupos. O Teste t de Student mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com baixo e elevado evitamento relativamente aos sintomas da PTSD (PCL-M), de depressão (BDI), de ansiedade e de

stress (DASS-21). Participantes com elevado evitamento apresentaram maior sintomatologia, particularmente a associada à PTSD (cf. Quadro 2)

Quadro 1. Saturações Factoriais, Comunalidades, Médias, Desvios-Padrão e Correlações Corrigidas Item-Total para os Itens do AAQ-TS

	Itens	Saturações	Comunalidades	M	DP	Item-total (r)
1	A minha incapacidade para controlar os	.85	.71	2.5	2.0	.81
6.	sentimentos relacionados com o(s) trauma(s) é perturbadora.			8	3	
1	Mantenho-me afastado de lugares que me	.85	.72	2.8	2.2	.82
5.	recordam o(s) trauma(s).			0	1	
1	Evito pessoas que me possam fazer perguntas	.83	.69	2.7	2.1	.79
2.	acerca do(s) trauma(s).			1	1	
1	O(s) trauma(s) por que passei arruinou/arruinaram	.81	.66	2.5	2.1	.76
3.	a minha vida.			9	6	
1	Desisti de realizar actividades que antes gostava	.81	.65	2.5	2.0	.76
1.	porque elas fazem-me recordar o(s) trauma(s) que experienciei.			5	8	
1	Esforço-me muito para prevenir que me ocorram	.80	.63	3.0	2.1	.77
7.	pensamentos acerca da(s) experiência(s) traumática(s).			1	9	
2	Não faço coisas que podem ser importantes para	.79	.63	2.7	2.1	.75
0.	mim porque me podem fazer recordar o(s) trauma(s).			3	1	
5.	Deixo de cumprir as minhas responsabilidades quando recordo o(s) trauma(s).	.77	.59	2.5	2.0	.72
				0	3	
2.	Preocupo-me com a possibilidade de não conseguir controlar os pensamentos, sentimentos e memórias relacionados com o(s) trauma(s).	.76	.58	2.3	2.0	.75
				2	3	
1	Faria qualquer coisa para me livrar da dor que	.76	.58	3.1	2.3	.73
4.	sinto relacionada com o(s) trauma(s).			6	9	
8.	Tento não ir dormir porque os pesadelos são demasiado intensos.	.74	.54	2.5	2.1	.69
				1	2	
9.	Quando recordo o(s) trauma(s), perco a noção do tempo.	.73	.54	2.7	2.1	.68
				0	6	
1	Não falo muito acerca do(s) trauma(s) porque isso	.73	.53	3.3	2.2	.70
0.	perturba-me.			1	1	
7.	Evito relacionar-me com pessoas que me fazem recordar o(s) trauma(s).	.72	.51	2.7	2.2	.67
				7	0	
1	Tento manter o controlo sobre o ambiente que me	.71	.50	3.2	2.2	.68
8.	rodeia, de modo a que nada me faça recordar o(s) trauma(s).			4	2	
6.	Uso drogas ou álcool para evitar pensamentos negativos relacionados com o(s) trauma(s).	.63	.40	1.9	2.0	.57
				8	3	
1	Luto para conseguir ter as coisas feitas quando	.52	.27	3.3	2.2	.49
9.	tenho recordações acerca do(s) trauma(s).			8	7	
1.	Tento evitar recordações sobre o(s) trauma(s) que experienciei.	.52	.27	3.7	2.1	.50
				8	7	
4.	Se pudesse, como por magia, livrar-me dos meus pensamentos e sentimentos relacionados com o(s) trauma(s), fá-lo-ia.	.52	.27	4.0	2.4	.50
				8	3	
3.	Esforço-me muito para me libertar dos pensamentos e sentimentos perturbadores relacionados com o(s) trauma(s).	.46	.23	3.7	2.2	.46
				3	1	
Eigenvalue:		10.50				
Total da Variância explicada (%):		52.49				

Quadro 2. Comparação da Médias do PCL-M, BDI e DAS-S21 NOS SUB-GRUPOS DO AAQ-TS

Medidas de Sintomas	AAQ-TS- Evitamento Baixo (n=197)		AAQ-TS- Evitamento Alto (n=199)		df	t	p
	Média	DP	Média	DP			
PCL-M (Sintomas da PTSD)	28.71	13.82	44.67	17.36	39	-10.11	.000
BDI (Sintomas de Depressão)	7.00	7.32	13.93	10.23	39	-7.68	.000
DASS-21-Sintomas de Ansiedade	2.68	3.27	5.13	4.66	39	-6.50	.000
DASS-21-Sintomas de Stress	4.29	4.77	7.51	5.13	30	-5.60	.000

DISCUSSÃO

Os resultados da análise factorial exploratória sugerem que a versão portuguesa do AAQ-TS apresenta uma estrutura unidimensional composta por 20 itens que avaliam o evitamento experiencial e contextual associados às experiências traumáticas. Esta medida de inflexibilidade psicológica apresenta adequadas propriedades psicométricas e uma boa capacidade discriminante, particularmente em relação à sintomatologia da PTSD. Tais resultados, embora não sejam passíveis de comparação, por se desconhecerem investigações prévias semelhante, são indicadores da adequação da aplicação desta medida a combatentes da guerra colonial Portuguesa, particularmente no âmbito da ACT. Estudos futuros devem envolver outro tipo populações, proceder a análises factoriais confirmatórias e analisar se o constructo medido por este instrumento se comporta como um factor de risco no desenvolvimento e manutenção da PTSD.

REFERÊNCIAS

- Braekkan, K., Batten, S., Walser, R., Polusny, M., & Grantz, K., (unpublished). Acceptance and Action Questionnaire-Specific Trauma.
- Ciarrochi, J., Robb, H., & Godsell, C. (2005). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from Acceptance and Commitment Therapy. Part 1: Philosophical and theoretical underpinnings. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(2), 79-106.

- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Hayes, S., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K.. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experimental approach to behavior change*. New York: The Glilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., Dykstra, T., Batten, S., Bergan, J., Stewart, S., Zvolensky, M., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Land, K. (2010). *Examining the Role of Experiential Avoidance Specific to Post-trauma Symptoms*. Unpublished doctoral dissertation in psychology presented to the Faculty of California School of Professional Psychology of Alliant International University.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicológica*, 36, 235-246.
- Penley, J., Tomaka, J., & Wiebe, J. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Walser, R., Westrup, D. (2007). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic Stress Disorder and trauma-related problems: a practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies*. Oakland: New Harbinger publications, Inc.
- Wenzlaff, R., & Wegner, D. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros depressivos. I-Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.

AVALIAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS PERITRAUMÁTICAS NA POPULAÇÃO DE COMBATENTES DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA

TERESA CARVALHO 1,2, MARINA CUNHA 1,2 & JOSÉ PINTO-GOUBEIA 1

A dissociação é referida na literatura, quer como uma das principais formas de evitamento e de controlo cognitivo das experiências emocionais e dos estados mentais negativos associados ao trauma, quer como um factor de risco que, paradoxalmente, contribui para o desenvolvimento e manutenção da Perturbação Pós-stress Traumático (PTSD) (Foa, Steketee, Rothbaum, 1989; Ehlers & Clark, 2000, Ozer, Best, Lipsey, & Weissner, 2003; Walser & Westrup, 2007), particularmente em populações de veteranos de guerra (Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004).

Mais concretamente, este tipo de estratégia cognitiva aplicada à regulação dos efeitos aversivos ocorridos durante ou imediatamente a seguir ao evento traumático (dissociação peritraumática), pode apresentar-se sob as formas de desrealização, despersonalização, sentido alterado do espaço e do tempo, confusão, desorientação, entre outras (Briere, Scott, & Weathers, 2005), funcionando como um meio de escape às experiências privadas negativas (evitamento experiencial) ou como uma tentativa de alterar a sua forma ou frequência (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Todavia, a consequente obtenção de um alívio inicial do sofrimento reforça o seu uso posterior e impede a extinção das intensas respostas de medo/ameaça inerentes às memórias e emoções traumáticas (Ehlers & Clark, 2000). Realce-se que a dissociação é, de acordo com os resultados da meta-análise de Ozer e colaboradores (2003), o principal preditor da PTSD.

O *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ; Marmar, Weiss, Metzler, 1997) tem sido a medida mais usada para avaliar a dissociação peritraumática, encontrando-se os seus resultados fortemente associados com a presença de sintomas da PTSD (para revisão, consultar Marmar, Metzler, & Otte, 2004). Consideramos, desta forma, que este instrumento de medida se torna útil na sinalização de indivíduos com este tipo experiências dissociativas, facilitando a implementação de intervenções psicoterapêuticas apropriadas para prevenir e/ou minimizar os sintomas decorrentes do trauma. Entre tais intervenções realça-se a eficácia daquelas que estão direccionadas para a promoção da aceitação experiencial e da consequente flexibilidade psicológica, como por exemplo, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

1- CINEICC- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2 -Instituto Superior Miguel Torga.

O presente estudo, inserido numa investigação mais alargada sobre o impacto psicológico da guerra colonial portuguesa nos seus combatentes, propôs-se apresentar a versão Portuguesa do PDEQ-Versão de auto-resposta com 10 itens (PDEQ-10SRV) e as suas características psicométricas numa amostra de combatentes da guerra colonial Portuguesa.

MÉTODOS

Participantes

A presente amostra é constituída por 209 indivíduos da população geral de combatentes da guerra colonial portuguesa. Os participantes foram primeiramente recrutados através de contactos pessoais, tendo os subsequentes contactos sido obtidos em rede por indicação dos veteranos previamente contactados (amostragem Bola de Neve). As características da amostra apresentam-se descritas na apresentação dos resultados.

Material

O protocolo de avaliação englobou os instrumentos de medida abaixo descritos, tendo sido apresentados aos sujeitos pela ordem que se segue:

PTSD Checklist-Military Version (PCL-M; Weathers, Litz, Huska,, & Keane, 1994; versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, não publicado): instrumento de auto-resposta que avalia, numa escala de resposta de 5 pontos (1=Nada; 5=Extremamente), a severidade dos 17 sintomas da PTSD de acordo com a DSM-IV, resultantes de experiências militares indutoras de stress. Para a versão original foi obtida uma excelente consistência interna (.97 no Estudo 1 e .96 no Estudo 2). Neste estudo, apurou-se um *alpha* de Cronbach de .96.

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; versão Portuguesa de Vaz Serra & Abreu, 1973): com o formato de auto-resposta, este questionário visa medir sintomas depressivos (cognitivos, afectivos, somáticos e vegetativo) distribuídos por 21 itens, respondidos numa escala de 4 pontos. Obteve-se para a amostra utilizada no presente estudo uma consistência interna de .90.

Escala de Ansiedade e Stress da DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004): o DASS-21 é um instrumento de auto-resposta composto por três dimensões que avaliam sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e de stress. Cada uma destas dimensões é constituída por 7 itens respondidos numa escala de resposta de 4 pontos (0=Não se aplicou nada a mim; 3=Aplicou-se a mim a maior parte da vezes). As escalas de Depressão, Ansiedade e Stress da versão portuguesa apresentam *alphas* de Cronbach, respectivamente, de .85, .74 e .81. As Escalas de Ansiedade e de Stress utilizadas neste estudo possuem uma adequada consistência interna

(*alpha* de Cronbach=.86 para a escala de ansiedade; *alpha* de Cronbach=.92 para a escala de stress).

Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-10 Items Self-Report Version (PDEQ-10SRV; Marmar, Weiss, & Metzler, 1997; versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia): questionário de auto-resposta que se propõe avaliar retrospectivamente a dissociação ocorrida durante ou imediatamente a seguir a um evento traumático. Os 10 itens que o constituem são respondidos numa escala de 5 pontos, (1=Nada verdadeiro; 5=Extremamente verdadeiro) e incluem experiências do tipo: “ter uma branca”, sentir que se está em piloto automático, distorção do tempo, desrealização, despersonalização, confusão, redução da consciência e amnésia. Este instrumento apresenta-se uma boa consistência interna

(Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, Foreman, 1996; Marmar *et al.*, 1997).

Procedimentos

Procedimentos metodológicos: após a permissão dos autores originais do PDEQ-10SRV, este foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por recurso ao método de método tradução-retroversão. A presente tarefa foi efectuada por dois psicólogos clínicos com domínio do inglês escrito e falado. Seguidamente, este procedimento foi revisto por um tradutor especializado, a fim de assegurar as equivalências linguística e semântica das duas versões.

Num segundo momento, o protocolo de avaliação foi distribuído, quer via correio conjuntamente com envelope de taxa paga, quer pessoalmente. A taxa de resposta bem sucedida foi de aproximadamente 30%, correspondente a 209 participantes. 110 destes sujeitos preencheram novamente o PDEQ-10SVR aproximadamente três semanas após a primeira administração. A participação dos participantes foi voluntária, tendo sido obtido o seu consentimento informado. Foram respeitados os princípios éticos da investigação científica.

No processamento dos dados estatísticos recorreu-se ao programa SPSS, versão 17 para Windows. A caracterização da amostra envolveu cálculos de frequências, médias e desvios-padrão. A Análise Factorial Exploratória foi efectuada através do método de Análise das Componentes Principais (ACP). Para a consistência interna dos instrumentos calculou-se os *alphas* de Cronbach. A homogeneidade dos itens foi medida através do cálculo das correlações corrigidas item-total. Finalmente a estabilidade temporal e a capacidade discriminante da escala em estudo foram avaliadas, respectivamente, através da correlação momento-produto de Pearson e do Teste t de Student para amostras independentes.

RESULTADOS

Características da Amostra

As características gerais da amostra estão descritas no Quadro 1. Como se pode verificar, a idade

dos participantes oscilou entre os 53 e os 80 anos ($M=62.81$ $DP=5.23$), enquanto a sua escolaridade variou entre os 2 e 19 anos ($M= 8.25$; $DP=4.43$). O tempo de exposição ao teatro de operações de combate da guerra colonial Portuguesa situou-se entre 4 e 148 meses ($M=28.70$; $DP=17.97$).

Quadro 1: Características da Amostra ($n=209$)

	Idade	DP	Intervalo
Idade	62.81	5.23	(53-80)
Anos de escolaridade	8.25	4.43	(2-19)
Meses de exposição à guerra do Ultramar	28.70	17.97	(4-148)

Dimensionalidade

A Análise de Componentes Principais (ACP) do PDEQ-10SRV produziu uma medida de Kaiser-Meyer-Olkin de .936, enquanto o Teste de Esfericidade de Bartlett revelou um resultado de $X^2(45)=1574.966$, $p=.000$. Obteve-se uma solução inicial composta por um único factor com *eigenvalues* superiores a 1, a qual explica 62.27% da variância total. O *scree test* de Cattell também sugeriu de forma clara a retenção de apenas um factor.

Os coeficientes de saturação dos itens no factor variaram entre .76 e .86. (cf. Quadro 2).

Fidedignidade da Escala

Análise dos Itens e Consistência Interna:

As correlações corrigidas item-total variam entre .71 e .82 (cf. Quadro 2).

A escala apresenta uma adequada consistência interna, com um *alpha* de Cronbach de .94.

Fidelidade Temporal:

A estabilidade temporal foi estudada num sub-grupo de 110 combatentes. O intervalo de tempo entre a primeira e segunda administração do PDEQ-10SRV variou entre 21 e 42 dias ($M=24,26$ dias). Obteve-se um coeficiente de correlação momento-produto de Pearson de .88, o qual sugere uma boa estabilidade temporal.

Validade Discriminante

Para analisar a capacidade discriminante do PDEQ-10SRV, foram constituídos dois sub-grupos de participantes (Baixa dissociação; Alta dissociação) com base no valor da mediana (15.00) obtida para esta medida de dissociação. Os sujeitos com um somatório igual ao valor da mediana foram excluídos destes grupos.

Como esperado, o Teste t de Student revelou a existência de diferenças significativas entre os dois sub-grupos com baixa e alta dissociação relativamente aos sintomas da PTSD, de depressão, de ansiedade e de stress. Os veteranos com elevados valores de dissociação apresentam mais sintomatologia, com destaque para a associada à PTSD (cf. Quadro 3).

Quadro 2: Saturações Factoriais, Comunalidades, Médias, Desvios-Padrão e Correlações Corrigidas Item-Total para os Itens do PDEQ-10SVR

	Itens	Saturações	Comunalidades	M	DP	Item-total (r)
9.	Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que tive dificuldade em perceber o que estava a acontecer.	.86	.74	2.10	1.25	.82
10	Senti-me desorientado, isto é, houve momentos em que não tinha a certeza de onde estava ou do tempo em que me encontrava.	.85	.73	1.97	1.31	.81
8.	Fiquei surpreendido(a) ao verificar que, afinal, muitas coisas tinham acontecido na altura em que não tive consciência delas, especialmente coisas que habitualmente teria notado.	.84	.71	1.95	1.18	.80
7.	Senti como se as coisas que estavam realmente a acontecer aos outros estivessem a acontecer comigo – como se estivesse preso(a), quando na realidade não estava.	.83	.69	1.85	1.12	.78
6.	Houve momentos em que a percepção do meu próprio corpo parecia distorcida ou alterada. Sentia-me desligado(a) do meu próprio corpo, ou como se o meu corpo fosse maior ou mais pequeno do que o habitual.	.82	.67	1.56	1.00	.77
4.	O que estava a acontecer parecia-me irreal, como se estivesse num sonho ou a ver um filme ou uma peça de teatro.	.81	.65	1.87	1.13	.76
2.	Percebi que estava em “piloto automático” – Acabei por fazer coisas que, mais tarde, percebi que não tinha realmente decidido fazer-las.	.80	.64	1.76	1.08	.75
1.	Tive momentos em que perdi a noção do que se estava a passar – tive “uma brancura”, “perdi a noção do espaço” ou, de qualquer outra forma, não senti que fazia parte do que se estava a passar.	.79	.62	1.74	1.15	.74
3.	A minha noção do tempo modificou-se – As coisas pareciam estar a acontecer em “câmara lenta”.	.78	.61	1.91	1.21	.73
5.	Senti-me como se fosse um(a) espectador(a) a observar o que me estava a acontecer, como se estivesse a flutuar por cima da cena ou a observá-la como alguém que estivesse de fora.	.76	.58	1.62	1.03	.71
Eigenvalue:		6.63				
Total da Variância explicada (%):		62.27				

Quadro 3. Comparação da Médias do PCL-M, BDI e DASS-21 nos Sub-grupos do PDEQ-10SVR

Medidas de Sintomas	AAQ-TS-Evitamento Baixo (n=101)		AAQ-TS- Evitamento Alto (n=102)		df	t	p
	Média	DP	Média	DP			
PCL-M-(Sintomas da PTSD)	25.06	10.24	47.08	17.03	201	- 1.15	.000
BDI-(Sintomas de Depressão)	7.24	7.26	12,36	8.99	197	- 4.41	.000
DASS-21-Sintomas de Ansiedade	2.24	3.11	5.66	4.48	198	- 6.26	.000
DASS-21-Sintomas de Stress	3.68	4.23	8.21	5.39	200	- 6.64	.000

DISCUSSÃO

Os resultados da análise factorial exploratória demonstraram que a versão portuguesa do PDEQ-10SRV possui uma estrutura unidimensional clara e facilmente interpretável, composta pelos mesmos 10 itens da versão original. Esta estrutura constituída por um único factor foi igualmente observada em vários estudos prévios que analisaram as versões de auto-resposta e de entrevista do PDEQ com 8 e 10 itens (Marmar *et al.*, 1994; Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996; O'Toole, Marshall, Schureck, & Dobson, 1999; Tichenor, Marmar, Weiss, Metzler, & Ronfeldt, 1996).

Os resultados das propriedades psicométricas da presente versão do PDEQ indicam que se trata de medida válida e fiável para avaliar as experiências dissociativas em veteranos da guerra colonial portuguesa. Realce-se que a sua consistência interna (*alpha* de Cronbach de .94) se apresenta superior às obtidas nas versões descritas na literatura (*alphas* de Cronbach entre .77 e .80).

Estudos futuros sobre a versão portuguesa do PDEQ-10SRV deverão proceder à análise factorial confirmatória na população de combatentes da guerra do Ultramar e serem alargados a populações expostas a outros tipos de eventos traumáticos.

REFERÊNCIAS

- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2295-2301.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of Posttraumatic Stress Disorders. *Behavior Research Therapy*, 34(4), 319-345.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of Post-Traumatic Stress Disorders. *Behavior Therapy*, 20, 219-239.
- Hayes, C. S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experimental approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, C. S., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Marmar, C. S., Metzler, T. J., & Otte, C. (2004). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J. P. Wilson & T. Keane (Ed.), *Assessing trauma and PTSD*. (pp. 144-167). New York: Guilford.
- Marmar C.R., Weiss D.R., & Metzler T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and*

- posttraumatic stress disorder* (pp. 412–428). New York: The Guilford Press.
- Marmar C. R., Weiss D. S., Metzler T. J., & Delucchi K. (1996). Characteristics of emergency personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153(Festschrift Supplement),94–102.
- Marmar C. S, Weiss D. R., Metzler T. J., Ronfeldt, H, & Foreman C. (1996). Stress responses of emergency personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 63-85.
- Marmar C.R, Weiss D.S., Schlenger W. E, Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A., & Hough, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- O'Toole, B. I, Marshall, R. P., Schureck, R. J., & Dobson, M. (1999). Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 625-40.
- Tichenor V, Marmar C. R, Weiss D. S., Metzler T. J., & Ronfeldt H. M. (1996). The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: findings in female Vietnam theater veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4,1054-9.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. I., Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorders and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 85-95.
- Walser, R. D., & Westrup, D. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

PROCESSOS DE AJUSTAMENTO NOS CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

ANA MARGARIDA CAVALEIRO 1 & ISABEL LEAL 2

A demência é uma situação adquirida e permanente de défice global das faculdades mentais, abrangendo para além das capacidades cognitivas, onde se incluem a senso-percepção e a comunicação, capacidades afectivas, volitivas, o comportamento e a personalidade (Barreto, 2005). A Doença de Alzheimer é, actualmente, considerada a principal causa de demência, sendo que, em Portugal as estimativas referem a existência de cerca de 90 mil pessoas com esta patologia, das 153 mil pessoas com demência em Portugal (Alzheimer Portugal, 2011).

Ser cuidador de uma pessoa com Demência, nomeadamente Doença de Alzheimer, tem consequências a nível físico, psicológico e social para os cuidadores (Michon, Weber, Gargiulo, Canuto, & Giannakopoulos, 2004), estando estes sujeitos a várias exigências causadoras de significativos níveis de stress, ansiedade e manifestações depressivas (Mannion, 2008; Mausbach et al., 2006;).

O ajustamento psicológico ao processo de cuidar, isto é, a adaptação do cuidador ao papel de cuidar, afigura-se essencial com vista à diminuição do impacto destas exigências. Estamos a tomar como medida de ajustamento emocional a compatibilidade entre as diferentes variáveis (variáveis individuais: auto-eficácia, variáveis situacionais: suporte social, variáveis de resultado: ansiedade, depressão, stress e qualidade de vida) e estratégias de coping.

As estratégias de coping são vistas como um processo que pode mediar o impacto que os cuidadores enfrentam e o seu ajustamento psicológico à situação (Gignac & Gottlieb, 1996).

O Perceived Stress Model of Caregiver Burden procura prever o tipo de ajustamento tendo em conta que não são as características da situação que determinam o ajustamento, mas sim a avaliação que o cuidador faz da sua situação, focando-se nas estratégias de coping, stress percebido e auto-eficácia que utilizam (Chwalisz, 1996). Assim, tomamos ainda como medida de Ajustamento saudável a ausência de sintomatologia de Ansiedade, Depressão e Stress.

1 Alzheimer Portugal, UIPES; 2 ISPA, UIPES.

De facto, a escolha das estratégias de coping relaciona-se com a auto-eficácia percebida pelos cuidadores (Fortinsky, Kercher, & Burant., 2002) e as estratégias de coping são, ainda, consideradas um mediador entre a qualidade de vida e a auto-eficácia (Plata, 2007), sendo que a utilização de estratégias de coping passivas diminuem os níveis de qualidade de vida (Riedijk et al., 2006). Desta forma, encontrar estratégias de coping que levem a processos de ajustamento mais adequados pode ser uma intervenção útil para controlar estados ansiosos nos cuidadores (Cooper, Katona, Orrel, & Livingston, 2006).

Assim, as estratégias de coping desempenham um papel preponderante pois a utilização de estratégias disfuncionais, tal como estratégias baseadas no evitamento, são factores preditivos de ansiedade (Cooper et al., 2006) estando também positivamente associadas a sintomatologia depressiva (Mausbach et al., 2006) que, por sua vez, também é preditora de ansiedade (Cooper et al., 2006). A utilização de estratégias de coping focalizadas nas emoções demonstrou proteger os cuidadores do desenvolvimento de elevados níveis de ansiedade, ao contrário da utilização de estratégias de coping baseadas na resolução de problemas (Cooper, Katona, Orrel, & Livingston, 2008).

O sucesso das estratégias adoptadas depende de variáveis como o suporte social percebido (Croog et al., 2006) que se verifica ser preditor de sintomatologia depressiva (Liu, 2009).

Torna-se necessário ter ainda em conta que o stress excessivo surge como um preditor significativo de depressão e ansiedade nos cuidadores (Gibson, 2004), e que o aumento da utilização de estratégias de coping baseadas na resolução de problemas tem resultados positivos na diminuição dos níveis de stress e melhoram o processo de ajustamento ao papel de cuidador (Wartella et al., 2009).

Uma vez que os processos de ajustamento emocional resultam da relação entre variáveis, tais como a depressão e o stress percebido (Gilley et al., 2005), as investigações realizadas têm considerado importante perceber quais as implicações das estratégias de coping, face a outras variáveis, com vista à melhoria dos processos de ajustamento dos cuidadores ao papel de prestador de cuidados (Kneebone & Martin, 2003). No entanto, os estudos efectuados não têm reflectido sobre a influência que estas variáveis têm nos processos de ajustamento, nem como as variáveis psico-sociais se relacionam entre si e com as estratégias de coping adoptadas e, consequentemente, qual a relação de ambas com os diversos processos de ajustamento dos cuidadores.

MÉTODO

Participantes

Foram recolhidos 450 questionários de cuidadores formais técnicos, cuidadores formais não técnicos (ajudantes de acção directa) e cuidadores informais de pessoas com Doença de Alzheimer

junto de Instituições Particulares de Solidariedade Social de várias zonas do país. A maioria da amostra foi recolhida na Associação Alzheimer Portugal. Os critérios estabelecidos para a selecção de cuidadores foram: - Cuidadores formais, desempenharem funções de cuidador de pessoa com Doença de Alzheimer, de forma remunerada; - Cuidadores informais, desempenharem funções de cuidador de pessoa com Doença de Alzheimer, de forma não remunerada.

Material

Os instrumentos utilizados foram: - Questionário Sócio-Demográfico, constituído pelos seguintes itens; sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, parentesco, situação da pessoa com Doença de Alzheimer (institucionalizada, centro de dia, etc.), tempo de prestação de cuidados e apoios recebidos; - Brief COPE, adaptação portuguesa do COPE (Ribeiro & Rodrigues, 2004); - SF-36, adaptação portuguesa por Ferreira (2000 a; 2000b); - Escala de Depressão Ansiedade e Stress, versão adaptada para a população portuguesa da DASS (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004); - Escala de Satisfação com o Suporte Social, (Ribeiro, 1999); - Escala de Auto-Eficácia para Cuidadores de Pessoas com Demência (Fortinsky et al., 2002), numa escala de tipo Likert de 10 posições. Tendo sido efectuada a tradução e retroversão da Escala de Auto-Eficácia para Cuidadores de Pessoas com Demência (Fortinsky et al., 2002), com vista à adaptação para a população portuguesa desta escala. A escala visa verificar qual a Auto-Eficácia percebida em relação à forma de lidar com os sintomas da Demência, auto-eficácia percebida em providenciar serviços de suporte e auto-eficácia percebida em relação à administração da medicação.

RESULTADOS

Torna-se importante referir que ao nível das Estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores, a análise factorial efectuada ao Questionário Brief Cope revelou a existência de três factores distintos: Coping Positivo (Coping Activo, Planear, Utilizar Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva e Aceitação), Coping Emocional (Utilizar Suporte Social Emocional, Religião e Expressão de Sentimentos), Coping Negativo (Auto Culpabilização, Negação e Desinvestimento Comportamental). Os processos de ajustamento estudados tiveram em conta estes três factores.

Assim, os resultados preliminares obtidos relevam que os cuidadores informais não apresentaram níveis significativos de *Ansiedade* (70% - sem ansiedade, 19,3% - ansiedade leve, 8,7% - ansiedade moderada, 2% - ansiedade grave), *Depressão* (61,3% - sem depressão, 21,3% - depressão ligeira, 14% - depressão moderada, 3,4% - depressão grave) e *Stress* (36% - sem stress, 40% - stress leve, 15,3% - stress moderado, 8,7% - stress grave). No que se refere às variáveis mais utilizadas num ajustamento saudável os cuidadores utilizaram estratégias de coping positivo, demonstrando elevados níveis de satisfação com as actividades amigos, intimidade e social, elevada percepção de boa qualidade de vida

ao nível da saúde mental e física. Para a variável depressão temos ainda a utilização de estratégias de coping baseadas no humor e elevada percepção de auto-eficácia em termos de lidar com os sintomas.

Também no que se refere aos cuidadores formais técnicos os resultados indicam a ausência de níveis significativos de *Ansiedade* (94% - sem ansiedade, 6% ansiedade leve), *Depressão* (90,7% - sem depressão, 8,6% - depressão ligeira, 0,7% - depressão grave) e *Stress* (70% - sem stress, 24,6% - stress leve, 4,7% - stress moderado, 0,7% - stress grave). As variáveis mais utilizadas num ajustamento saudável foram as estratégias de coping positivo, demonstrando elevados níveis de satisfação com os amigos, intimidade (depressão) e actividades sociais (stress), elevada percepção de auto-eficácia em termos de lidar com os sintomas e com a medicação (ansiedade) e elevada percepção de boa qualidade de vida ao nível da saúde mental.

No que se reporta aos cuidadores formais não técnicos verifica-se a inexistência de níveis significativos de *Ansiedade* (90% - sem ansiedade, 6% - ansiedade leve, 4% - ansiedade moderada), *Depressão* (80% - sem depressão, 16% - depressão leve, 4% - depressão moderada) e *Stress* (65,3% - sem Stress, 20,7% - stress leve, 12,7% - stress moderado, 1,3% - stress grave). As variáveis mais utilizadas num ajustamento saudável foram as estratégias de coping positivo, estratégias de coping baseadas no humor, demonstrando elevados níveis de satisfação com os amigos, intimidade e actividades sociais (stress), Elevada percepção de auto-eficácia em termos de lidar com os sintomas, com a medicação e com os serviços de suporte e, finalmente, demonstraram uma elevada percepção de boa qualidade de vida ao nível de saúde mental e física.

As variáveis que mais foram utilizadas num ajustamento desadequado foram as estratégias de coping emocional e as estratégias de coping negativo. De facto existiram correlações positivas, obtidas através do coeficiente de correlação de Pearson, entre a variável depressão e as estratégias de coping emocional (0,239) e estratégias de coping negativo (0,194) e entre a variável stress e as estratégias de coping negativo (0,249).

No que se refere à adaptação e validação para a população portuguesa da Escala de Auto-Eficácia para Cuidadores de Pessoas com Demência os resultados demonstram um alfa de Cronbach elevado no primeiro, segundo e terceiro factor da escala, apresentando os valores $\alpha=0,906$; $\alpha=0,884$ e $\alpha=0,813$ respectivamente, apresentando um boa consistência interna.

DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos poderemos verificar a necessidade de se estabelecerem estratégias de intervenção, junto dos cuidadores, que promovam as relações interpessoais, actividades sociais e aumentem a auto-percepção de boa qualidade de vida ao nível da saúde física e mental. As intervenções devem focar-se na utilização de estratégias de coping positivas e estratégias de coping baseadas no Humor.

Podem efectuar-se dinâmicas de grupo e role-play que simulem situações onde se utilizem estas estratégias com vista à percepção e interiorização da sua eficácia. Torna-se relevante a realização de acções de informação específicas com vista ao aumento da percepção de auto-eficácia ao nível de lidar com sintomas, com serviços de suporte e com medicação.

Palavras-Chave: Cuidadores, Alzheimer, Ajustamento.

REFERÊNCIAS

- A Prevalência da Demência*. Consultado em Março, 27, 2011, do site da Alzheimer Portugal, <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=898>
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In: A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp.27). Lisboa:Lidel.
- Chwalisz, K. (1996). The Perceived Stress Model of Caregiver Burden: Evidence From Spouses of Persons With Brain Injuries. *Rehabilitation Psychology*, 41(2), 91-114.
- Cooper, C., Katona, C., Orrel, M., & Livingston, G., (2006). Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: The LASER-AD study. *Journal of Affective Disorders*, 90(1), 15-20.
- Cooper, C., Katona, C., Orrel, M., & Livingston, G., (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 929-936.
- Croog, S. H., Burleson, J. A., Sudilovsky, A. & Baume, R. M. (2006). Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging & Mental Health*, 10(2), 87-100.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da Versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação Cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 66-60.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da Versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Testes de Validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Fortinsky, R. H., Kercher, K., & Burant, C. J. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging & Mental Health*, 6(2), 153-160.
- Gibson, B. E. (2004). A methodological journey to examine the stress process among dementia *caregivers* from three ethnoracial groups: Caucasian, African American, and Hispanic. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 64(9-A), 3429.

- Gignac, M. A., & Gottlieb, B. H., (1996). Caregivers' appraisals of efficacy in coping with dementia. *Psychology and Aging*, 11(2), 214-225.
- Gilley, D. W., McCann, Judith J., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2005). Caregiver psychological adjustment and institutionalization of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Aging & Health*, 17(2), 172-189.
- Kneebone, I. I. & Martin, P. R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8(1), 1-17.
- Liu, W. (2009). Examining the effects of positive aspects of caregiving, mood, and social support in dementia caregivers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69(8-B), 5037.
- Mannion, E. (2008). Alzheimer's disease: the psychological and psysical effects of the caregiver's role. Part 2. *Nursing Older People*, 20(4), 33-38.
- Mausbach, B. T., Aschbacher, K., Patterson, T. L., Ancoti-Israel, S., von Känel, R., Mills, P. J., Dimsdale, J. E., & Grant, I. (2006). Avoidant coping partially mediates the relationship between patient problem behaviours and depressive symptoms in spousal Alzheimer caregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(4), 299-306.
- Michon, A., Weber, K., Gargiulo, M., Canuto, U., & Giannakopoulos, P. (2004). Le fardeau du soignant dans la démence: Déterminants et stratégies d'intervention. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 155(5), 217-224.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (5), 446-457.
- Plata, T. A. (2007). Stress, coping and meaning in caregivers of family members with Alzheimer disease. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 76(1-B), 6073.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EDAS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.

- Riedijk, S., De Vugt, M., Duivenvoorden, H., Niermeijer, M., Van Swieten, J., Verhey, F. R. J., & Tibben, A. (2006). Caregiver Burden, health-Related Quality of Life and Coping in Dementia Caregivers: A Comparison of Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5/6), 405-412.
- Stewart, M., Barnfather, A., Neufeld, A., Warren, S., Letourneau, N. & Liu, L. (2006). Accessible Support for family Caregivers of seniors with chronic conditions: from isolation to inclusion. *Canadian Journal of Aging*, 25(2), 179-192.
- Wartella, J., Auerbach, S. M., Ward, K. R. (2009). Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 66 (6), 503-509.

AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (EAES) NO ÂMBITO DA SIDA

*CLÁUDIA CHAVES 1, ANABELA PEREIRA 2, ROSA MARTINS 1, JOÃO DUARTE 1, PAULA
NELAS 1 & EMÍLIA COUTINHO 1*

A investigação e a intervenção psicológica têm vindo, a dar um importante contributo não só para a compreensão dos factores comportamentais associados à Sida e à infecção do VIH, mas também para as intervenções dirigidas para a educação e prevenção junto de diversos grupos e comunidades. Com efeito os estudos realizados têm centrado a sua atenção mais nos grupos que têm as taxas mais elevadas de incidência da Sida e VIH e que emergem como grupos de risco, enquanto que, outro lado, são escassos os estudos dirigidos para a mudança de atitudes e comportamentos de grupos que se podem considerar de “baixo risco”, mas que são potenciais grupos de “alto risco”. É o caso por exemplo, dos jovens adultos com múltiplos parceiros sexuais ou dos adolescentes na fase de experimentarem a sexualidade que acabaram por descobrir (Chaves *et al.*, 2007; Chaves *et al.*, 2010; Nelas *et al.*, 2010).

Não admira por isso que nos últimos anos, se tenha vindo a assistir a um reconhecimento consensual da necessidade de dirigir mais a atenção dos investigadores e especialistas para a investigação junto de populações não relacionadas directamente com a Sida e mais concretamente junto dos adolescentes e jovens adultos. Por outro lado, tem vindo a ser comprovada a sua resistência a campanhas educativas e preventivas que se deve em parte aos valores e atitudes características e associadas ao período desenvolvimental em que se encontram e que podem inibir ou dificultar a mudança de comportamentos. Alguns estudos recentes sugerem que a mudança de comportamentos entre estudantes adolescentes e jovens adultos é muito pequena ou mesmo inexistente (Costa *et al.*, 2008). Face ao exposto questionamo-nos: de que forma as variáveis socio-demográficas e académicas se repercutem na avaliação da educação para a saúde? Em que medida os estudantes do ensino superior participaram/foram alvo de uma prática estruturada de educação para a saúde no âmbito da Sida? De que forma os estudantes avaliam as práticas da educação para a saúde de que foram alvo?

1 -Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; 1 -Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Se perguntássemos o que é a Educação para a Saúde, não teríamos uma resposta imediata e tal questão poderia implicar a existência de respostas diversas, quando não divergentes. Em relação aos programas de Educação para a Saúde no nosso país o seu desenvolvimento ainda não atingiu a plenitude.

A infecção VIH/sida, como doença crónica, influencia a vida diária do indivíduo em diversos domínios, nomeadamente nos psicossociais e consequentemente a sua qualidade de vida. Surge como uma das formas de prevenção da doença a educação para a saúde.

Foi neste contexto que optamos por desenvolver um estudo sobre educação para a saúde relacionada com a infecção VIH/sida. A escolha metodológica teve por base o tipo de estudo, os objectivos e as questões de investigação.

MÉTODO

O estudo realizado, enquadra-se no tipo de pesquisa transversal, não experimental, possuindo as características dos estudos descritivos, correlacionais e explicativos. Neste capítulo serão apresentados os participantes no estudo e protocolo de avaliação utilizado.

Participantes

Participaram no presente estudo 1854 estudantes do ensino superior, com o perfil sócio-demográfico dominante um jovem do sexo feminino, com uma idade média de 21,76 anos, solteira, residente na zona urbana, que cohabita com os pais, um irmão e outros familiares, está inserida numa família em que os progenitores possuem maioritariamente como habilitações literárias a antiga quarta classe, o pai exerce a profissão de operário, artífice e trabalhadores similares, e a mãe trabalhadora não qualificada. Pratica alguma religião e não possui actividade remunerada.

Material

O protocolo de avaliação utilizado é constituído por um questionário que permite a caracterização socio-demográfica, académica e formação na área da Sida. Foram associadas as escalas de Fontes de informação/conhecimentos em relação à Sida e Avaliação da educação para a saúde na área da Sida (EAES), construídas para este estudo e ainda as escalas de Saúde e relacionamentos, Medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à Sida, Escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da Sida e as subescalas que avaliam os Comportamentos preventivos da Sida de Fisher (1996).

RESULTADOS

Apresentamos os resultados das subescalas sobre avaliação da educação para a saúde. Estabelecemos para o valor da escala global grupos de corte tendo por base o índice médio e o desvio padrão. Consideramos três grupos que designamos por inadequada educação para a saúde, adequada e muito adequada. 36.4% da amostra avaliou inadequadamente a educação para a saúde e cerca de cada 4 em cada 10 estudantes avaliaram-na muito adequada no âmbito da infecção VIH/sida. Da análise bivariada estabelecida com o sexo, ressalta que entre os que avaliaram inadequadamente a educação para a saúde, a maior percentagem (46.8%) e com valor residual significativo é do sexo masculino e entre os que avaliaram muito adequadamente o maior índice percentual recai no sexo feminino, também com significância estatística. O sexo feminino apresenta índices médios mais elevados que o masculino no que respeita à percepção sobre a avaliação da educação para a saúde em todas as subescalas e escala global com diferenças estatísticas significativas, o que nos permite afirmar que o sexo tem efeito discriminatório sobre a educação para a saúde.

Quadro 1 – Teste *t* para diferenças de médias entre educação para a saúde e sexo

	Sexo	Masculino		Feminino		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
		Média	Dp	Média	Dp			
Educação para a saúde								
Recursos educativos		51.32	10.19	53.96	10.45	0.501	-5.336	0.000
Processo de aprendizagem		37.23	8.37	39.93	8.34	0.245	-6.753	0.000
Conteúdos		32.47	6.30	33.51	6.64	0.499	-3.343	0.001
Métodos educativos		20.16	5.16	21.67	4.71	0.009	-6.635	0.000
Escala global		141.33	25.79	149.15	25.89	0.357	-6.317	0.000

São os inquiridos mais jovens que apresentam índices consentâneos com uma melhor percepção na avaliação da educação para a saúde em todas as subescalas e escala global sendo secundados pelos sujeitos com idades compreendidas entre os 19 e 25 anos, também para todas as subescalas. As diferenças entre os três grupos em estudo são estatisticamente significativas para todas as variáveis (cf. quadro 2), razão pela qual podemos afirmar que a idade influencia a educação para a saúde.

Quadro 2 - Teste de *Kruskal-Wallis* entre grupos etários e a educação para a saúde

	Grupos etários			<i>X</i> ²	<i>p</i>
	17 - 18	19-25	≥ 26 (
Educação para a saúde	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Recursos educativos	1074.56	915.86	798.14	32.83	0.000
Processo de aprendizagem	1083.32	925.49	691.88	58.74	0.000
Conteúdos	1028.04	924.00	805.43	19.52	0.000
Métodos educativos	1062.25	998.77	924.16	7.55	0.023
Escala global	1080.34	919.52	738.62	45.86	0.000

Os estudantes oriundos da aldeia percebem melhor os conteúdos, os da vila os recursos educativos e os da cidade o processo de aprendizagem, os métodos educativos e em suma todo o processo de educação para a saúde. Todavia o valor de qui quadrado só é explicativo para os métodos educativos. É de todo credível que os estudantes que frequentam cursos relacionados

com a área da saúde façam uma melhor avaliação da educação para a saúde do que os que provêm de cursos de outras áreas. O teste de *Levene* revela que somente a subescala relativa aos conteúdos apresentam variâncias homogêneas e os índices médios confirmam o pressuposto, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Confirmamos assim a hipótese formulada que os estudantes da área da saúde fazem uma melhor avaliação da educação para a saúde (cf. quadro 3).

Quadro 3 – Teste *t* para diferenças de médias entre educação para a saúde e tipo de curso

Tipo curso	Saúde		Outras áreas		<i>Leven,s</i> <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Educação para a saúde							
Recursos educativos	54.16	9.79	51.31	11.04	0.001	5.762	0.000
Processo de aprendizagem	40.16	7.79	37.19	9.00	0.000	7.419	0.000
Conteúdos	37.19	6.33	32.56	6.77	0.062	3.141	0.002
Métodos educativos	22.21	4.34	19.69	5.28	0.000	11.466	0.000
Escala global	150.08	24.25	140.85	27.62	0.000	7.479	0.000

Os valores médios apontam para uma melhor avaliação na educação para a saúde nos estudantes que frequentam o primeiro ano em todas as subescalas, sendo o valor de *t* explicativo com exceção na avaliação da educação para a saúde relacionada com os métodos educativos, isto é confirma-se a hipótese de que o ano que os estudantes frequentam tem influência na avaliação da educação para a saúde, em todas as subescalas e escala global, excepto nos métodos educativos (cf. quadro 4).

Quadro 4 – Teste *t* para diferenças de médias entre educação para a saúde e ano que frequenta

Ano que frequenta	Primeiro ano		Último ano		<i>Leven,s</i> <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Educação para a saúde							
Recursos educativos	53.71	10.15	51.57	10.80	0.254	4.233	0.000
Processo de aprendizagem	39.31	8.22	38.13	8.82	0.235	2.865	0.004
Conteúdos	33.41	6.31	32.55	6.89	0.054	2.701	0.007
Métodos educativos	21.20	4.92	20.85	4.99	0.904	1.533	0.125
Escala global	147.69	25.35	143.35	27.30	0.181	3.424	0.001

Os índices médios apontam para diferenças significativas entre os que tiveram formação e os que não tiveram, sendo que os valores médios são mais elevados em todas as subescalas e escala global naqueles que tiveram formação na área da Sida, confirmando-se assim a hipótese de que a formação influencia a avaliação da educação para a saúde (cf. quadro 5).

Quadro 5 – Teste *t* para diferença de médias entre educação para a saúde e formação na área da Sida

Formação na área da SIDA	Sem formação		Com formação		<i>Levens</i> <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Educação para a saúde							
Recursos educativos	51.64	11.04	54.95	9.07	0.000	-7.058	0.000
Processo de aprendizagem	37.51	8.92	40.69	7.35	0.000	-7.827	0.000
Conteúdos	32.41	6.84	34.17	5.89	0.008	-5.878	0.000
Métodos educativos	20.63	5.13	21.81	4.55	0.000	-5.349	0.000
Escala global	142.55	27.69	151.66	22.50	0.000	-7.775	0.000

Para estudarmos a relação entre a educação para a saúde nas suas dimensões recursos educativos, processos de aprendizagem, conteúdos, métodos educativos e educação para a saúde na sua forma global, com as fontes de informação/conhecimentos sobre a Sida (instituições de

saúde/educação, meios de comunicação/educação pelos pares, formação profissionais de saúde/pais e familiares, interesses pessoais), saúde e relacionamento (conhecimentos para a prevenção da Sida, crenças comuns aos estudantes, defesa incorrecta de informação sobre a Sida), motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à Sida (comprar e usar preservativos, fazer o teste da Sida, falar sobre sexo seguro e não ter relações sexuais), e a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da Sida (dificuldade em ter comportamentos preventivos e eficácia dos comportamentos preventivos), efectuamos análises de regressões múltiplas.

No que se refere aos recursos educativos as variáveis preditoras foram: fontes de informação/conhecimentos sobre Sida, instituições de saúde/educação, crenças comuns em estudantes, dificuldades em ter comportamentos preventivos, defesa incorrecta, falar sobre sexo seguro e eficácia de comportamentos preventivos; Quanto ao processo de aprendizagem encontramos como variáveis preditoras: fontes de informação sobre Sida, saúde e relacionamento, instituições de saúde/educação, falar sobre sexo seguro e crenças comuns aos estudantes; A variável dependente conteúdos teve como variáveis preditoras: fontes de informação/conhecimentos sobre Sida, crenças comuns nos estudantes, instituições de saúde/educação e dificuldades em ter comportamentos seguros; Em relação aos métodos educativos encontramos como preditores: meios de comunicação/educação dos pares, formação, crenças comuns dos estudantes, falar sobre sexo seguro, fazer testes de Sida, instituições de saúde/educação e saúde e relacionamento; Finalmente para a avaliação da educação para a saúde os factores preditores encontrados foram: fontes de informação/conhecimentos sobre Sida, saúde e relacionamento, instituições de saúde/educação, falar sobre sexo seguro e crenças comuns aos estudantes. As variáveis profissionais de saúde/pais familiares, interesses pessoais, conhecimentos da prevenção da sida, comprar, usar preservativos, motivação para a prática de comportamentos preventivos e eficácia percebida dos comportamentos preventivos não se constituíram como preditores em nenhuma das subescalas da avaliação da educação para a saúde

DISCUSSÃO

Constatou-se que: na “Avaliação da educação para a saúde na área da Sida”, foi avaliada como inadequada por 36.4% da amostra; Os estudantes mais jovens, que tiveram formação na área da Sida, que frequentam o primeiro ano, oriundos das áreas da saúde, e as raparigas apresentam índices médios mais elevados no que respeita à percepção sobre a avaliação da educação para a saúde. Todavia, os estudantes residentes na aldeia percebem melhor os conteúdos, os da vila os recursos educativos e os da cidade o processo de aprendizagem, os métodos educativos e em suma todo o processo de educação para a saúde; Do nosso ponto de vista, pensamos que para que se possa de alguma forma travar este flagelo global é necessário

investir na educação para a saúde. No entanto esse investimento não poderá ser feito de qualquer forma, mas terá de ser arquitectado e realizado de modo a que tenha o máximo efeito no público-alvo que no caso vertente são os jovens. Mas como se tornará isso possível? Embora seja difícil responder a esta questão pensamos ser fundamental que o conteúdo e a forma de transmissão da mensagem seja compreensível e lógica para o jovem, ou seja, não adianta insistir em aconselhar um tipo de comportamento que não faz sentido para os jovens, e que seja incompatível com a sua realidade. Nesse sentido sugerimos as seguintes intervenções: Promover discussões com estudantes do ensino superior sobre a problemática do VIH/sida, nos seus aspectos relacionais e técnico-científicos; Criação de gabinetes de apoio, no próprio campus universitário e politécnico, com parcerias competentes no ramo; Continuação da elaboração de projectos de educação pelos pares no Ensino Superior, com a finalidade de criar estratégias cada vez mais activas e eficaz para colmatar este flagelo do VIH/sida, no Ensino Superior;

REFERÊNCIAS

- Fisher, J., & Fisher, W. (1996). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS risk behavior change: Empirical support and application. In S. Oskamp & S. Thompson (Eds.), *Understanding and preventing HIV risk behavior* (pp. 120-127). Thousand Oaks, CA: Sage,
- Chaves, C., Martins, R., & Pereira, A. (2007). Sexual activities in adolescents. *Health Psychology Review*, 1, (supplement 1), [Abstract] 240. ISSN: 1476-8321 (electronic) 0887-0446 (paper)
- Costa, M., Cunha, M., Costa, J., André, S., Oliveira, A., Chaves, C., & Andrade, A. (2008). Transmissão do VIH/SI(da): o que sabem os adolescentes [Versão Electrónica]. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Número Especial. [Abstract] ISSN 1809-4503
- Chaves, C., Rito, A., Mercê, C., Barbosa, C., Pires, D., Sousa, E., Alves, I., Aguiar, M., Ferraz, N., & Pinto, R. (2009). How many years we have about health education and AIDS? *Psychology & Health Review*, 24 (Supplement 1)[Abstract], 128.
- Chaves, C., Pereira, A., Martins, R., Duarte, J., Dionísio, R., & Carrinho, P. (2009). Information sources of higher education students about AIDS. *Psychology & Health Review*, 24 (Supplement 1), [Abstract] 128.
- Chaves C., Pereira, A., Duarte, J., Nelas P., Coutinho E., Ferreira M., & Dionísio, R. (2010, Novembro). Comportamentos Sexuais dos Estudantes do Ensino Superior. Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas. 1ª Edição – ebook, Edições CIED – Centro de investigação em Educação, Universidade do Minho [Full Article] (pp. 190-193) (<http://www.ua.pt/cidttf/PageText.aspx?id=11400>) ISBN: 978-972-8746-91-9.

CONTRATRANSFERÊNCIA E SUPERVISÃO NA PERSPECTIVA

WINNICOTTIANA:

O PROCESSO DE APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

MARIA APARECIDA MAZZANTE COLACIQUE, MÁRCIA APARECIDA ISACO DE SOUZA, JOSÉ

TOLENTINO ROSA & LEILA S. L. P. CURY TARDIVO

Esta trabalho apresenta um modelo heurístico para a supervisão psicanalítica, com o objetivo de identificar e pensar sobre os elementos complexos e forças que influenciam o processo de supervisão. É uma tarefa complexa, na qual ocorrem e interagem elementos aparentemente contraditórios, com regras rígidas e intuições criativas. São discutidos: objetivos, processos de aprendizagem, métodos de ensino, relacionamento, clima emocional e avaliação. A competência, na supervisão, é um campo de tensões dinâmicas entre fenômenos opostos, reais ou aparentes.

A supervisão psicológica fixa as dimensões que dependem do conhecimento teórico-prático do supervisor e é influenciado pelo instinto epistemofílico de profissionais que almejam o desenvolvimento pessoal no campo da psicoterapia psicanalítica (Rosa, 1996; Yamamoto, 2006).

Faz-se necessário a aquisição desse conhecimento teórico-prático por parte dos integrantes da relação, ou seja, o supervisionando e o supervisor, para que se possa adquirir a destreza e habilidade em cada caso que se esteja atendendo ou se está estudando (Godoy, 2006; Gordan, 1997; Khan, 2001; Rosa, 2006; Tardivo, 2006; Yamamoto, 2006).

Para o supervisionando, a prática se torna presente com a adequação da teoria frente às situações do paciente na relação a dois na sessão, podendo ser em consultório, ou em Instituição (Chiozza, 1998; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Khan, 2001; Roth, 2003).

Quanto mais se permite estar com o paciente, mais as idéias surgem no sentido de poder entender o caso e o próprio paciente e poder levar o que aconteceu na sessão e o que não houve entendimento para a supervisão (Grinberg, 1997).

Por outro lado o trabalho do supervisor além de ter o conhecimento teórico-prático constante, através de anos de experiência possibilita a facilidade de um diálogo entre as diferenças que se apresentam diante do relato de um caso (Godoy, 2006).

A dinâmica do relacionamento do supervisor com o candidato é ao mesmo tempo de autoridade e de um mentor para promover o crescimento do candidato, principalmente de sua autonomia. A supervisão psicanalítica envolve tensões inerentes ao trabalho clínico. Na supervisão de atendimentos psicoterápicos diversos aspectos devem ser considerados, como o conhecimento teórico e prático do supervisor, e o forte desejo de aprender de profissionais que buscam se desenvolver como dentro da psicoterapia psicanalítica.

Há várias vertentes que podem ser vistas e analisadas diante da riqueza de um grupo de supervisão, porém iremos nos deter em alguns aspectos, que dizem respeito à repetição de situações das sessões, nos grupos de supervisão (Rosa, 1996, 2006).

Muitos autores enfatizam que na supervisão se repetem conflitos e conteúdos da sessão supervisionada, sendo comum o grupo, sentir-se perdido e angustiado em alguns momentos, ou mesmo impactados diante de algum problema mais denso (Rosa, 1996, 2006).

Nota-se que algum problema de maior intensidade, que possa ter surgido na sessão, normalmente é revivido pelo grupo, quando o psicólogo relata o episódio ou a própria sessão, traz consigo a angústia da situação vivenciada (Chiozza, 1998; Godoy, 2006; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Rosa, 2006; Tardivo, 2006; Yamamoto, 2006).

Dentro desse tipo de enquadre, pode se notar que algum membro do grupo (ou o supervisor) pode acolher o sofrimento, favorecendo o uso das funções alfa (*holding*) e de sonhar (*reverie*).

O primeiro aspecto a ser desenvolvido é o papel do supervisor, que deve ser o E de conduzir o grupo a pensar sobre o que aconteceu na sessão do seu colega com o seu paciente, não deve em nenhum momento deixar que o supervisionando sintam-se perseguido ou terapeutizado pelos colegas ou o próprio supervisor. Entretanto, como lembra Hanna Segal, nos seminários de São Paulo, o crime da violência contra o outro é o silêncio, e por isso o grupo deve humanizar-se pela fala, pela troca de experiências (França, Thomé, & Segal, 2000).

O supervisionando que se sente perseguido, diante de uma observação crítica em relação à conduta pessoal ou ao procedimento adotado, passa a ter a tendência a esconder o que realmente ocorreu na sessão, chegando mesmo a mentir, como uma forma de se proteger. Masud Khan assinala que:

“Winnicott também cria um espaço secreto no âmbito das anotações, que corresponde ao espaço secreto do “sono de divã” do paciente. Desta forma, ambos estão seguros na relação e ambos sobrevivem um ao outro. Cada um está ciente do segredo do outro e ambos vivem com esse segredo sem questioná-lo” (Khan, 2001, p. 23)

Em alguns casos os terapeutas mudam de supervisores e de grupos, ou inventam alguma desculpa para não mais atender o paciente, como se fosse um *acting-out* (Giovachini, 1995; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Hisada, 2002; Joseph, 1992a, 1992b, 1992c).

O segundo aspecto da supervisão psicológica importante é o compromisso de quem recebe as orientações, bem como a disponibilidade de aprender a cada observação e atuação do paciente na relação terapêutica. O aprendizado deve ser contínuo, tanto por parte do grupo, como de cada membro, incluindo o supervisor (Rosa, 2002).

Se cada membro do grupo percebe e se sente apoiado pelo mesmo diante de alguma falha, ou inadequação, a tendência é todos aprenderem com a compreensão obtida diante desse episódio (Tardivo, 2006).

Intensos sentimentos que surgem podem, assim, enriquecer o processo de supervisão, sendo que a contratransferência vivenciada por todos pode ser também um meio de favorecer a compreensão dessas vivências. A ampliação de áreas de ilusão e criação envolve conceitos winnicottianos.

Em cada sessão de terapia, como também em cada supervisão que ocorre, as nuances são muito variadas, e, portanto uma interpretação, ou uma supervisão que possa ter sido eficaz em algum caso, não necessariamente possa ser eficaz em outro caso (Joseph, 1992b).

A privacidade e o sigilo profissional são fatores cruciais, que são principalmente encorajados quando predomina no grupo uma atmosfera que estimula à cordialidade, a autenticidade, a tolerância entre estados de brincadeira e momentos de reflexão, ausência de superficialidade nas relações interpessoais e o respeito mútuo pelas representações do outro (França et al., 2000; Godoy, 2006; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Khan, 2001; Meltzer, 2009; Outeiral, 2001; Quinet, 1991; Rosa, 1996, 2006; Roth, 2003; Tardivo, 2006; Yamamoto, 2006).

Intensos sentimentos podem enriquecer o processo de supervisão, através da contratransferência dos envolvidos elucidando a compreensão psicodinâmica, a partir do método de amplificação das áreas de ilusão e criação, com base na perspectiva winnicottiana (Giovachini, 1995; Khan, 2001; Outeiral, 2008; Winnicott, 1949).

Fatos clínicos e a relação transferências

Nos dois grupos de supervisão, um dedicado a crianças vítima de violência doméstica, e outro a casos de Psicoterapia Breve de adultos ocorreram processos de aprendizagem.

Serão dados exemplos de situações vividas em encontros desses dois grupos onde esses aspectos foram evidenciados.

Grupo de Supervisão de Vítima de Violência

Uma das terapeutas trouxe o seguinte questionamento: “Está difícil trabalhar com o Gilberto, porque a família não consegue trazê-lo para o atendimento psicológico, eu não vou desistir desse caso, vou até o fim”.

O **grupo mostrou** que a família estava desistindo do menino há muito tempo e foi um sentimento eficaz, quando a terapeuta disse que não desistiria de ir ao seu encontro, enquanto pudesse. Ela própria não havia percebido de que estava investindo o que a família não investia no menino. O menino percebia o seu empenho, quando comparecia a sessão de terapia, e notava que ela estava muito perto do sofrimento dele.

O trabalho realizado pela aluna tinha o enfoque na direção do menino sentir que a terapeuta estava presente nas sessões e não desistia dele.

Não se pode silenciar, lembra Hanna Segal (França et al., 2000).

Grupo de Supervisão de Terapia Breve de Adulto

Uma das terapeutas fez a seguinte observação sobre o andamento de seu caso, “não sei se estou realmente conseguindo trabalhar a transferência em prol do bem estar desta paciente”. O grupo apontou que o sentimento da terapeuta – sua impotência perante o problema da paciente – dizia exatamente respeito ao sintoma histérico da paciente em fazer com que o outro se sentisse impotente, incapaz de ajudá-la (Quinet, 1991). A reação poderia dizer respeito a algo não trabalhado da terapeuta que estava *atrapalhando* o tratamento da paciente. O grupo considerava aquele sentimento despertado na terapeuta, como uma forma de poder ser utilizado para apoiar o diagnóstico e tratamento da paciente.

Nos dois casos podemos perceber a interferência de situações que apareciam tanto na sessão terapêutica, quanto no entendimento do grupo de supervisão diante dos relatos dos casos. Percebemos que os grupos estavam alinhados com as situações que ocorriam nas sessões de terapia. Ambas as terapeutas saíram aliviadas das supervisões por perceberem que mesmo achando que não estavam compreendendo a angústia do paciente, puderam perceber que estavam empenhadas no sofrimento de ambos.

Nos grupos de supervisão é necessário que sejam transparentes as observações dos colegas, porque os pacientes podem de acordo com suas resistências prejudicar o vínculo dos terapeutas na relação a dois o grupo, e o supervisor podem elucidar teoricamente e conter a angústia do colega para que o trabalho terapêutico possa ser realmente eficaz.

Apresenta-se um quadro sobre as fantasias inconscientes dos grupos de supervisão que foram analisados, segundo as considerações de cada grupo.

Quadro 1 – Fantasias inconscientes do grupo de supervisão de vítimas de violência

Desejos Inconscientes	Medos e sentimentos	Mecanismos de defesa	Expressão da Fantasia	Gênese da Fantasia
Desejo de acertar as intervenções no tratamento dos pacientes, minimizando a dor sentida pelos próprios psicoterapeutas. Poder dar conta das angústias.	Passar a sentir o que noas crianças e ou dosadolescentes sentiram nas suas vivências ligadas às agressões.	Em vários momentos aparecia a insegurança e a recorrente procura da supervisora para dar conta da intensidade da agressão que se fazia presente nas sessões.	As terapeutas procuravam dar carinho como se pudessem apagar a vivência sofrida dos abusos das agressões que ora os pacientes sofreram.	Oscilação entre o desejo de onipotência e o medo da incapacidade de dar conta do caso.

Quadro 2 – Fantasias inconscientes do Grupo de Supervisão de Psicoterapia Breve

Desejos Inconscientes	Medos e sentimentos	Defesas	Expressão da fantasia	Gênese da Fantasia
Desejo de realizar boas interpretações e poder ser reconhecido pelo desempenho e disponibilidade para tal, mostrando a contratransferência dos terapeutas.	Medo de errar e do atendimento ser insatisfatório para o paciente; não haver modificação na angústia.	Racionalização - percebiam na supervisão que a raiva do paciente era fruto inconsciente da identificação projetiva, com aumento da continência (<i>holding</i> e função alfa).	Simbólica – apoio na fantasia de cura do paciente; alcançar no tempo proposto modificar os sintomas da situação problema inicial.	Dificuldade de tolerar a frustração frente ao desconhecido. Sentimento de onipotência para eliminar os paradoxos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos a relevância de ser aprofundado o conhecimento a respeito das reações emocionais tanto do terapeuta, quanto do paciente dentro da relação analítica.

O grupo de supervisão deve possibilitar a ampliação de visões diferentes de um mesmo caso, tanto teóricas quanto praticas, enriquecendo a compreensão do caso, mesmo em atendimentos diferenciados seguindo o embasamento psicanalítico.

Concluiu-se que a fala dos participantes trouxe benefícios para o tratamento dos pacientes, para os supervisionados e para o próprio supervisor, contribuindo não apenas para a compreensão, por parte dos profissionais, dos conflitos psíquicos dos pacientes, mas também das suas próprias sensações perturbadoras que podem interferir na sua capacidade terapêutica.

REFERÊNCIAS

- Chiozza, L. (1998). A interpretação psicanalítica da doença somática. In L. Chiozza (Ed.), *O sentimentos ocultos em hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia de próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes* (pp. 13-32). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- França, M. O. d. A. F., Thomé, M. d. C. I., & Segal, H. (2000). *Hanna Segal em São Paulo: seminários clínicos e temáticos*: In: L. P. Chaves, L. R. Aratangy & M. d. C. I. Thomé, (Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Giovachini, P. L. (1995). Regressão, reconstrução e resolução: continência e *holding*. In P. L. Giovachini (Ed.), *Táticas e técnicas psicanalíticas de D.W. Winnicott* (pp. 183-211). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Godoy, M. B. R. (2006). Psicoterapia psicanalítica e a transmissão da herança viva: os bastidores do processo de formação. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história* (pp. 305-330). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gordan, K. (1997). An advanced training in the supervision and teaching of psychotherapy. In B. Martindale, M. Mörner, M. E. C. Rodriguez & J.-P. Vidit (Eds.), *Supervision and its vicissitudes* (pp. 134-146). London: Karnac.
- Grinberg, L. (1997). On transference and countertransference and the technique of supervision. In B. Martindale, M. Mörner, M. E. C. Rodriguez & J.-P. Vidit (Eds.), *Supervision and its vicissitudes* (pp. 1-24). London: Karnac.
- Hisada, S. (2002). *Clínica do setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Joseph, B. (1992a). Em direção à experiência de dor psíquica. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 97-105). Rio de Janeiro: Imago.
- Joseph, B. (1992b). Relações de objeto na prática clínica. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 205-216). Rio de Janeiro: Imago.
- Joseph, B. (1992c). Transferência: a situação total. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 162-172). Rio de Janeiro: Imago.
- Khan, M. (2001). Introdução (S. M. T. M. d. Barros, Trans.). In D. W. Winnicott (Ed.), *Holding e interpretação* (pp. 1-23). São Paulo: Martins Fontes.

- Meltzer, D. (2009). The relation of dreaming to learning from experience in patient and analyst. In D. Meltzer (Ed.), *Dream life: a re-examination of the psychoanalysis theory and technique* (pp. 163-169). Londres: Karnac Books.
- Outeiral, J. O. (2001). Desamparo e trauma: transferência e contra-transferência. In J. O. Outeiral (Ed.), *Clínica da transicionalidade: fragmentos da análise de uma adolescente* (pp. 75-113). Rio de Janeiro: Revinter.
- Outeiral, J. O. (2008). Do adolescer ao adulecer. In J. O. Outeiral, L. Moura & S. M. V. d. Santos (Eds.), *Adulecer: a dor e o prazer de tornar-se adulto* (pp. 1-14). Rio de Janeiro: Revinter.
- Quinet, A. (1991). *As Quatro mais Uma Condições de Análise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Rosa, J. T. (1996). Grupo Psicanalítico de Reflexão em Supervisão de Psicoterapia Individual. In I. F. d. M. Catafesta (Ed.), *D.W. Winnicott na Universidade de São Paulo: O Verdadeiro e o Falso* (pp. 253-276). São Paulo: Lemos Editora.
- Rosa, J. T. (2002). Apresentação. In S. Hisada (Ed.), *Clínica do setting em Winnicott* (pp. i-iv). Rio de Janeiro: Revinter.
- Rosa, J. T. (2006). A procura or mudança psíquica: as contribuições dos seminários clínicos de Betty Joseph e Ryad Simon. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história* (pp. 331-358). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roth, P. (2003). Delineando uma cena: níveis de interpretação transferencial. In R. D.-M. Ponce (Ed.), *Livro anual de psicanálise 17* (pp. 55-64). São Paulo: Editora Escuta.
- Tardivo, L. S. P. C. (2006). Psicoterapia psicanalítica e a clínica hoje: o encontro possível entre psicólogos em formação, os pacientes e o supervisor. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história* (pp. 359-374). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1949). A mente e sua relação com psicossoma. In D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.
- Yamamoto, K. (2006). Encontros e desencontros na supervisão em psicoterapia psicanalítica. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história* (pp. 281-304). São Paulo: Casa do Psicólogo.

QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS EM MEIO RURAL E URBANO

ADRIANA CORREIA

A esperança média de vida do ser humano tem vindo a aumentar e, conseqüentemente, a população da sociedade moderna está a envelhecer. No entanto, este aumento da população idosa, nem sempre é acompanhado por um aumento de qualidade de vida. Vivemos cada vez mais anos, mas não queremos apenas viver mais. Queremos também viver melhor.

Nos últimos 30 anos a preocupação com a qualidade de vida especificamente no idoso ganhou maior relevância, surgindo fortemente associada a condições de saúde, a condições ambientais e ao funcionamento social. Factores como baixo risco de doença (mantendo um estilo de vida saudável), elevado funcionamento físico e mental e o envolvimento com a vida num compromisso activo com a mesma contribuem para uma vida mais satisfatória (Fonseca, 2007; Trentini, 2004).

A noção de qualidade de vida é bastante diversificada, pois o que para um indivíduo é qualidade de vida, para outro pode não o ser. Há uma interpretação subjectiva vinculada a uma percepção pessoal do que é “qualidade”, que nos permite fazer um julgamento valorativo do que é uma boa, regular ou má qualidade de vida (Rodrigues, 2008). De acordo com a OMS, “qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28), atendendo a seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHOQOL-group, 1995).

Se o idoso estiver bem de saúde, funcional e independente, mais apto estará, também, a viver uma vida plena nas actividades que habitualmente desempenha e na esfera dos relacionamentos sociais. Mesmo que a produtividade diminua com a idade, o idoso sente-se satisfeito por ter a capacidade de produzir, (Butler & Ciarrochi, 2007) e o facto de continuar a desempenhar essas actividades contribui para a manutenção da saúde, do relaxamento, da socialização e do altruísmo (Puts et al., 2007).

Por seu turno, pessoas com maior número de contactos sociais vivem mais e com melhor saúde, apresentam menores níveis de depressão, de incapacidade funcional e menor risco de serem institucionalizados do que as pessoas que possuem menos contactos sociais (Carneiro et al., 2007). Sendo que, neste grupo etário, são a família e os amigos próximos que exercem maior influência no fornecimento de suporte social, chama-se a atenção para o facto de os idosos acreditarem que só com uma boa interacção com a família se pode ter uma boa qualidade de vida (Lopes, 2004; Tseng & Wang, 2001).

As ligações que se estabelecem com os vizinhos e com o próprio local onde vivem também são um importante factor ambiental, que pode contribuir para elevados níveis de satisfação com a vida (Paúl et al., 2003). Se, para além deste sentimento de apoio e de pertença, a pessoa se sentir segura no local onde vive, maior é a sua qualidade de vida, como é o caso das pessoas que moram em locais rurais (Efklides et al., 2003).

Segundo Lawton (1991), “qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos e intrapessoais a respeito das relações actuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente” (p.6). Ou seja, ao longo da vida do indivíduo, a qualidade depende da constante interacção entre muitos elementos, nomeadamente destes quatro que o autor apresenta: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar psicológico.

Como tal, o principal objectivo desta investigação é comparar a qualidade de vida no grupo dos idosos em meio rural e no grupo dos idosos em meio urbano.

MÉTODO

Participantes

Foram entrevistados 62 idosos em centros de dia, jardins e cafés da aldeia do Arelho (n=31) e da cidade de Lisboa (n=31), constituindo uma amostra de natureza accidental por conveniência. A média de idades dos idosos em meio rural é de 72 anos e dos idosos em meio urbano é de 75 anos. A amostra é constituída por 30 mulheres (48,4%) e 32 homens (51,6%), sendo 15 mulheres do meio rural e 15 mulheres do meio urbano; 16 homens do meio rural e 16 homens do meio urbano. Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos são casados (67%): no meio rural 23 são casados e 8 viúvos, enquanto no meio urbano 19 são casados e 12 são viúvos. A maioria dos sujeitos vive na companhia do seu cônjuge (61,3%); enquanto apenas 5 idosos vivem sozinhos no meio rural, 9 vivem sozinhos no meio urbano. O contacto com os familiares ocorre quase todos os dias (66,1%), sendo que apenas um idoso do meio urbano revela não ter contacto com a família. Em ambos os grupos, 93,5% dos sujeitos têm filhos e em

74,1% dos casos os filhos vivem na mesma área de residência que os pais. No que concerne às habilitações literárias, enquanto no grupo urbano apenas um dos sujeitos não estudou, no grupo rural 12 dos 31 sujeitos não estudaram. Em ambos os casos, os que estudaram, estudaram maioritariamente até à 4ª classe.

Material

O Protocolo de Avaliação é elaborado por:

Questionário de Caracterização da Amostra, desenvolvido com o objectivo de recolher algumas informações relativas a diferentes aspectos da vida dos participantes que pudessem caracterizar a amostra em estudo quanto a variáveis sócio-demográficas com relevância identificada pela literatura (ex: idade, sexo) e variáveis ambientais (ex: rural ou urbano, viver sozinho ou acompanhado).

WHOQOL-bref, composto por duas questões mais gerais, relativas à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde (WDG), e por 24 questões, cotadas numa escala Likert de 5 pontos, que avaliam o domínio físico (WD1) – questiona sobre a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, mobilidade, actividade de vida, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho; o domínio psicológico (WD2) – refere-se a sentimentos, formas de pensamento, aprendizagem, concentração e memória, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade ou crenças pessoais; o domínio das relações pessoais (WD3) – averigua os relacionamentos pessoais, o apoio social e a actividade sexual; o domínio referente ao ambiente envolvente (WD4) – avalia a segurança física, o ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de aquisição de novas informações e competências, participações e/ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico (poluição/ barulho/ trânsito/ clima) e transportes.

RESULTADOS

Utilizámos o teste U de Mann-Whitney e o T-Student para comparar os grupos nas subescalas e total da escala, e verificou-se que apenas existem diferenças significativas entre o grupo rural e o grupo urbano nas subescalas WD3 – relações pessoais e WD4 – ambiente ($p=0,05$). O grupo rural tem maior nível de satisfação no domínio referente às relações pessoais do que o grupo urbano. E, o grupo rural tem maior nível de satisfação no domínio referente ao ambiente envolvente do que o grupo urbano.

Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo rural e o grupo urbano no contacto com a família. Através do teste de Spearman, verificou-se uma relação positiva e fraca/moderada entre esta variável e a subescala WD2 – domínio psicológico ($R_s = 0,394$) no grupo rural. Tais resultados

demonstram que quanto mais frequente for o contacto com a família, melhor é o estado psicológico dos idosos do grupo rural.

Quanto à variável “escolaridade”, foram também encontradas diferenças significativas entre o grupo rural e o grupo urbano, através do Teste Qui-quadrado: enquanto apenas um sujeito no grupo urbano não estudou, no grupo rural o mesmo dado aumenta para 12. Como tal, verificou-se a existência de uma correlação positiva e moderada entre esta variável e a subescala WDG ($R_s = 0,483$) no grupo urbano, o que significa que quanto mais elevada a escolaridade, mais elevada a percepção de qualidade de vida e da saúde em geral no grupo urbano.

Comparando os viúvos e os casados de ambos os grupos, assim como os que vivem sozinhos e os que vivem acompanhados (porque são os mesmos), através do teste Mann-Whitney e T-Student, apenas verificámos diferenças significativas entre os viúvos do grupo rural e os viúvos do grupo urbano na subescala WD3: os viúvos do grupo rural estão mais satisfeitos com as relações pessoais do que os viúvos do grupo urbano.

DISCUSSÃO

Sendo o grande foco deste estudo a comparação da qualidade de vida entre o grupo rural e o grupo urbano, verificámos que não existem diferenças significativas entre os dois grupos no total da escala, ou seja, na percepção global da qualidade de vida, mas foram encontradas diferenças significativas em duas subescalas referentes ao domínio das relações pessoais e ao domínio do ambiente envolvente – factor que propositadamente marca a diferença entre os grupos, dadas as características próprias do meio rural e do meio urbano.

No mesmo sentido dos dados encontrados pelos autores referidos anteriormente, nomeadamente nos estudos de Paúl et al. (2003) e Efklides et al. (2003), os idosos que vivem no meio rural sentem-se mais satisfeitos com o ambiente e com as suas relações pessoais do que os idosos que vivem em meio urbano. Estes dados podem ser explicados tanto pelos aspectos positivos que encontramos no meio rural, como pelos aspectos negativos que encontramos no meio urbano. Na perspectiva do modelo ambiental de Lawton (1991), podemos até denominar estes aspectos de facilitadores e de barreiras, determinantes na relação da pessoa com o ambiente em que se insere.

No meio rural é comum as pessoas conhecerem-se umas às outras e, por isso, apesar de o contexto ser pequeno, a rede social do idoso que vive na aldeia acaba por ser alargada. Está inserido na comunidade e cumprimenta as pessoas que vivem na mesma comunidade. Conhece e é reconhecido. Estabelecem-se ligações com os vizinhos, têm com quem conversar, têm a quem pedir ajuda, numa troca habitual que se estendeu ao longo dos anos de convivência e proximidade (Fonseca, 2007).

No meio urbano, a cidade é uma imensidão de gente que muitas vezes se cruza e não se olha. Num ritmo apressado, sem tempo nem espaço para gestos lentos e conversas, os idosos tendem a cair na escuridão da invisibilidade social e da solidão (Paúl et al., 2003).

Em consonância com estas características e especificidades de cada meio é espectável que os idosos em meio rural se sintam mais satisfeitos com as suas relações pessoais do que os idosos que vivem em meio urbano, pois as características do meio rural são mais propícias à existência e manutenção dessas mesmas relações. No entanto, importa sublinhar que nem tudo nestas duas realidades é assim tão preto ou assim tão branco. O meio rural não é o paraíso, nem o meio urbano é o inferno e existem muitos outros factores que podem contribuir para a satisfação do idoso com as suas relações pessoais, como é o caso do contacto que mantém com a família, o estado civil e viverem sozinhos ou acompanhados, tal como podemos constatar neste estudo e em estudos anteriores (Paúl et al., 2003; Lopes, 2004), pois, o facto de se sentirem apoiados e amparados ajuda a que o idoso percepcione a sua qualidade de vida numa perspectiva mais positiva. A escolaridade também se traduz num preditor do nível de qualidade de vida, pois os sujeitos que têm mais anos de escolaridade apresentam também um maior conhecimento e habilidade para lidar com os problemas da vida, controlando-os melhor. Para além disso, um nível de escolaridade mais elevado pode contribuir para que a pessoa valorize mais aquilo que conseguiu atingir e dê um sentido mais positivo à vida (Tseng & Wang, 2001).

Tal como falámos anteriormente sobre a noção de qualidade de vida como uma interpretação subjectiva vinculada a uma percepção pessoal do que é “qualidade” (Rodrigues, 2008), também no presente estudo podemos ver o que é essencial para uns e o que é essencial para outros. Para os idosos do grupo rural é essencial que se sintam satisfeitos com as suas relações pessoais – num meio marcado pela interacção quase permanente que surge entre as pessoas da comunidade, é natural que seja importante para o idoso rural sentir-se bem com as pessoas que o rodeiam. Para o idoso urbano torna-se mais essencial para si sentir-se bem física e psicologicamente – estes domínios são mais determinantes para um sentimento pleno de bem-estar no grupo urbano, onde o idoso vive mais consigo mesmo e necessita estar bem para conseguir satisfazer as suas necessidades.

Apreciando algumas correlações entre os vários domínios das diferentes escalas, percebemos que quanto mais inserido o idoso se sente no seu ambiente, mais satisfeito se sente com o seu estado físico e psicológico (no grupo urbano), mais contente se sente com as suas relações pessoais, sentindo-se bem com a vida e com a sua saúde em geral (no grupo rural). Neste movimento podemos observar um ciclo vicioso, em efeito circular de “pescadinha de rabo na boca” pois, quando o idoso se sente bem psicologicamente está também mais disponível para estar com outras pessoas; e, estar com outras pessoas também o ajuda a sentir-se melhor.

Tomamos este ponto de partida para futuras investigações porque é precisamente no terreno, junto das pessoas, que mais podemos actuar e é isso que nos compete – fazer por melhorar a vida das pessoas, neste caso, dos idosos. É avaliando os aspectos da vida privilegiados pelos idosos e respeitando as diferenças que melhor podemos responder às suas necessidades. Se para a população do Arelho as relações pessoais são essenciais para a sua qualidade de vida, então, há que promover actividades que dêem oportunidade e condições optimizadas para o convívio. Se para a população de Lisboa é importante sentirem-se em forma fisicamente e bem psicologicamente, então, as aulas de ginástica para idosos, as caminhadas e outras actividades do mesmo género são um bom caminho a seguir. Mas é apenas questionando ao idoso o que é para si uma boa vida e de que forma a pode atingir, que poderemos, a partir daí, responder ao que é necessário (e não ao que nós achamos que necessitam), melhorando integralmente a vida de cada idoso. Quanto mais ampla for a nossa acção, tocando e remexendo nos vários factores que contribuem para uma qualidade de vida mais satisfatória, melhor.

REFERÊNCIAS

- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Qual Life Res*, 16, 607-615.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação a habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece. *European Psychologist*, 8 (3), 178-191.
- Fonseca, A. (2007). *Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações*. I Congresso Internacional Envelhecimento e Qualidade de Vida, 15 e 16 de Maio de 2007, Coimbra.
- Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life frail elders. In Birren J.; Lubben, J.; Rowe, J. et al. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.
- Lopes, P. (2004). Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um estudo comparativo correlacional. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist*, 8 (3), 160-167.

- Puts, M. T., Shekory, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P., & Deeg, D. J. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research*, 16, 263-277.
- Rodrigues, L. (2008). Qualidade de vida no idoso e envolvimento comunitário. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- Trentini, C. (2004). Qualidade de vida em idosos. Dissertação de Doutorado. Porto Alegre.
- Tseng, S., & Wang, R. (2001). Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing*, 18 (5), 304-311.

INCAPACIDADE INTELECTUAL E PSICOFARMACOLOGIA: DADOS PRELIMINARES DE UMA AMOSTRA DE JOVENS E ADULTOS

CARINA CORREIA 1 & GRAÇA ESGALHADO 2

A incapacidade intelectual, vulgarmente conhecida como deficiência mental, faz referência a uma problemática heterogénea que afecta a capacidade de funcionamento autónomo de um sujeito num determinado contexto. Historicamente, as pessoas com incapacidade intelectual foram mal-entendidas e especuladas como sendo habitadas por forças malignas (González-Pérez, 2003). O isolamento e a segregação foram, lamentavelmente, alguns dos métodos utilizados pela sociedade ao longo dos anos para lidar com esta problemática, e só muito recentemente estas pessoas começaram a ser compreendidas e tratadas de forma mais humana (Moniz Pereira, 1993). Deixando de parte a perspectiva histórica e focalizando no ponto de vista conceptual, esta é uma perturbação caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de competências adaptativas como a comunicação, o cuidado pessoal, as habilidades sociais, a utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, a competência académica, lazer e trabalho (Katz & Lazcano-Ponce, 2008). Embora não se disponha de dados rigorosos acerca da prevalência desta perturbação no nosso país, de acordo com estudos de prevalência de outros países, quando se tem em consideração o critério isolado de QI (< 70), a incapacidade intelectual afecta 3% da população. No entanto, quando se tem em consideração os três critérios referidos anteriormente a percentagem cai para 1% (Roeleveld, Zielhuis, & Gabreels, 1997). Relativamente à comorbilidade com outras perturbações, por longos anos, prevaleceu a ideia, errónea, de que as pessoas com incapacidade intelectual não padecem de outro tipo de perturbações psiquiátricas (Reiss, Levitan, & Szyszko, 1982). Ainda actualmente, as perturbações psiquiátricas são sub-diagnosticadas nesta população dado que os sintomas que evidenciam são facilmente confundidos ou interpretados à luz do défice cognitivo que apresentam, bem como têm dificuldade em se expressar e responder convenientemente às questões e critérios diagnósticos existentes. Dados mais recentes evidenciam que, ao contrário do que se pensava há alguns anos a esta parte, estas pessoas apresentam uma predisposição elevada para evidenciar outras perturbações mentais, como perturbações de ansiedade, depressivas, entre outras (Artigas-Pallarés, 2006) ou problemas comportamentais e

1 APPACDM da Covilhã – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental da Covilhã; 2 Universidade da Beira Interior.

emocionais mais específicos (Janowsky, Barnhill, & Davis, 2005; Madrid, State, & King, 2000) e que a mesma ocorre entre 30-70% dos casos (Collins, 1998; Silka & Hauser, 1997). No clássico estudo publicado em 1976 por Rutter, Tizard, Yule, Graham e Whitmore, verificou-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas nesta população é cinco vezes superior à população normal. A questão da comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas remete, forçosamente, para a problemática da medicação nesta população.

Independentemente dos enviesamentos históricos, estudos internacionais sugerem que a taxa de prevalência de prescrição de substâncias psicotrópicas (substâncias que actuam sobre o psiquismo humano) ou psicofármacos é superior em sujeitos institucionalizados do que em sujeitos que residem na comunidade (Stolker, Koedoot, Heerdink, Leufkens, & Nolen, 2002) e que a população adulta apresenta taxas de medicação superiores, comparativamente com a população infantil com incapacidade intelectual. Por fim, mas não menos importante, dados do estudo de Singh, Ellis e Wechsler (1997) permitem concluir que na relação entre as variáveis QI e medicação, as pessoas com QI mais baixo tendem a receber mais medicação para controlar o seu comportamento. Com base numa revisão de estudos efectuados entre 1986-1995 conclui-se que, em contextos institucionalizados, a prevalência de sujeitos que tomam medicação varia entre os 12% e os 40%, sendo que em contextos comunitários a prevalência varia entre os 19% e os 29%.

Quanto ao tipo de medicação psicotrópica, a literatura tem sustentado a eficácia de vários grupos farmacológicos na gestão de algumas perturbações ou sintomas associados à incapacidade intelectual, dos quais se destacam os antipsicóticos, estabilizadores do humor, antidepressivos e psicoestimulantes (Aman, Collier-Crespin, & Lindsay, 2000; La-Malfa, Lassi, Bertelli, & Castellani, 2006). Da panóplia de síndromes ou sintomas possíveis, o comportamento agressivo é o que mais motiva o recurso à medicação, estando provada a eficácia de vários grupos psicofarmacológicos na sua redução, como sejam os antipsicóticos (Janowsky, Barnhill, Shetty, & Davis, 2005), os antidepressivos serotoninérgicos (Janowsky, Shetty, Barnhill, Elamir, & Davis, 2003), assim como o lítio, os anticonvulsivantes e anti-hipertensores (Kowatch & Bucci, 1998).

Na população institucionalizada, a medicação mais utilizada são os psicóticos, sendo apontada como principal razão para a utilização desta medicação o controlo de problemas de comportamentos (Janowsky, Barnhill, & Davis, 2003), quer devido à sua elevada frequência quer pela sua gravidade (Flórez, 1994). Um estudo realizado com 106 sujeitos com incapacidade intelectual institucionalizados em dois centros, revela que a prevalência global de uso de psicofármacos e/ou anticonvulsivantes é de 73,6%. Independentemente da instituição de proveniência e dos vários grupos farmacológicos, verifica-se que os antipsicóticos (52,8%) são a medicação mais administrada, seguida dos anticonvulsivantes (27,4%) e ansiolítio-hipnóticos (24,5%). Nenhuma das instituições utiliza fármacos

antidepressivos, lítio, psico-estimulantes ou outro tipo de medicação utilizada para o tratamento de problemas comportamentais (De-Anta et al., 1998).

Num outro estudo realizado com 147 utentes com incapacidade intelectual e outras neuropatologias associadas, verifica-se que 40% dos utentes utiliza algum medicamento para o tratamento de lesões neurológicas e que os anticonvulsivantes (52,4%), seguido dos antipsicóticos (3,4%), hematopoiéticos (2,7%), anticolinérgicos e agentes pró-cinéticos (0,7%) são a medicação mais frequente. Relativamente às neuropatologias, a Paralisia Cerebral é a perturbação que mais intervenção farmacológica carece, com uma taxa de utilização de medicação de 62,1% e, em último lugar, os portadores de síndrome de Down com 17,2% (Bernardi, De Faria, Cassolla, Baroneza, & Da Silva, 2005). Do grupo dos anticonvulsivantes, o fenobarbital é o mais utilizado. Os autores do estudo citam Pellock (2002) que refere que este é o barbitúrico a que mais se recorre na intervenção na incapacidade intelectual com epilepsia, e por estar entre os mais acessíveis economicamente.

De tudo o exposto, é possível concluir que vários estudos sustentam a utilização frequente de psicofármacos, dos quais se destacam os antipsicóticos (Zarcone et al., 2004).

Em Portugal, os dados existentes são reduzidos, pelo que é objectivo deste estudo caracterizar a utilização de determinados grupos de medicamentos psicofarmacológicos numa amostra de sujeitos com incapacidade intelectual, no âmbito de um estudo mais alargado sobre a atenção e a incapacidade intelectual.

MÉTODO

Participantes

A amostra que serviu de base ao presente estudo é constituída por 58 participantes que frequentam duas instituições destinadas ao apoio de população com incapacidade intelectual, uma do distrito da Guarda e outra do distrito de Castelo Branco, de regime não residencial. Em termos de género, a distribuição é relativamente equitativa com 55,2% da amostra do género masculino e 44,8% do género feminino. As idades dos sujeitos da amostra variam entre os 16 e os 45 anos, e a idade média é de 27 anos (DP=7,9). 44,8% da amostra tem idades compreendidas entre os 16 e os 26 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 48,3% da amostra frequentou a escola até ao 9.º ano de escolaridade, ainda que adaptado, sendo que apenas 12,1% nunca frequentou a escola. No que diz respeito ao tipo de resposta social que actualmente frequenta, 69% da amostra frequenta o Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) e 31% a Formação Profissional. Relativamente à variável tempo de frequência da resposta social/serviço, os valores são bastante variáveis, desde um mês até 26 anos. O tempo médio de frequência situa-se nos 45 meses, i.e., 3 anos e 9 meses (DP=47,26). Em termos de grau de incapacidade intelectual, avaliado por intermédio da WAIS-III, 39,7% da amostra apresenta um QI

entre 55-70 e 60,3% um QI entre 35-55, a que corresponde uma incapacidade intelectual leve e moderada, respectivamente.

Material

Para a recolha dos dados relativos à toma de medicação utilizou-se uma ficha de anamnese, na qual se inquiria o tipo de medicação ingerida pelo participante, bem como a respectiva posologia.

Procedimento

Os dados acerca do tratamento farmacológico e outros dados relevantes para o estudo foram obtidos por meio de revisão das histórias clínicas dos sujeitos da amostra. Foram recolhidos aquando da aplicação do protocolo de avaliação, no âmbito da tese de doutoramento sobre atenção e incapacidade intelectual. Esta informação foi recolhida a partir do processo individual de cada participante. Os medicamentos que cada sujeito toma foram classificados segundo o grupo farmacológico e/ou psicofarmacológico do INFARMED, obtendo-se a seguinte classificação: Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos, Antipsicóticos, Lítio, Antidepressores, Psico-estimulantes, Antiepilépticos e Anticonvulsivantes, Outros. Embora alguns estudos excluam a medicação anticonvulsivante, neste estudo incluiu-se esta variável dado que muitas vezes são utilizados com função psicofarmacológica, bem como fornecem dados acerca da intensidade da assistência neuropsiquiátrica (McDermott et al., 2005; Ruedrich, Swalesm, Fossaceca, Toliver, & Rutkowski, 1999).

RESULTADOS

Para analisar os principais grupos farmacológicos efectuou-se uma análise descritiva, recorrendo-se a Quadro de frequências. Observando o Quadro 1, constata-se que uma parte significativa da amostra (63,8%) não toma qualquer tipo de medicação e que 32,8% tomam regularmente. Somente 3,4% toma medicação em situação de SOS.

Quadro 1. Percentagem de sujeitos em cada uma das condições face à toma da medicação

	%	% cumulativa
<i>Toma medicação</i>	32,8%	32,8%
<i>Toma medicação em SOS</i>	3,4%	36,2%
<i>Não toma medicação</i>	63,8%	100%

Relativamente aos 36,2% dos participantes que tomam medicação, 24,1% tomam algum tipo de medicação psicotrópica e 15,5% tomam medicação para outro tipo de problemáticas médicas (Quadro 2).

Quadro 2 Percentagem de participantes que tomam medicação psicotrópica e não psicotrópica

	% de participantes
<i>Medicação psicofarmacológica</i>	24,1%
<i>Outro tipo de medicação farmacológica</i>	15,5%

Quanto ao tipo de medicação psicotrópica ingerida e de acordo com os dados do Quadro 3, os antipsicóticos são o grupo de medicamentos mais ingeridos pela amostra com 17,2% seguido dos antiepilépticos e anticonvulsivantes com 13,8% e dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos com 12,1%. Nenhum sujeito da amostra toma lítio ou psicoestimulantes.

Quadro 3 Principais grupos psicofarmacológicos ingeridos pelos participantes da amostra

Grupos psicofarmacológicos	% de participantes
Antipsicóticos	17,2%
<i>Antiepilépticos e anticonvulsivantes</i>	13,8%
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	12,1%
Antidepressores	5,2%
Lítio	0%
Psicoestimulantes	0%

DISCUSSÃO

A principal finalidade deste estudo é caracterizar de forma sintética a utilização de determinados grupos de medicamentos psicofarmacológicos numa amostra de sujeitos com incapacidade intelectual, no âmbito de um estudo mais alargado sobre a atenção e incapacidade intelectual. Conscientes das limitações relacionadas com o N da amostra que é bastante reduzido, o que por sua vez limita as conclusões decorrentes do cruzamento de certas variáveis, pretendemos contribuir para um maior conhecimento sobre esta problemática.

À semelhança dos dados obtidos pelos estudos de La-Malfa, Lassi, Bertelli e Castellani (2006) e Aman, Collier-Crespin e Lindsay (2000), também neste se verifica que os antipsicóticos são o tipo de medicação psicotrópica mais utilizada nesta população. Como referido na parte introdutória do artigo, apesar dos antiepilépticos e anticonvulsivantes não estarem enquadrados dentro do grupo psicotrópico, habitualmente as pessoas com incapacidade intelectual tomam este tipo de medicação, o que também se verifica neste estudo. Os dados deste estudo coincidem, particularmente, com os dados do estudo de De-Anta et al. (1998) onde o grupo dos antipsicóticos, dos antiepilépticos/anticonvulsivantes e dos ansiolíticos ocupam os principais tipos de medicação ingeridos.

Embora estes dados sejam muito preliminares, são um ponto de partida e, conjuntamente com o que a literatura científica aponta, alertam-nos para a necessidade de ter amostras maiores, bem como investigar outro tipo de situações como participantes institucionalizados e de outras faixas etárias, como a população infantil. Será igualmente importante investigar a eficácia da medicação psicotrópica no controlo dos sintomas alvo (Antochi, Stavrakaki, & Emery, 2003; Curtis, 1997; Handen & Gilchrist, 2006). Na verdade, por vezes alegam-se perturbações psiquiátricas graves, psicoses e

perturbações afectivas, quando efectivamente visam o controlo de comportamentos disruptivos, para o qual ainda falta evidência empírica que sustente a sua eficácia (Wachtel & Hagopian, 2006). A título de reflexão citamos os autores do estudo de De-Anta et al. (1998) que chegam mesmo a sugerir que “Las prácticas de prescripción en las instituciones para retrasados mentales están fuertemente influidas por factores no médicos, como calidad y cantidad del equipo asistencial y la existencia de programas de entrenamiento vocacional y de recreo” (p.24).

Os dados que emergem deste estudo permitem ainda sensibilizar para a questão de que trabalhar e intervir na incapacidade intelectual implica ter um conhecimento das possíveis ferramentas que os vários técnicos utilizam no seu quotidiano. O conhecimento sobre a psicofarmacologia constitui uma dessas ferramentas básicas, que não só tem um forte impacto no quadro clínico de cada paciente, como pode apresentar interações com as outras técnicas terapêuticas. Não existe uma abordagem farmacológica da incapacidade intelectual. Prevalece sim, a concepção de que a medicação deve estar integrada numa estratégia global e baseada em objectivos realistas, o que implica uma acção coordenada entre os vários profissionais intervenientes.

REFERÊNCIAS

- Aman, M.G., Collier-Crespin, A., & Lindsay, R.L. (2000). Pharmacotherapy of disorders in mental retardation. *Eur Child Adolesc Psych*, 9, 198-1107.
- Antochi, R., Stavrakaki, C., & Emery, P.C. (2003). Psychopharmacological treatments in persons with dual diagnoses of psychiatric disorders and developmental disabilities. *Postgraduate Medicine Journal*, 9, 139-146.
- Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento farmacológico del retraso mental. *Rev Neurol*, 42 (Supl 1): S109-S115
- Bernardi, C.C., De Faria, M.J.S.S., Cassolla, P., Baroneza, J.E., & Da Silva, B.P. (2005). Prevalência de medicamentos utilizados por portadores de retardo mental da APAE de Londrina-Pr. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, 26, 1, 15-20.
- Collins, J. M. (1998). Caring for persons with developmental disabilities and psychiatric impairment. *Journal of the American Psychiatric Nurse Association*, 4, 90-102.
- Curtis, J.L. (1997). Psychotropic medication use in people with developmental disabilities. *Maryland Medical Journal*, 46, 481-485.
- Flórez J. (1994). La Farmacología de las conductas anormales en la deficiencia mental. *Siglo cero*, 25, 5-25.

- González-Pérez, J. (2003). *Discapacidad intelectual: concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Madrid: Editorial CCS.
- Handen, B.L. & Gilchrist, R. (2006). Practitioner Review: Psychopharmacology in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 9, 871–882.
- Janowsky, D.S., Barnhill, L.J., Shetty, M., & Davis, J.M. (2005). Minimally effective doses of conventional antipsychotic medications used to treat aggression, self-injurious and destructive behaviors in mentally retarded adults. *J Clin Psychopharmacol*, 25:19–25.
- Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública de México*, 50, 2, 132-141.
- Kowatch, R.A., & Bucci, J.P. (1998). Child and adolescent psychopharmacology: Mood stabilizers and anticonvulsants. *Pediatr Clin Nort Am*, 45, 1173–1186.
- La-Malfa, G., Lassi, S., Bertelli, M., & Castellani, A. (2006). Reviewing the use of antipsychotic drugs in people with intellectual disability. *Hum Psychopharm*, 21:73–89.
- Madrid, A.L., State, M.W., & King, B.H. (2000). Pharmacologic management of psychiatric and behavioral symptoms in mental retardation. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 9, 225–243.
- McDermott, S., Moran, R., Platt, T., Wood, H., Isaac, T., & Dasari, S. (2005). Prevalence of epilepsy in adults with mental retardation and related disabilities in primary care. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 36–47.
- Moniz Pereira, L. (1993). Evolução histórica da Educação Especial. In L. Moniz Pereira, *Integração Escolar – colectânea de textos* (pp.5-19). Lisboa: Departamento de Educação Especial, Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Reiss, S., Levitan, G.W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567-574.
- Roeleveld, N., Zielhuis, G.A., & Gabreels, F. (1997). The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. *Devel Med Child Neurol*, 39, 125-32.
- Ruedrich, S., Swalesm, T.P., Fossaceca, C., Toliver, J., & Rutkowski, A. (1999). Effect of divalproex sodium on aggression and self-injurious behaviour in adults with intellectual disability: A retrospective review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 105–111.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P., & Whitmore, K. (1976). Research report: Isle of Wight Studies, 1964–1974. *Psychol Med*, 6:313–332.

- Silka, V. R., & Hauser, M. J., (1997). Psychiatric assessment of the person with mental retardation. *Psychiatric annals*, 27, 162-169.
- Singh, N., Ellis, C., & Wechsler, H. (1997). Psychopharmacology epidemiology of mental retardation: 1966 to 1995. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7, 255–266.
- Stolker, J.J., Koedoot, P.J., Heerdink, E.R., Leufkens, H.G., & Nolen, W.A. (2002). Psychotropic drug use in intellectually disabled group-home residents with behavioural problems. *Pharmacopsychiatry*, 35, 19– 23.
- Wachtel, L.E., & Hagopian, L.P. (2006). Psychopharmacology and Applied Behavioral Analysis: Tandem Treatment of Severe ProblemBehaviors in Intellectual Disability and a Case Series. *Isr J Psychiatry Relat Sci Vol 43 No. 4*, 265–274
- Zarcone, J.R., Lindauer, S.E., Morse, P.S., Crosland, K.A., Valdovinos, M.G., McKerchar, T.L., Matthew, R.R., Hellings, J.A., & Schroeder, S.R. (2004). Effects of risperidone on destructive behavior of persons with developmental disabilities: III. Functional analysis. *American Journal of Mental Retardation*, 109, 310–321.

A IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA

CATARINA COSTA 1, SOFIA VON HUMBOLDT 1 & VÍCTOR CLÁUDIO 1

Na próxima metade do século, é esperada uma descida no número global de crianças com idade inferior a 5 anos, acompanhada pelo aumento do número global de pessoas com idade superior aos 60 anos de idade (Longman, 2010). Em acréscimo, é importante ter em conta o aumento da longevidade que implica que a esperança média de vida seja superior no momento presente (Lutz, 2001).

O aumento do número global de idosos a par com o aumento da esperança média de vida retrata o envelhecimento da população. Este aumento demográfico da população idosa revela o processo de senescência e os diversos factores inerentes ao mesmo como um aliciente fenómeno de estudo ao nível biológico, psicológico e social (Osório, 2007).

O envelhecimento é um processo comum mas específico a cada indivíduo, caracterizado por transformações biológicas e psicológicas que ocorrem de forma gradual ao longo do tempo. Investigações neste contexto, expõem população idosa em associação a baixa produtividade e a elevadas despesas médicas. Especificamente no contexto de saúde, o estudo da qualidade de vida (QdV) e do envelhecimento, tem-se focado maioritariamente na condição de doença, incapacidade ou dependência. (Bowling, Seetai, Morris & Ebrahim, 2007; Murphy, Cooney, Shea & Casey, 2009).

Segundo Richard Miller (2002), esta percepção comum da população idosa cria um clima que denominou por *gerontologiphobia*- um conjunto de pessoas não produtivas, associadas a doenças crónicas, que consomem os recursos do planeta. Contudo, o aumento da idade não é necessariamente acompanhado por fragilidade e elevados níveis de morbilidade (Farrelly, 2010). De facto o envelhecimento apresenta diversos factores a seu favor embora seja convencionalmente visto como uma época de perdas. Inerente ao envelhecimento está o ganho de maturidade, o desenvolvimento e a sabedoria (Baltes & Staudinger 2000; Erikson 1982; Tornstam 1994). Pessoas mais velhas são também associadas a maiores níveis de resiliência, a personalidades positivas e a uma dimensão de força interior (Nygren et al. 2005; Wagnild 2003; Além disso, um baixo nível de saúde não é sinónimo de emoções negativas (Chipperfield, Perry, & Weiner, 2003).

1Unidade de Investigação Psicologia e Saúde, I&D, ISPA.

Segundo Coward (1996), tem se verificado em idosos a capacidade de auto-transcendência e ainda a capacidade de conseguirem adaptar-se em épocas de mudanças, de crises e de sofrimento. Embora o estudo da população idosa tenha sido geralmente caracterizado pela investigação relacionada com a doença, a maioria dos idosos encontra-se integrado na sociedade sem limitações (Figueiredo, 2003; Figueiredo, 2007) Neste seguimento, torna-se importante o estudo da QdV de forma a perceber quais as estratégias inerentes a envelhecimento saudável que desmistifiquem imagens sociais negativas e qualifiquem o idoso a um papel activo na sociedade e no seu próprio desenvolvimento.

Associado ao conceito de QdV surge a Religião. De facto, a necessidade de recolher dados empíricos que permitam compreender a contribuição da religião e da espiritualidade na adaptação ao avanço da idade e as perdas associadas, têm-se afirmado como uma investigação de extrema relevância no contexto da QdV (Fry, 2000).

Religião, Espiritualidade e Qualidade de Vida na Adultícia Avançada

A Religião é uma prática que acompanha o ser humano desde os primórdios da civilização, até aos dias de hoje. Tanto a religião como a espiritualidade são dois conceitos reconhecidos como factores relevantes no desenvolvimento do ser humano. Além de abranger e influenciar o ser humano desde os primeiros anos de vida até às idades mais avançadas, a literatura indica que esta influência se estende também ao indivíduo não religioso ou não espiritual (Hill, et al., 2000).

Embora, a religião e a espiritualidade surjam em diversas literaturas como sinónimos, na verdade trata-se de dois conceitos diferentes sendo necessário a sua distinção. (Pinto & Ribeiro, 2009). Contudo, a conceptualização dos dois conceitos é difícil, encontrando-se diversificadas definições e atributos na literatura referentes aos dois. (Sawatzky, 2002).

Contudo, a espiritualidade retrata um conceito mais amplo em comparação à religião, sendo definida como a procura de significado para questões que transcendem o ser humano a diferentes níveis. (Taylor, 2003). A religião por sua vez é maioritariamente associada a normas e práticas de um sistema religioso (Mueller, Plevak e Rummans, 2001).

Com a segunda revolução no contexto da saúde, reconhece-se a necessidade de um modelo de avaliação integral e holística do indivíduo em detrimento da visão biomédica até então em voga. Assim, a segunda revolução na Saúde levou à origem de uma perspectiva biopsicossocial na avaliação em Psicologia da Saúde. É neste encadeamento que a psicologia clínica integra o conceito de Bem – Estar subjectivo no contexto Psicologia Positiva.

O conceito de bem-estar subjectivo engloba duas dimensões, a dimensão cognitiva e a dimensão afectiva, sendo ambas partes integrantes da QdV e do conceito Afecto. A dimensão cognitiva é caracterizada pelo juízo avaliativo do indivíduo acerca da sua Satisfação com a Vida, enquanto que a

dimensão emocional se encontra relacionada em termos globais com a felicidade ou mais especificamente com emoções, positivas ou negativas.

É consensual entre vários autores que a religião influencia os indivíduos, uma vez que muitas doutrinas religiosas impõem e incutem aspectos afectivos e determinadas atitudes e comportamentos que por sua vez irão influenciar a percepção subjectiva do indivíduo. (Hill et al.,2000). O reconhecimento da importância dos conceitos, desenvolveu a necessidade de integrar esta dimensão (religiosa/espiritual) em instrumentos de avaliação. Como resposta, a Organização Mundial de Saúde criou o domínio designado por “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais” no instrumento de avaliação da QdV, WHOQOL-100 (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2007).

A religião influencia as cognições ao fornecer uma base para o entendimento dos eventos negativos da vida (p.ex.: “Foi vontade de Deus”) e simultaneamente oferece a perspectiva de vida além da morte (Pargament, 1997).

Desta forma, o presente estudo tem como objectivo geral, avaliar o efeito da religião na QdV em idosos sem incapacidade psicológica e não institucionalizados. Como objectivos específicos, pretende-se analisar de que forma a dimensão religiosa é relevante no contexto do idoso e analisar como diferentes religiões poderão ser relevantes para a população idosa, com potenciais efeitos nas dimensões da QdV.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 118 idosos com mais de 74 anos, de oito nacionalidades diferentes, nomeadamente portugueses, alemães, ingleses e romenos, e com ausência de patologia psiquiátrica. Para a obtenção da amostra recorreu-se a universidades sénior, a referências pessoais e sugestões de diferentes participantes.

Material

Os instrumentos de medida e avaliação utilizados foram: Mini - Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário de Caracterização Sócio – Demográfico e o Questionário de Avaliação de Ganhos em Saúde (SF-6D).

Segundo Ferreira e Ferreira (2006) o Questionário de Avaliação de Ganhos em Saúde (SF-6D) é um instrumento útil e eficaz na medição da QdV relacionada com a saúde. Este é uma versão curta da escala *Short Form 36 Health Survey Instrument* (SF-36) que pretende medir a percepção do estado de saúde e da QdV em oito dimensões (Ware et al., 1993). Assim, Brazier et al., criaram uma versão mais

prática e breve o SF-6d, constituída por onze itens avaliando seis dimensões (Função Física, Limitação do Desempenho, Função Social, Dor, Saúde Mental, Vitalidade) (Brazier, Usherwood, Harper, & Thomas, 1998).

A validade do MEEM foi obtida por correlação com a escala “Weschler ault Intelligence Scale” (WAIS). Assim, a correlação entre o MEEM e a escala verbal do WAIS obteve o valor de $r = 0.776$ ($p < 0.001$) e a correlação de Pearson do MEEM com a escala de realização da WAIS foi de $r = 0.660$ ($p < 0.001$). Através do teste-reteste foi possível comprovar a sua fiabilidade mesmo após 28 dias ($r = 0.98$; $p < 0.001$) (Folstein, Folstein & Mchugh, 1975). A adaptação para a população portuguesa foi obtida por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro - Caldas, & Garcia, (1994)

Procedimento

Tendo em conta os objectivos do presente estudo, optou-se por realizar um estudo não-experimental, do tipo descritivo-correlacional, de forma a perceber a relação das diferentes variáveis descritas acima (Fortin, 1999).

Antes da administração da bateria de testes foi obtido o consentimento oral e foi realizada a descrição do estudo e os propósitos do mesmo. Foi igualmente assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Estudos indicam que tanto a religião como a espiritualidade são dois conceitos que se encontram efectivamente associados ao bem-estar físico e psicológico na população idosa (Fry, 2000), justificando o crescente interesse da população idosa pela religião e espiritualidade (Fry, 2000).

Os resultados preliminares deste estudo indicam que os idosos com religião apresentam diferenças no efeito no SIC dos idosos, para cada uma das três dimensões.

Assim, os idosos que se identificaram com uma religião apresentaram os valores mais elevados para a sub-escala ‘função física’, valores médios de 4.5, para a sub-escala ‘função social’, valores médios de 5.2 e para a sub-escala ‘vitalidade’, valores médios de 4.4.

Por outro lado, neste estudo, os idosos que indicaram não seguir uma religião apresentaram níveis aproximados na sub-escala ‘função física’ ($M = 4.4$) e inferiores na sub-escala ‘função social’ ($M = 4.1$) e sub-escala ‘vitalidade’ ($M = 3.9$). Este diferencial é corroborado por estudos anteriores. Quanto à vitalidade, a religião pode contribuir para um aumento desta, ao conferir respostas e por isso significado e esperança para algumas das grandes questões e anseios da humanidade, sobretudo as incontornáveis como a morte e o sentido da vida, particularmente para os grupos sociais que enfrentam mais de perto a inevitabilidade da morte, como a população idosa (Hill et al., 2000).

No que diz respeito à função física, estudos na área apontam para a influência do envolvimento religioso na saúde. A religião pode constituir uma alternativa segura e útil para uma boa saúde mental, como pode estimular a adopção de comportamentos menos saudáveis que poderão facilitar a gestão de, nomeadamente, uma patologia. (Hill et al., 2000). Adicionalmente, a religião encontra-se associada a uma menor probabilidade do indivíduo adoptar comportamentos de risco no contexto de saúde (Crowther et al., 2002). Em acréscimo é também mencionado o efeito positivo da prática religiosa e espiritual na saúde associada a uma maior longevidade (Pinto & Ribeiro, 2007).

Por último e quanto à função social, os resultados deste estudo estão em consonância com os alcançados por Thoresen (1999) que indicou que a prática religiosa e o seu efeito na saúde são consequência de hábitos de saúde implementados por algumas normas religiosas; da existência de um suporte social; desenvolvimento de comportamentos cognitivos e psicodinâmicos.

REFERÊNCIAS

- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom, a metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.
- Bowling, A., Seetai, S., Morris, R., & Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36, 310-315.
- Brazier, J., Usherwood, T., Harper, R., & Thomas, K. (1998). Deriving a preference-based single index from the UK SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1115-1128.
- Chipperfield, J. G., Perry, R., & Weiner, B. (2003). Discrete emotions in later life. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 58, 23-34.
- Coward, D. D. (1996). Self-transcendence and correlates in a healthy population. *Nursing Research*, 45, 116-121.
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42, 613-620.
- Erikson, E. H., 1982. *The Life Cycle Completed*. New York: W.W. Norton & Company.
- Farrelly, C. (2010). Why aging research?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1197, 1-8.
- Ferreira, P. L., & Ferreira, L. N. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24, 5-14

- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37, 446-455.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fry, P. S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging & Mental Health*, 4, 375-387.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 203-214.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*. Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia.
- Hill, P. C. et al. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51-77.
- Longman, P. (2010). Global Aging. *Foreign Policy*, 182, 52-58.
- Lutz, W., et al. (2001). The end of world population growth. *Nature*, 412, 543-545.
- Miller, R. 2002. Extending life: scientific prospects and political obstacles. *Milbank Q.* 80, 155 –174.
- Moreira-Almeida, A. (2007). Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Revista Psiquiatria. Clínica*, 34, 3-4.
- Muller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine : implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*. 76, 1225-1235.
- Murphy, K., Cooney, A., Shea, E. O., & Casey, D (2009). Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 606-615.
- Nygren, B., Alex, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health*, 9, 354-362.
- Osório, A. R., (2007). Os idosos na sociedade actual. In A. R. Osório & F.C. Pinto (Coord.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford.

- Pinto, C., & Ribeiro, P. J. L. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21, 47-53.
- Pinto, C., & Ribeiro, P. J. L. (2009). Avaliação da Espiritualidade dos Sobreviventes de Cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*
- Sawatzky, R. (2002). *A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life*. Unpublished Master's degree dissertation, University of British Columbia, Canada.
- Sessana, L., Finnell, D., & Jezwski, A. (2007). Spirituality in Nursing and Health-Related Literature. *Journal of Holistic Nursing*, 25, 252-262.
- Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and Health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, 4, 291-300.
- Tornstam, L., 1994. Gerotranscendence – a theoretical and empirical exploration. In L. E. Thomas & S. A. Eisenhandler (Eds.), *Aging and the religious dimension* (pp. 203-225). Westport: Greenwood Publishing Group.
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 42-49.
- Ware, J. et al. (1993). SF-36 health survey manual and interpretation guide. New England Medical Centre.

OS EFEITOS DA RELIGIÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE UMA AMOSTRA INTERNACIONAL DE IDOSOS

CATARINA COSTA, SOFIA VON HUMBOLDT & VÍCTOR CLÁUDIO

O crescimento populacional tem sido um resultado directo das variações na taxa de natalidade e o aumento da longevidade (Longman, 2010).

Este quadro reflecte assim o envelhecimento da população. Se por um lado temos o aumento da percentagem global da população idosa, por outro há ainda que admitir o aumento da longevidade (Lutz et al., 2001).

Ao viver num mundo caracterizado pelo envelhecimento da população, torna-se necessário: reconhecer pessoas idosas como um recurso valioso; ajudar o idoso a desempenhar um papel activo no seu desenvolvimento; providenciar e promover um sistema de saúde adequado ao idoso; e promover solidariedade entre as diversas gerações. (WHO, 1999).

O conceito de envelhecimento expressa o crescimento e diferenciação gradual ao longo da vida, em diferentes contextos (biológicos, psicológicos e socio-culturais). É um conceito multidimensional uma vez que traduz a complexidade da interacção dinâmica e activa de diferentes dimensões, que varia de indivíduo para indivíduo, sendo o envelhecimento caracterizado por uma variabilidade inter e intra-individual (Spar & La Rue, 2005). O envelhecimento biológico concerne a redução da eficiência de processos morfológicos e funcionais do organismo como fruto de alterações físicas. (Figueiredo, 2007). Neste sentido, a população tem vindo a ser associada ao declínio biológico (Schaie & Willis, 2002) que se traduz numa baixa produtividade e a elevadas despesas médicas (Farrelly, 2010). Contudo, o aumento da idade não é necessariamente acompanhado por fragilidade e elevados níveis de morbilidade (Farrelly, 2010).

O envelhecimento psicológico é caracterizado pelas implicações das mudanças biológicas no organismo no funcionamento cognitivo e na personalidade do idoso. Sendo que à medida que o envelhecimento progride, o idoso preocupa-se cada vez mais com possíveis consequências ao nível do funcionamento individual e global (Fonseca, 2005).

Segundo Baltes e Baltes (1990), para um envelhecimento bem sucedido (EBS) é necessário ter por base: a heterogeneidade do envelhecimento; e a existência de capacidades de reserva que compensam as perdas características do avanço da idade. Assim, para um EBS, é necessário um modelo que potencie os ganhos em detrimento das perdas através de selecção, optimização e compensação. Para tal, Fonseca (2005) descreve a selecção como um processo activo do idoso no planeamento de objectivos, na optimização como uma pesquisa, no aumento das condições necessárias e na compensação como um processo que permite atingir os objectivos delineados.

Neste sentido, o idoso poderá alcançar um envelhecimento produtivo caracterizado por um papel activo do idoso no seu próprio desenvolvimento, tendo por base o seu bem-estar, autonomia e a tomada de decisão. (Rozario et al., 2004).

Num contexto de aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, a qualidade de vida (QdV) surge-nos como um conceito pertinente de estudo na população idosa. Embora o número de publicações sobre a QdV na população humana tenha sofrido um recente aumento, os estudos realizados têm-se focado mais sobre doenças específicas em detrimento de outras áreas da saúde (Zaninotto, et al., 2009).

A Qualidade de Vida

O conceito de QdV, é um conceito integrado em literaturas de diversas áreas. Por outras palavras, existem tantos conceitos de QdV quanto as áreas de investigação. Investigações na área da saúde pública, assim como em sociologia, colocam a ênfase da sua abordagem em comunidades, grupos e sociedades ao passo que uma abordagem médica ou psicológica irá dar preferência ao indivíduo e suas características (Ilić et al., 2010).

Schalock (2004) afirmou que existem mais de 100 definições de QdV, o que não torna fácil o consenso no âmbito da investigação, verificando-se diversas lacunas em termos de definição do conceito em publicações de medicina, sendo que num recente estudo de revisão de QdV no contexto de saúde observou-se a ausência da definição deste conceito em 16 de 68 modelos de QdV (Taillefer, Dupuis, Roberge, & Lemay, 2003). Da mesma forma, a preferência por citar diversas definições, sem a escolha de uma em específico, leva à ausência de definição do constructo, e como tal gera uma confusão conceptual (Ilić et al., 2010).

A QdV surge-nos como um conceito multidimensional de difícil definição, englobando diferentes dimensões consoante a área de estudo. Contudo, segundo Fernandez-Mayoralas e colaboradores trata-se de um constructo multidimensional que integra diferentes áreas (políticas e sócio-económicas), diferentes dimensões (social e individual) e diferentes estruturas (relações familiares e com o mundo envolvente, bem estar emocional, a saúde) (Fernandez-Mayoralas et al., 2007).

Assim, a QdV engloba duas dimensões: uma dimensão macro, objectiva e social relacionada com condições ambientais condições de emprego, habilitação e educação; e uma dimensão micro, subjectiva, individual relacionada com experiencias de vida, com a satisfação da vida, sensação de bem-estar e felicidade. (Brown, Bowling & Flynn, 2004).

A Religião, o Envelhecimento e a Qualidade de Vida

Verifica-se um crescente interesse da população idosa pela religião e espiritualidade (Fry, 2000). Simultaneamente estudos indicam que estes conceitos se encontram efectivamente associados ao bem-estar físico e psicológico na população idosa (Fry, 2000). A necessidade de recolher dados empíricos que permitam compreender a contribuição da religião e da espiritualidade na adaptação ao avanço da idade e as perdas associadas, têm-se afirmado como uma investigação de extrema relevância no contexto da QdV (Fry, 2000).

O processo de envelhecimento exige que o indivíduo se adapte às perdas, mudanças e alterações que dele decorrem. Perante períodos de mudança o individuo parte à procura de um significado para vida, usualmente aceitando a religião como uma possível fonte de respostas (Pargmant, 1997). A religião por sua vez, diz respeito a um conceito mais restrito habitualmente associado ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso (Mueller, Plevak & Rummans, 2001). Segundo Crowther et al. (2002) o conceito de religião diz respeito a aspectos formais e institucionalizados que facilitam a relação com o sagrado e fundamentam a compreensão e responsabilidade em comunidade.

Segundo Park e Ai (2006), conferir significado a algo está relacionada com o processo cognitivo que pretende restaurar um significado global na vida que foi violado por um evento desfavorável. Blumer (1969) considera que as acções do ser humano perante algo ou um evento dependem do significado que esse evento tem para o indivíduo.

De acordo com Pargment (1997), a religião pode ajudar o indivíduo a lidar com eventos traumáticos através da reformulação dos mesmos. O fim da vida e a morte são concepções que afectam os idosos, sendo que idosos com menos integridade do ego, com mais problemas físicos e psicológicos, institucionalizados e sem crenças religiosas apresentam maiores níveis de ansiedade originados pela ideia de morte (Tomer, 2000).

Diferentes estudos têm avaliado a relação directa e indirecta da QdV com a religião. Ferriss (2002) ao analisar a relação da religião com QdV através de factores objectivos e subjectivos, verificou uma correlação da variável felicidade associada à adesão a crenças e serviços religiosos. Através do seu estudo, apresentou entre diversas conclusões: a adesão a organizações religiosas facilita a integração em comunidade contribuindo assim para o aumento da QdV; a religião pode providenciar um significado para a existência humana que promova bem-estar. Concluiu igualmente que a frequência

de participação em serviços religiosos estava imperfeitamente associada a QdV. Diferentes autores, dividem a influência positiva da religião sobre contextos sociais e não sociais (Hill et al., 2000).

As crenças religiosas podem ajudar o indivíduo a lidar com eventos traumáticos oferecendo um sentido em situações aparentemente desprovidas do mesmo, incluindo situações graves de saúde como cancro (Courtenay, Poon, Martin, & Clayton, 1992; Ellison, 1991; Koenig, George, & Siegler, 1988; Pargament et al., 1990; Park & Folkman, 1997).

A religião influencia significativamente a integração social, sendo que os grupos religiosos são a mais importante organização a que os idosos pertencem. Em acréscimo, determinadas práticas religiosas, tal como a participação litúrgica, apresentam elevadas correlações com baixos níveis de stress e depressão e com outros efeitos benéficos na saúde (Stanley et al., 2011). A influência positiva na saúde pode revelar-se como um factor de prevenção ao desenvolvimento de doenças e consequentemente atenuando o impacto das mesmas na mortalidade (Guimarães e Avezum, 2007).

MÉTODO

Participantes

A amostra do estudo foi obtida por conveniência. Para a caracterização da amostra teve-se em consideração a idade, a preferência por idosos não institucionalizados e a exclusão de idosos com incapacidade cognitiva. A amostra é assim constituída por 118 participantes cognitivamente saudáveis, de ambos os sexos, entre os 74 e os 96 anos pertencentes a oito nacionalidades diferentes. A capacidade cognitiva foi avaliada através do MEEM.

Material

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário de Caracterização Sócio – Demográfico e Questionário de Avaliação de Ganhos em Saúde (SF-6D). Na análise dos dados utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-versão 19.0).

O Questionário de Avaliação de Ganhos em Saúde (SF-6D), (Ferreira & Ferreira, 2006), forneceu uma medida de avaliação da QdV, sendo constituído seis sub-escalas, englobando a função física, a limitação do desempenho, a função social, a dor física, a saúde mental e a vitalidade.

Procedimento

Após garantir a confidencialidade do conteúdo ao entrevistado, foi igualmente explicado a cada participante o objectivo do presente estudo. Para garantir a espontaneidade das respostas obtidas, os

instrumentos foram submetidos num ambiente privado e tranquilo (e.g. habitação do entrevistado), de forma a minimizar as eventuais reservas dos entrevistados e interferências externas. Por outro lado, o entrevistador procurou sempre evitar interferências no discurso do entrevistado, de forma a reduzir ao mínimo a possibilidade de um eventual condicionamento à resposta. Todos os participantes forneceram o seu consentimento informado para a realização do estudo.

RESULTADOS

Os resultados preliminares deste estudo revelaram o nível QdV dos participantes idosos e permitiram verificar uma correlação entre a QdV e a religião ($r_p=.516$; $p<.001$). A literatura tem revelado um crescente interesse da população idosa pela religião e espiritualidade e que estes conceitos se encontram efectivamente associados ao bem-estar físico e psicológico na população idosa (Fry, 2000). Para Pais-Ribeiro e Pombeiro (2004), a espiritualidade encontra-se ligada à procura de significados para questões transcendentais, podendo ser uma fonte de sentido e esperança em acontecimentos graves para esta população.

Verificou-se igualmente que a crença religiosa dos participantes (e.g., católico, protestante, muçulmano, judeu), praticada e a nacionalidade dos participantes poderia ter diferentes níveis de associação à QdV. No caso dos católicos, verificou-se uma correlação positiva e fraca ($r_p=.217$; $p<.001$). Em comparação, os protestantes apresentaram uma correlação positiva superior ($r_p=.328$; $p<.001$). Os portugueses revelaram também uma correlação positiva e fraca ($r_p=.117$; $p<.001$), à semelhança dos ingleses ($r_p=.129$; $p<.001$). Efectivamente, as doutrinas religiosas educam o indivíduo a praticar rituais comprovados de cura religiosa, tais como, meditação ou oração, trabalhando em conjunto com sistemas médicos na cura para a doença (Poloma & Pendelton, 1989). A oração tem sido indicada como uma estratégia de *coping* eficaz (Poloma & Pendelton, 1989), estando desta forma relacionada com a QdV uma vez que ajuda o indivíduo a lidar com situações graves ou stressantes (Panzini et al., 2007).

DISCUSSÃO

Ferriss (2002), ao analisar a relação da religião com QdV através de factores objectivos e subjectivos, verificou uma correlação da variável felicidade associada à adesão a crenças e serviços religiosos. A prática religiosa pode constituir um apoio sócio-emocional os idosos, nomeadamente em relação á solidão, na forma dos encontros semanais, na participação activa nas actividades religiosas, na sensação de utilidade e no propósito. O impacto positivo desta integração é reforçado pela recuperação de um papel activo na sociedade (Idler & Kasl, 1992).

Em conclusão, a religião revelou ser um catalizador trans-cultural de opções de investimento pessoal, de desenvolvimento interno e de maturidade com relação com a QdV dos idosos e consequentemente com o envelhecimento bem-sucedido destes idosos.

REFERÊNCIAS

- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Canada: Cambridge University Press.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism. Perspective and method*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Courtenay, B. C., Poon, L. W., Martin, P., & Clayton, G. M. (1992). Religiosity and adaptation in the oldest-old. *International Journal of Aging and Human Development*, 34, Special Issue 47–56.
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42 (5), 613-620.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80–99.
- Fernandez - Mayoralas, G. et al. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. *Informes Portal Mayores*, 74. retirado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>
- Ferreira, P. L. & Ferreira, L. N. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24, 5-14
- Folstein, M. F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1974). Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, A.M., (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fry, P. S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging & Mental Health*, 4, 375-387.
- Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiatria. Clínica*, 34, 88-94.
- Hill, P. C. et al. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51-77.
- Idler EL & Kasl SV. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American journal of sociology*, 97, 1052–79.

- Ilić, I., Ivona Milić, I., & Arandelović, M. (2010). Assessing Quality of life: current aproachs. *Kvaliteta Života – Acta Medica Medianae*, 49, 52-60
- Koenig, H. G., George, L. K., & Siegler, I. C. (1988). The use of religion and other emotionregulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist*, 28, 303–310.
- Longman, P. (2010).Global aging. (cover story). *Foreign Policy*, 182, 52-58.
- Lutz, W., et al. (2001). The end of world population growth. *Nature* , 412, 543-545.
- Muller, P. S.; Plevak, D. J.; Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine : implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*. 76, 1225-1235.
- Pais-Ribeiro, J., & Pombeiro, T. (2004). A relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. *Acta de Conferência Nacional: 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 757 – 769. Lisboa.
- Panzini R. G., Rocha N. S., Bandeira D. R., & Fleck M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34 (1), 105-115.
- Pargament, K.I. (1997). The psychology of religion and coping. *New York: Guilford* .
- Park C., & Ai, A. L. (2006). Meaning-making and growth in adversity: New directions forresearch on survivors of adversity. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 389–406.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115–144.
- Poloma, M.M., & Pendelton, B. (1989). Exploring types of prayer and quality of life: A research note. *Review of Religious Research*, 31,46–53.
- Rozario, P., Morrow-Howell, N., & Hinterlong, J. (2004). Role Enhancement or Role Strain: Assessing the Impact of the Multiple Productive Roles on Older Caregiver Wellbeing. *Research on Aging*, 26, 413-428.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L., (2002). *Adult Development and Aging*. New York: Prentice-Hall.
- Schalock, R. L. (2004). keynote address The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research* , 48, 203-216.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stanley, M. A., et al. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression." *Aging & Mental Health*, 15, 334-343.
- Taillefer MC, Dupuis G, Roberge MA, & Lemay S. (2003). Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research*, 64, 293-323.
- Tomer, A. (2000). *Death Anxiety in Older Adults*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge
- WHO – World Health Organization (1999). *Ageing: Exploding the myths*. Geneva: World Health Organization.
- Zaninotto, P. et al. (2009). Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research*, 18, 1301-1309.

“CUIDAR DE QUEM CUIDA”: PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM CUIDADORES INFORMAIS DE CRIANÇAS E JOVENS PORTADORES DE DOENÇA CRÓNICA

MARA COSTA 1 & ANA AMARAL 2

Os programas/projectos dedicados à educação e promoção da saúde têm, nas últimas décadas, vindo a ser alvo de crescente interesse por profissionais de diversas áreas, a nível nacional e internacional. A mudança dos estilos de vida e o desenvolvimento técnico-científico incutiu às sociedades actuais problemáticas que necessitam de acções radicais e urgentes. Se por um lado, as intervenções parecem querer vingar nos domínios da promoção da actividade física e alimentação, por outro lado, caem no esquecimento as intervenções direccionadas a grupos de risco mais restritos, como é o caso dos cuidadores informais.

De facto, vários estudos têm vindo a sugerir que as pessoas que prestam cuidados a familiares, e em especial a crianças ou jovens portadores de doença crónica, frequentemente sofrem de alterações adversas na vida familiar e social, para além de manifestarem um aumento significativo da sua morbilidade, sobretudo ao nível da saúde mental.

O propósito do presente Projecto é, fundamentalmente, criar condições que propiciem aos cuidadores uma melhoria do seu bem-estar e saúde.

A tríade saúde / doença / cuidar

Os conceitos de saúde e doença e, inevitavelmente, o conceito de cuidar existem desde o início da humanidade. Apesar das transformações socioculturais vividas ao longo de toda a História, o acto de cuidar mantém-se, na sua essência, inalterado. Isto é, exerce-se fundamentalmente pela família e em contexto domiciliário.

Porém, é fundamental uma observação histórica e epistemológica mais pormenorizada, das civilizações e instituições, ciclos económicos e políticos, evoluções técnico-científicas e estilos de vida, para compreender o impacto destes conceitos no quotidiano actual.

1-Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital Pediátrico de Coimbra; 2-Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra - IPC.

Durante a Era Medieval a doença era descrita como decorrente de práticas ligadas ao misticismo e o processo de cura baseava-se em actos de bruxaria. Já nos séculos XII e XIII, com a emancipação das ciências e da medicina, a preocupação do alívio do sofrimento da pessoa doente, descreve o primeiro momento de valorização do acto de cuidar (Costerano & Lacerda, 2002,; Waldow, 1998; citado por Lopez & Stuhler, 2008).

Durante os séculos que se seguiram e até ao início do séc. XIX, as instituições públicas de saúde centraram o seu foco de acção exclusivamente na doença e no tratamento de sintomas, considerando saúde como a ausência de doença (Goldim, 2002, citado por Mendes, 2008).

Após a Segunda Guerra Mundial o aumento do conhecimento científico, o acesso a sofisticadas técnicas e tecnologias, a identificação de novos agentes patológicos, a inovação de medicamentos e cirurgias modificou radicalmente o paradigma não só das ciências da saúde, mas de todas as áreas do saber. Desde então que as tecnologias têm evoluído e tornando-se acessíveis, promovendo uma maior e melhor qualidade de vida (Mendes, 2008).

No entanto, assiste-se hoje à ambiguidade do contributo dos avanços médicos, científicos e técnicos. Se por um lado, se verifica o aumento da esperança média de vida, com controlo terapêutico e medicamentoso de sintomas, por outro lado observa-se uma crescente sobrevida de recém-nascidos e crianças com doença grave, o que muitas vezes se traduz em sequelas permanentes e limitações funcionais. Nunca o conceito de cuidar esteve tão implícito nas práticas e rotinas actuais como agora. São os pais que fazem o “luto” de um futuro brilhante para o filho, perspectivando a adaptação a uma doença crónica incapacitante, ou a esposa que abandona o papel de mulher para se dedicar ao cuidado do marido acamado.

A família da criança e jovem com doença crónica

Considera-se doença crónica, aquela cujos meios médico-farmacológicos oferecidos para o tratamento são considerados insuficientes para curar a patologia subjacente ao processo, isto é, a terapêutica disponível visa a diminuição do progresso da doença e o alívio de sintomas (Derogatis, Fleming, Sudler & Pietra, 1996, citado por Oliveira, 2005). Facilmente se depreende a existência de incapacidades físicas ou mentais impostas pela doença, o que provoca um sério comprometimento na qualidade de vida não só da criança/jovem portador da doença, mas de toda a unidade familiar que o circunda.

Compreendendo que a vivência de uma doença crónica é traumática e destabilizadora para todos os elementos envolvidos, a família enquanto unidade cuidadora adquire um novo papel e necessidades especiais nunca antes experienciadas. Inevitavelmente, passa a existir um foco extremo de atenção para onde são canalizadas todas as energias e recursos, o que origina um sério comprometimento das relações intrafamiliares e sociais, recursos económicos e desemprego, sobrecarga física e emocional, entre outros.

Torna-se assim essencial promover a resiliência da família e capacitar o cuidador informal de mecanismos e estratégias individuais, que face às adversidades vividas durante o processo de doença consiga enfrentar, resistir, adaptar e reagir positivamente (Ciuro, 2007).

É fundamental a criação de projectos de apoio individual ou de grupo, que visem compreender holisticamente a família, o cuidador e a criança/jovem, adaptando-se às necessidades efectivas destes. Só intervenções especificamente direccionadas a este grupo de risco, poderão promover ganhos em saúde, quer ao nível da saúde mental, física, social e económica (Brito, 2006).

“Cuidar de quem cuida”

Na tentativa de colmatar algumas das necessidades sentidas pelos cuidadores informais de crianças e jovens portadores de patologia crónica, surge o projecto “Cuidar de Quem Cuida”. Trata-se de um projecto inovador cujo seu campo de acção é o Centro de Saúde Norton de Matos e Unidade de Saúde Familiar Briosa e baseia-se nas linhas orientadoras da educação e da promoção da saúde.

Os objetivos são conhecer algumas características sociodemográficas e clínicas dos prestadores de cuidados e das crianças/jovens dependentes do seu cuidado; atender às necessidades do cuidador de crianças/jovens dependentes e da sua família, promovendo a autonomia da díade cuidador-cuidado, manutenção ou reabilitação das funções da família e ligações interpessoais, apoio social e psicológico, diminuição da sobrecarga física, mental e financeira, incremento de informações sobre o processo de cuidar/doença.

MÉTODO

Participantes

A população em estudo inclui todos os cuidadores informais (pais ou outros familiares) de crianças e/ou adolescentes portadores de doença crónica com incapacidade total ou parcial na realização das suas actividades da vida diária, inscritos no Centro de Saúde Norton de Matos (CSNM) e Unidade de Saúde Familiar Briosa (USF) e a frequentar consultas médicas de especialidade no Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC). O facto das crianças/adolescentes referenciados necessitarem de consultas médicas diferenciadas, constitui um bom indicador da existência de alguma dependência. A escolha recaiu sobre este centro de saúde e sobre a USF dada a sua grande abrangência demográfica e, também, pelo número elevado de inscrições.

A amostra é constituída pelos utentes que para além de concomitantemente, estarem inscritos no centro de saúde supracitado e com consultas médicas de especialidade no Hospital Pediátrico de Coimbra, possuírem também os seguintes critérios de inclusão: avaliação positiva para ingresso no Projecto, atribuída pela equipa médica/enfermagem face ao grau de dependência, alteração das funções familiares, desemprego, sobrecarga do cuidador, e outros.

Trata-se então, de uma amostragem por Selecção Racional, pois a amostra é constituída por sujeitos que cumpram os critérios acima mencionados e impostos previamente pela investigadora.

Material

Tendo em conta a especificidade da problemática em estudo, o instrumento de colheita de dados seleccionado foi a versão portuguesa do inquérito *Carer's Assessment of Difficulties Index* (CADI). Trata-se de um questionário de avaliação subjectiva da situação dos prestadores de cuidados a familiares, baseando-se no auto-relato e na auto-avaliação das dificuldades percebidas decorrentes do processo de cuidar. Inicialmente desenvolvido por Nolan *et al* (1989, 1998) é traduzido e validado para a população portuguesa por Brito (2002), com o intuito de promover a investigação nesta temática. Constitui um importante instrumento de avaliação, a ser utilizado pelos profissionais de saúde, pois permite o estabelecimento de planos individualizados de saúde e intervenções especificamente direccionadas ao cuidador e família.

É estruturado em 30 itens, cada um com uma escala tipo Likert de quatro opções, onde o cuidador deve assinalar se a afirmação se aplica ou não, e de que forma corresponde à sua percepção da situação. Os 30 itens representam as potenciais dificuldades vividas e as suas implicações na vida social, familiar, económica e saúde sentidas pelo cuidador. Termina com um espaço de resposta aberta, para que opcionalmente, o cuidador possa expressar dúvidas ou caracterizar a situação de uma forma que não tenha sido contemplada no inquérito.

Procedimentos

A construção do Projecto é descrita em dois momentos metodológicos distintos, mas indissociáveis. A primeira fase compreende a aplicação do instrumento de colheita de dados e a abordagem aos cuidadores, com vista à efectivação do diagnóstico da situação. A segunda fase consiste na vertente prática do Projecto, isto é, a implementação das intervenções planeadas face ao diagnóstico estabelecido.

As diligências prévias tomadas para a realização do Projecto prendem-se essencialmente com a obtenção de autorizações e planeamento de acções. Relativamente às autorizações obtidas para a sua implementação a nível local foram, hierarquicamente: Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego I (Directora Executiva Dra. Maria Augusta Mota); Coordenação do Centro de Saúde Norton de Matos (Dra. Conceição Milheiro) e Coordenação da Unidade de Saúde Familiar Biosa (Dra. Conceição Maia).

A utilização do questionário CADI foi consentida pela autora da versão portuguesa, Prof. Doutora Maria Luísa Brito. De forma a promover a constância e controlo da colheita de informação, o instrumento será aplicado apenas pela investigadora.

Do ponto de vista prático, são listadas as crianças e adolescentes com doença crónica que coincidentemente, estejam inscritas no CSNM/USF e com consultas médicas de especialidade no HPC. Após uma avaliação prévia dos ficheiros clínicos, pela equipa médica e de enfermagem, são seleccionadas apenas as famílias dos utentes que cumpram com os critérios de inclusão acima referidos.

O presente Projecto de Intervenção foi submetido ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego I e discutido em Conselho Clínico, relativamente a todas as fases metodológicas e princípios éticos subjacentes.

Assenta nos princípios dos códigos de ética em investigação e nos direitos fundamentais das pessoas. Isto é, tem como linha orientadora da acção o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo, o direito a um tratamento justo e equitativo.

Respeitando os princípios de ética, o cuidador consentirá de forma livre e esclarecida a sua inclusão na investigação.

Recursos humanos e materiais

A equipa multidisciplinar e dinamizadora do Projecto é constituída por enfermeiros e estudantes de enfermagem, médicos, farmacêutica, terapeuta familiar, psicóloga, assistente social e animadora sociocultural, que em regime de voluntariado efectuem todas as intervenções inerentes ao Projecto.

Os materiais utilizados serão: o processo clínico das famílias e das crianças/adolescentes portadores de doença crónica; cópias do questionário CADI; materiais essenciais à acção da equipa multidisciplinar (ex. plataforma electrónica de apoio/conversação), ou de cada profissional (ex. legislação), ou do grupo de apoio (ex. fotos); materiais gerais de apoio como o telefone, computador, impressora, projector, material de escrita, entre outros.

Actividades

Estão planeadas as seguintes actividades:

1) Visitas individuais no domicílio por uma equipa multidisciplinar (enfermeira, terapeuta familiar e assistente social): reorganização e adequação dos espaços do lar, aquisição de equipamentos e avaliação de necessidades;

2) Protocolo de parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: os estudantes em ensino clínico no CSNM e USF Brisa “adoptam” uma família, cuidando e estimulando a criança no domicílio, constituindo uma opção de cuidado alternativo temporário, durante uma tarde/semana (esquema de pausas), de forma a providenciar o alívio e tempo livre dos familiares;

3) Intervenções em grupo de apoio nas instalações do Centro de Saúde: abordagem de temas fundamentais relativos à tríade criança/cuidador/cuidado (patologias, terapêutica, intervenções em situação de emergência, cuidados de higiene e posicionamento, alimentação, desenvolvimento infanto-juvenil, etc.), ou direccionados apenas ao cuidador (patologia depressiva, sobrecarga emocional, física e financeira, apoios sociais e equipamentos acessíveis, etc.); partilha de experiências, receios, angústias, tristezas e alegrias; dinamização de acções de recreação (artes manuais, música, etc.) e actividades desportivas.

4) Plataforma electrónica (*chat* e *blog*): utilização de um sistema de comunicação directa entre os elementos do grupo de apoio (entre si) e os profissionais (individualmente).

Resultados esperados

O projecto “Cuidar de Quem Cuida” pretende constituir-se numa rede sólida de apoio e orientação nos domínios da saúde e reabilitação, segurança social, economia e emprego, e lazer. Ambiciona acima de tudo tornar-se num suporte de referência individual e colectivo, empoderando os seus elementos corporativos para a adopção de estratégias e técnicas que promovam a sua e a saúde da sua família.

Concretamente, aspira-se à obtenção de ganhos em saúde ao nível da prestação de cuidados de excelência à criança/jovem com doença crónica; da saúde mental, física e social do cuidador com a promoção de estratégias de *coping*, reestruturação das relações sociais e diminuição da sobrecarga.

DISCUSSÃO

Saúde e doença sempre foram conceitos indissociáveis que sofreram drásticas alterações ao longo dos tempos, tantas quanto as que a própria civilização sofreu. Actualmente vivemos sob o paradigma da promoção da saúde, lançando para segundo plano o conceito da prevenção da doença. No entanto, existem situações onde o impacto da doença é colossal e torna-se inevitável agir sobre ela. É sob esse prisma que vive a família de uma criança ou jovem com doença crónica. Para além de ser um momento especialmente angustiante e stressante, é acima de tudo referenciado como uma experiência marcada pelas rupturas familiares e sociais e desorganização do quotidiano, com perdas avultadas em vários domínios.

É urgente a planificação e implementação de programas de apoio altamente diferenciados, que compreendam não só as vivências da família, mas também as necessidades desta. Estes programas devem auxiliar na superação de dificuldades, constituir uma rede de apoio e de informação e um suporte de referência, como os outros familiares, amigos ou comunidade. Espera-se que este Programa constitua uma resposta válida às necessidades dos cuidadores informais de crianças e jovens portadores de doença crónica.

REFERÊNCIAS

- Brito, L. (1998). Action. *Revista Referência*, 0, 69 - 71.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brito, L. (2006). Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, 15-24.
- Ciuro, A. (2007). A resiliência na família da criança com doença oncológica. *Nursing*, 228, 24-28.
- Gil, H. (2005). *Unidade móvel de apoio ao domicílio*. Obtido em Setembro de 2011, de http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Inidade_movel_F_Gil.pdf.
- Lopez, M., & Stuhler, G. (2008). Atendimento psicológico a mães de crianças com doença crónica: Relato de experiência. *Psicologia Argumento*, 26 (55), 341-347.
- Mendes, R. (2008). História dos conceitos de saúde e de doença. *Nursing*, 231, 8-18.
- Oliveira, F. (2005). Adesão ao tratamento por cuidadores de crianças com hipotiróidismo congénito (Tese de Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará, Belém).
- Pavão, S., Silva, F., & Rocha, N. (2011). Efeito da orientação domiciliar no desempenho funcional de crianças com necessidades especiais. *Motricidade*, 7 (1), 21-29.
- Union, G. (2010). *Fundação do Gil*. Obtido em Setembro de 2011, de <http://www.fundacaodogil.pt/projectos.aspx>

PREOCUPAÇÕES COM A FORMA CORPORAL EM MULHERES NA MENOPAUSA

SOFIA PEREIRA CRISTINA, FILIPA PIMENTA & ISABEL LEAL

Actualmente, 10% da população mundial feminina está a atravessar a fase de menopausa ou já passou por esta experiência. Prevê-se que, durante a próxima década, 2% do total das mulheres no mundo irá chegar a este período das suas vidas (Skouby, 2004, cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), estima-se que em 2030, cerca de 1,2 bilhões de mulheres terão mais de 50 anos, um número três vezes maior do que em 1990. A menopausa é um fenómeno fisiológico que marca o fim da vida reprodutiva de uma mulher e ocorre universalmente em todas as mulheres que chegam à meia-idade. Segundo a OMS (1996; cit. por Serrão, 2008) existem quatro estádios do ciclo menstrual: (a) a pré-menopausa, definida pela regularidade menstrual durante os últimos doze meses; (b) a peri-menopausa, período de tempo que vai de dois a oito anos que antecede a menopausa, quando não se verifica ainda um período de amenorreia que atinja doze meses consecutivos, mas os ciclos são irregulares e mais pequenos, aumentando o número de dias entre menstruações e caracteriza-se pelo início dos acontecimentos biológicos, endocrinológicos e psicológicos que marcam o fim da etapa reprodutiva; (c) a menopausa, quando a cessação de menstruações é permanente (só pode ser estabelecida em retrospectiva, após doze meses consecutivos de amenorreia), resultado da perda de actividade folicular; (d) e a pós-menopausa, que se inicia após a última menstruação. De acordo com Oldenhave et al. (1994; cit. por Serrão, 2008) existe um amplo espectro de idades na ocorrência da menopausa, pois pode ocorrer entre os 39 anos e os 59 anos, no entanto, na perspectiva de Rosvold-Brenholtz e de Singer e Hunter (1995, 1999; cit. por Serrão, 2008) a média ronda os 51 anos. Na população portuguesa, a média de idades em que ocorre a menopausa natural ronda os 48 anos, segundo Silva et al. (1999; cit. por Serrão, 2008). Um estudo longitudinal de 10 anos de McKinley (2006) sobre a consciência do corpo, cuidados corporais, atitudes e comportamentos relacionados com o peso e bem-estar psicológico em contextos culturais e de desenvolvimento, avaliou uma amostra de 74 mulheres de meia-idade e 72 mulheres jovens.

Embora a maioria das mulheres de meia-idade fosse susceptível de estar na menopausa, sendo esperada uma redução da vigilância do corpo, verificou-se que essas mesmas mulheres não registaram mudanças a este nível, contrariando as expectativas e estudos anteriores da autora.

Como era de se esperar e, ao longo dos 10 anos, as mulheres de meia-idade tinham um valor mais elevado de Índice de Massa Corporal (IMC) como consequência, um peso corporal mais elevado do que o desejado e maior insatisfação com o peso do que as mulheres jovens. Neste caso, a mudança para a insatisfação com o peso é coerente com as alterações no IMC na amostra de meia-idade e a literatura sugere que um foco no bem-estar e actividade física poderá melhorar as funções fisiológicas e o bem-estar psicológico deste grupo. Este estudo contribui significativamente para o que se sabe sobre as diferenças de idade na experiência do corpo para estas mulheres, especialmente sendo o único estudo longitudinal sobre a experiência do corpo que examina as mudanças na consciência do corpo e cuidado do corpo ao longo do tempo, bem como a forma como as relações entre essas variáveis e mudanças no bem-estar psicológico, ao longo do tempo. Assim, o aumento de exercício pode ter benefícios para as mulheres de meia-idade. Fernández et al. (2003) referem que há evidência de que o estilo de vida tem um forte impacto sobre a preservação da saúde. O estilo de vida da mulher na menopausa é muito importante, uma vez que a redução da ingestão de álcool, do consumo de tabaco, a ingestão de uma dieta adequada, realização de exercício físico e o bem-estar físico e psíquico são fundamentais para diminuir o risco de patologias (doenças cardiovasculares, osteoporose e cancro) que podem ser potenciadas pela diminuição dos níveis hormonais. Tendo em conta que metade das mortes atribuem-se ao estilo de vida e à dieta, a atenção na saúde da mulher deverá basear-se fundamentalmente em aspectos preventivos e de promoção da saúde. Na perspectiva de Mendonça, (2004, cit. por Kantoviski & Vargens, 2010) a imagem da mulher feminina, construída a partir de valores sedimentados na beleza, na juventude e na fertilidade, atinge profundamente a identidade da mulher. Nesse sentido, a menopausa representada como um momento crítico, afecta negativamente a construção da sua auto-imagem. Por isso, é preciso que as mulheres entendam a menopausa não como a porta de entrada para a velhice mas sim, como o início de uma nova vida repleta de novos interesses e perspectivas.

Com base na literatura anteriormente descrita, o presente estudo teve como objectivo averiguar se mulheres em diferentes estádios da menopausa têm níveis diferentes de preocupações com o corpo.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo, 364 mulheres na fase do climatério, com idades compreendidas entre os 42 e os 60 anos, ($M= 50,55$; $DP=5,244$).

A amostra divide-se em três grupos de acordo com o estado de menopausa, sendo que: 25,8% das mulheres se encontram na pré-menopausa, 25,8% na peri-menopausa e 47,5% na pós-menopausa. A amostra assume dois grupos de acordo com a prática de exercício físico, sendo que 54,1% das mulheres praticam exercício físico e 45,1% não são praticantes de exercício físico.

Material

A avaliação foi feita através do preenchimento de questionários de auto-resposta. Foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos; um questionário dividido em áreas mais específicas e que, entre outros aspectos, averiguou o estado de Menopausa, a prática de Exercício físico e IMC (Peso (Kg) /altura (m)²) da participante. O estado de menopausa foi avaliado através de três perguntas de resposta sim ou não: “Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais mais curtos, isto é, com menos 7 ou mais dias do que o habitual?”; “Nos últimos 12 meses teve menstruações irregulares, isto é, passaram 2 meses (ou mais meses) sem que o período lhe aparecesse e permaneceu sem ter o período durante 60 ou mais dias?”; “Já estive 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação?”. Para se poder determinar o estado de menopausa fez-se a seguinte avaliação das respostas dadas: se a resposta às três questões fosse não, o estado de menopausa seria pré-menopausa; se a resposta fosse não às duas primeiras e sim à terceira ou não à primeira e sim às duas seguintes, o estado de menopausa seria pós-menopausa; se a resposta à primeira pergunta fosse sim e às duas restantes fosse não ou sim às duas primeiras questões e não à terceira, o estado de menopausa seria peri-menopausa. No questionário de exercício físico era perguntado se praticava ou não actividade física. Se a resposta fosse afirmativa, a participante responderia a duas perguntas adicionais: “Quantas vezes por semana?”; “Durante quanto tempo?”. A fim de nos ser possível a realização de um estudo correlacional, procedemos, posteriormente à uniformização da variável multiplicando a frequência pela intensidade (utilizando a unidade “minuto”). De forma a medir a preocupação com a forma corporal e com o peso, especialmente a frequência com que os indivíduos experimentam a sensação de se “sentirem gordos”, foi utilizado o Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn (1987). A escala total apresentou um valor de $\alpha=0,963$, revelador de uma forte consistência interna.

O material utilizado incluía duas cópias do consentimento informado e carta de apresentação. O presente estudo apresentou um desenho do tipo observacional - descritivo transversal, pois não houve manipulação de variáveis. Tratou-se de um estudo comparativo e correlacional.

Procedimento

Mulheres entre os 42 e os 60 anos foram convidadas a participar nesta investigação mediante o preenchimento de um questionário previamente elaborado, confidencial e de auto-resposta, todos eles

confidenciais, tendo sido respeitado os princípios éticos para a elaboração desta investigação. Os dados das 364 participantes foram, posteriormente, tratados no programa SPSS (versão 17.0).

RESULTADOS

Para o primeiro objectivo do estudo podemos verificar que, com uma probabilidade de erro de 5%, a normalidade da distribuição da variável preocupações com o corpo, não se verificou, no grupo da pré-menopausa ($p = 0,002$), para a peri-menopausa ($p = 0,001$) e para a pós-menopausa ($p < 0,001$). Através do teste de Levene calculado concluímos que as variâncias populacionais estimadas a partir da amostra são homogéneas, ($p\text{-value} = 0,260$). Assim aplicámos a estatística de teste ANOVA e com uma probabilidade de erro de 5%, podemos concluir que não existem diferenças significativas entre os 3 grupos em relação às preocupações com o corpo porque ($F(2) = 0,329$; $p = 0,720$). Para o segundo objectivo verificámos que não existe homogeneidade das variâncias. Assim, optámos por usar o teste de Wilcoxon Mann Whitney, e concluímos que não existem diferenças significativas em relação às preocupações com o corpo entre mulheres praticantes de exercício físico e mulheres não praticantes de exercício físico, ($U = 11868,5$; $W = 22308,5$; $p = 0,419$). Para o terceiro objectivo, ou seja, se existe correlação entre as preocupações com a imagem corporal e o IMC, através de uma correlação de Pearson obtivemos os seguintes valores ($r = 0,468$; $p < 0,001$). Podemos concluir que se trata de uma correlação moderada, positiva e significativa. Podemos inferir que sendo um valor positivo, quando o IMC aumenta, a frequência das Preocupações com o Corpo também aumenta. Para o quarto objectivo, isto é, se existe correlação entre as preocupações com a imagem corporal e a frequência e intensidade na prática do exercício físico, através de uma correlação de Pearson, obtivemos uma correlação muito baixa, positiva e não significativa ($r = 0,028$; $p = 0,759$). Para o quinto objectivo, isto é se existe correlação entre o IMC e o exercício físico, através de uma correlação de Pearson, obtivemos os seguintes valores ($r = 0,185$; $p = 0,028$). Podemos concluir que se trata de uma correlação muito baixa, positiva e não significativa.

DISCUSSÃO

No nosso estudo não existem diferenças significativas em relação às preocupações com o corpo nas mulheres na fase da pré-menopausa, peri-menopausa ou pós-menopausa. Estes resultados poderão ser explicados com os resultados de Stevens e Tiggemann (1998) que sugerem que a pressão para as mulheres terem um corpo magro é incansável durante todo o decurso de vida, mas devido às alterações ocorridas na fase climatérica existe uma preocupação adicional, não havendo referência a nenhuma fase específica. Segundo Webster e Tiggemann (2003) num estudo no decorrer do percurso de vida em 106 mulheres com idades entre os 20 e os 65 anos, observavam a relação entre a satisfação com o

corpo e a auto-imagem, e concluíram que a idade modera a satisfação com o corpo e a auto-estima, e que as mulheres mais jovens apresentaram uma maior insatisfação com o corpo e uma relação mais forte entre a insatisfação com o corpo e a auto-imagem e auto-estima. Também McLaren, Hardy e Kuh (2003) estudaram a relação entre o tamanho do corpo no passado e a insatisfação com o corpo actualmente em 933 mulheres de meia-idade, sendo que os dados relativos ao peso e à altura foram recolhidos nas idades de 7, 11, 15, 20, 26, 36, 43 e 54 anos. Os autores mostraram que o tamanho do corpo no passado, à idade de 7 anos, bem como a trajectória de vida do IMC, diferem nos valores da insatisfação com o corpo na meia-idade. Em relação a estes resultados, os autores concluíram que as mulheres que estavam na pós-menopausa ou que iniciaram a Terapia de Reposição Hormonal (TRH), estavam mais satisfeitas com seu peso do que as mulheres pré-menopáusicas, isto porque mulheres que estavam na pré-menopausa estavam mais cientes de que a transição da menopausa é iminente e poderiam sentir-se, geralmente, mais preocupadas com seus corpos o que poderia conduzir a relatos de insatisfação com o peso, em relação aquelas que tinham terminado a transição ou às que sentiam uma diminuição dos sintomas, devido à fase pós-menopausa ou à TRH. Estes autores defenderam que a menopausa marca um ponto em que a aparência física se torna menos importante para as mulheres. Estes resultados poderão explicar porque não obtivemos diferenças significativas entre os três grupos da menopausa em relação às preocupações com o corpo; poderão também explicar que não havendo essa percepção de insatisfação com o corpo, também a prática de exercício físico não é uma prioridade. No nosso estudo verificámos que não existem diferenças significativas em relação às preocupações com o corpo entre mulheres praticantes de exercício físico e mulheres não praticantes de exercício físico. Poderemos justificar estes resultados com o facto de a prática de actividade física não estar associada às preocupações com a imagem corporal, ou seja, as mulheres que praticam exercício físico podem-no fazer por ser um hábito saudável que tenham adquirido ao longo dos anos ou uma prescrição médica feita para melhoria de alguma doença ou sintoma; pode-se ainda colocar a hipótese de as mulheres praticarem exercício físico porque estão preocupadas com a manutenção da saúde ou prevenção da doença. Em relação ao nosso estudo sobre a correlação existente entre as preocupações com o corpo e o IMC obtivemos uma correlação moderada, positiva e significativa. Dado que o IMC parece aumentar quando as preocupações com o corpo também aumentam, existe uma concordância com os resultados de Lolland (1998) com 768 mulheres na faixa etária de 18 a 67 anos de idade, que constataram que menores níveis de IMC estavam associados com maiores níveis de satisfação com o peso em todos os grupos de mulheres segundo o nível de actividade física. Também o estudo Shaw et al. (2000) demonstrou uma associação da satisfação com a imagem corporal com a diminuição da massa gorda, após nove meses de actividade física estruturada realizada três vezes por semana, num grupo de 44 mulheres na pós-menopausa com idade entre 50 e 75 anos. Igualmente também McKinley (2006), num estudo longitudinal, verificou que as mulheres na menopausa apresentavam valores mais elevados de IMC e valores mais elevados de peso, evidenciavam uma maior insatisfação com a sua

aparência física. Em relação às associações entre o IMC e o exercício físico e entre as preocupações com o corpo e a frequência e intensidade do exercício físico serem não significativas, podemos explicar, como já foi referido, com o facto de a nossa amostra ter 173 mulheres em fase de pós-menopausa. Embora seja difícil distinguir as mudanças ao nível da imagem corporal, com a perspectiva de que as mulheres mais velhas são confrontadas com alterações físicas e biológicas que afectam o seu corpo, mantendo-as mais longe de estereótipos culturais de beleza, o envelhecimento pode contribuir para o desenvolvimento de uma perspectiva mais saudável do corpo, que na perspectiva de Franzoi e Koehler (1998; cit por Peat, Peyerl & Umehlenkampa, 2008) com a idade a aumentar a satisfação com o corpo tende também a aumentar. Também Vocks, Hechler, Rohrig e Legenbauer (2009) concluíram que a imagem corporal foi imediatamente afectada por uma única sessão de exercício físico e que quanto maior o grau de insatisfação com o corpo, preocupações com o peso e forma corporal, mais as suas estimativas de tamanho face ao corpo foram influenciadas pela sessão de exercício físico. Yoshida et al. (1988), investigaram uma amostra de 244 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, tendo verificado que as principais barreiras percebidas foram, a falta de tempo, razões relacionadas com a saúde, a falta de energia, de motivação ou necessidade. Estes resultados poderão justificar os nossos resultados, 310 mulheres da nossa amostra encontram-se em situação profissional descrita como activa, sendo a falta de tempo uma possível justificação. Isto é notório, tanto no aumento do peso como da insatisfação com a imagem corporal na entrada na menopausa – decorrente, entre outras, de uma preocupação com o declínio da saúde consequente ao envelhecimento e aos sintomas e doenças associados. O facto de uma parte expressiva da nossa amostra (30%) ter alguma diferenciação a nível educativo (grau de licenciatura ou superior) poderá influenciar os resultados obtidos. O acesso a informação e consequente compreensão dos fenómenos inerentes ao climatério poderá levar a uma maior estabilidade e aceitação dos sintomas associados a esta fase, justificando assim não haver diferenças significativas nos vários domínios, nem correlações significativas.

REFERÊNCIAS

- Cooper P., Taylor Mj., Cooper Z., & Fairburn C. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Couto, A. (1998). O Modelo de Crenças na Saúde e na Terapia do Comportamento Planeado na Educação para a saúde. *Revista Referência*, 1.
- Fernández, F., Rodríguez, A., & Rodríguez, L. (2003). *Tratado de Ginecologia, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Primeira edição. Madrid, Editorial Medica Panamericana, S. A.

- Kantoviski, A., & Vargens, O. (2010). O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (3), 567-570.
- Loland, N. W. (1998). Body image and physical activity: a survey among Norwegian men and women. *International Journal of Sport Psychology*, 29, 339-363.
- McKinley, M. (2006). The developmental and cultural contexts of objectified body consciousness: a longitudinal analysis of two cohorts of women. *Developmental Psychology*, 42 (4), 679-687.
- McLaren, L., Hardy, R., & Kuh, D. (2003). Women's body satisfaction at midlife and lifetime body size: A prospective study. *Health Psychology*, 22, 370-377.
- Peat, C., Peyerl, N., & Muehlenkamp, J. (2008). Body image and eating disorders in older adults: a review. *The Journal of General Psychology*, 135(4), 343-358.
- Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 455-466.
- Serrão, C. (2008). (Re) pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 15-23.
- Shaw, J. M., Ebbeck, V., & Snow, C. (2000). Body composition and physical self-concept in older women. *Journal of Women & Aging*, 12 (3-4), 59-75.
- Stevens, C., & Tiggemann, M. (1998). Women's body figure preferences across the life span. *Journal of Genetic Psychology*, 159 (1), 94-102.
- Webster, J., & Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology*, 164, 241-252.
- Vocks, S., Hechler, T., Rohrig, S., & Legenbauer, T. (2009). Effects of a physical exercise session on state body image: The influence of pre-experimental body dissatisfaction and concerns about weight and shape. *Psychology and Health*, 24 (6), 713-728.
- Yoshida, K., Allison, K., & Osborn, R. (1988). Social factors influencing perceived barriers to physical exercise among women. *Canadian Journal of Public Health*, 79, 104-108.

PSICOLOGIA & NUTRIÇÃO: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE AO NÍVEL DO 2º CICLO

*CRISTINA CRUZ 1, SOFIA PEREIRA 1, GONÇALINA GÓIS 2, ANA RODRIGUES 2 &
MARGARIDA POCINHO 3*

A definição de obesidade infantil tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, contudo praticamente todas as definições usam alguma variante do Índice de Massa Corporal (IMC). Nas crianças e nos adolescentes, os valores deste variam com a idade e o sexo, facto que torna tal definição mais complexa do que no caso dos adultos (Daniels et al. 2005, citados por Carola 2008). Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define-a como uma doença crónica que se caracteriza por uma excessiva acumulação de gordura corporal, capaz de afectar negativamente a saúde (Barros, 2009). Fisberg (1995), considera que, entre as alterações do nosso corpo, a obesidade é a mais complexa e de difícil compreensão, havendo, pois, necessidade de uma abordagem multidisciplinar do problema.

Refira-se que a obesidade está associada a inúmeras complicações físicas, assim como a determinados problemas psicológicos (Pereira, 2004; Valente, 2005). No que concerne às primeiras, Brunt, Lester, Davies & Williams (2008, citados por Barros 2009), alegam que as crianças e os jovens obesos têm um risco aumentado de desenvolverem doenças em adultos, nomeadamente: doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e alguns cancros. Por outro lado, a depressão, a baixa auto-estima, o isolamento social, os distúrbios alimentares e uma imagem corporal negativa são algumas das consequências psicológicas que a obesidade acarreta (Daniels et al., 2005; Davison & Birch, 2001; Fisberg et al., 2004; Strauss, 2000; Thorpe et al. 2004, citados por Valente 2005). Relativamente ao impacto da obesidade na imagem corporal da criança, mais especificamente, acrescem às já mencionadas baixa auto-estima, isolamento social e depressão, a rejeição social, a falta de confiança e a discriminação (Daniels et al., 2005; Doak, Visscher, Renders & Seidell, 2006; Lobstein, Baur & Uauy, 2004; Settings 2006, citados por Carola, 2008). Nesta sentido, Kahtalian (1992), argumenta que é preciso abordar a fome no seu aspecto psicossocial, sendo esta, juntamente com a sede as duas forças motivadoras mais prazerosas.

1 -Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos dos Louros; 2- Direcção Regional de Educação da Madeira; 3- Universidade da Madeira.

Assim, os aspectos psicológicos também devem ser levados em conta, visto que as crianças obesas apresentam dificuldades em lidar com as suas experiências de forma simbólica, de adiar a satisfação, de obter prazer nas relações sociais e de lidar com a sexualidade, apresentando, ainda, baixa auto-estima e dependência materna (Campos, 1993).

Apesar das causas desta problemática não estarem completamente esclarecidas, sabe-se que a sua prevalência resulta da interacção de vários factores, nomeadamente: genéticos, biológicos, metabólicos, comportamentais e ambientais (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005; Sharma, 2007; Ebbeling, Pawlak & Ludwig 2002, citados por Carola 2008). Nesta ordem de ideias, Gottesman (2003, citado por Valente 2005), refere que, embora possa haver uma predisposição genética na origem da obesidade, as mudanças ambientais – que levam ao acréscimo da ingestão de alimentos densamente energéticos –, bem como os elevados níveis de sedentarismo também parecem contribuir para o aumento da prevalência desta patologia em idade Pediátrica.

Saliente-se que, de acordo com Wang e Lobstein (2006, citados por Carola 2008), durante as duas últimas décadas, a ocorrência de excesso de peso e obesidade infantil aumentou rapidamente em todo o mundo, atingindo proporções epidémicas. A este propósito, refira-se que, segundo dados da *Internacional Obesity Task Force* (IOTF), cerca de 10% das crianças em idade escolar (5-17anos), têm excesso de peso – incluindo obesidade – (Lobstein, Baur & Uauy 2004, citados por Carola 2008). Em Portugal, mais especificamente, a prevalência desta patologia na população infantil ronda os 31,5% para o excesso de peso/obesidade em crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado 2004, citado por Valente 2005).

Carola (2008), ressalta que o tratamento da problemática em questão, passa pela adopção de programas de intervenção com multi-componentes, tendo sempre por base a escola e a família. Esta última assume, segundo Dixey, Heindl, Loureiro e Pérez-Rodrigo (1999, citados por Barros 2009), um papel preponderante na modulação dos hábitos alimentares das crianças durante os primeiros anos de vida. Contudo, uma vez iniciada a escolaridade, a escola é a principal responsável por tal modulação, na medida em que as crianças passam a maior parte do dia nesta, onde fazem quase todas as refeições. Neste sentido, tal instituição constitui um local privilegiado de prevenção, destacando-se as iniciativas ao nível da educação alimentar e da promoção de actividade física (Mello, Luft & Meyer, 2004; Barros, 2009). Mencione-se que a escola pode influenciar facilmente quer a família, quer a comunidade, permitindo, assim, o desenvolvimento de programas mais abrangentes (Doak, Visscher, Renders & Seidell 2006; Lobstein, Baur & Uauy, 2004, citados por Carola 2008). Não menos importantes, as intervenções baseadas na família ensinam aos pais técnicas de motivação, controle de estímulos e reestruturação do ambiente familiar, para criar um ambiente que facilite a aquisição e

manutenção de uma alimentação saudável e actividade física regular por parte das crianças com obesidade (Wrotniak, Epstein, Paluch & Roemmich 2004, citados por Carola 2008).

Refira-se que no contexto dos hábitos alimentares, em particular, os estilos de hábitos de vida em geral, a psicologia e a nutrição são disciplinas complementares, pelo que psicólogos e nutricionistas podem trabalhar em conjunto de forma a prevenir a obesidade e incutir o equilíbrio entre o prazer e a saúde (Viana, 2002).

MÉTODO

Participantes

A amostra utilizada no estudo em questão constituiu-se por duzentos e sessenta alunos do segundo ciclo do ensino básico, pertencentes a uma escola do Concelho do Funchal, R.A.M., nomeadamente 111 raparigas e 149 rapazes, dos 10 aos 16 anos de idade.

Material

A avaliação da percepção dos professores relativamente ao peso dos alunos foi feita através de questionários de auto-resposta. Já a avaliação antropométrica destes foi efectuada mediante o cálculo do Índice de Massa Corporal (I.M.C.).

Procedimentos

Os questionários foram entregues aos directores de turma, para que estes os pudessem preencher, em casa, sendo recolhidos numa fase posterior. Posto isto, procedeu-se à avaliação dos parâmetros antropométricos (peso e estatura) dos alunos, tendo sido usados, para definir as categorias do IMC, os pontos de corte estabelecidos pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC). No tratamento dos dados, utilizou-se o SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

RESULTADOS

Como podemos verificar os directores de turma do 2º ciclo sinalizaram 20 casos de alunos com excesso de peso e obesidade.

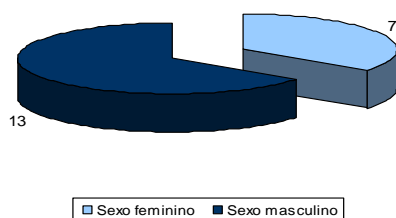


Gráfico 1. Prevalência de excesso de peso/obesidade por género – Sinalização efectuada pelos professores

No gráfico 2 podemos verificar que são os professores do 6º ano que sinalizam mais alunos com excesso de peso e obesidade.

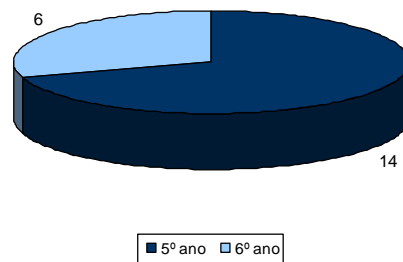


Gráfico 2. Prevalência de excesso de peso/obesidade por ano de escolaridade – Sinalização efectuada pelos professores

Com este gráfico pode observar a existência de uma diferença considerável entre os casos referenciados pelos professores e as avaliações antropométricas.

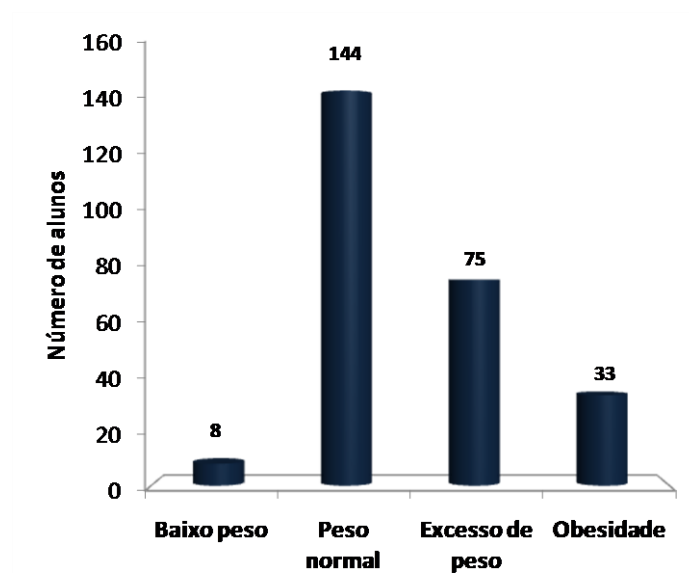


Gráfico 3. Distribuição dos alunos pelas categorias do IMC – Avaliação antropométrica

Apuramos que em ambos os géneros apresentam casos de excesso de peso/obesidade superiores aos que anteriormente apontados pelos professores. Contudo, é no género masculino que verificamos uma maior prevalência.

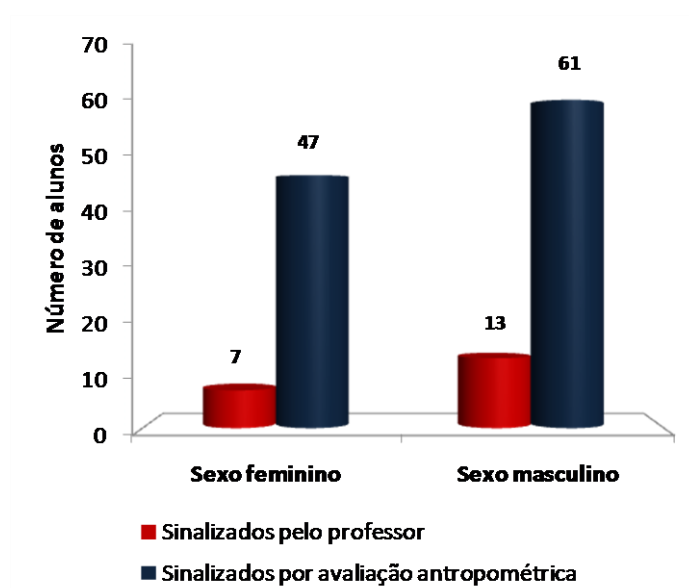


Gráfico 4. Comparação da prevalência de excesso de peso/obesidade por género

A nível dos anos de escolaridade o género masculino distribui-se pelos anos de escolaridade de forma uniforme, no entanto é género feminino que apresenta um maior resultado no 5º ano.

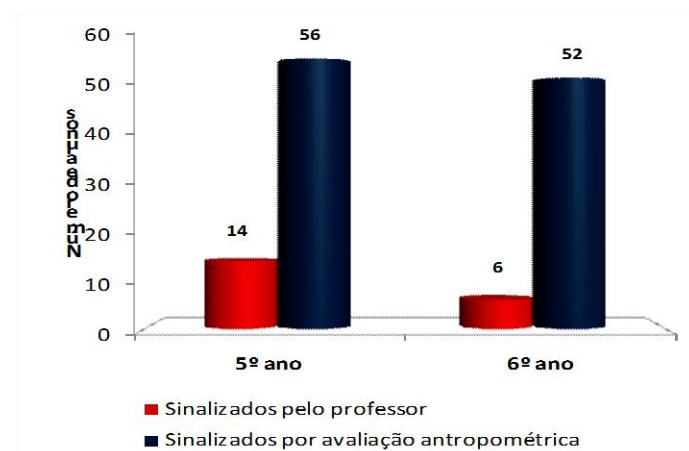


Gráfico 5. Comparação da prevalência de excesso de peso/obesidade por ano de escolaridade

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados, foram sinalizadas 20 crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade, através dos questionários aplicados aos Directores de turma – *vide Gráficos 1 e 2*. Em contraste com estes resultados, e após a análise dos dados obtidos por avaliação antropométrica, verificou-se que um elevado número de crianças e adolescentes (n=108) foram classificados com excesso de peso ou obesidade, cerca de 42% da população avaliada. Na categoria de baixo peso, foram identificados oito alunos – *vide Gráfico 3*.

Em comparação com estudo de Gouveia (2003), embora as idades avaliadas divergirem ligeiramente, é possível verificar que existem actualmente o dobro dos casos evidenciados pelo autor em 2003, ou seja, um aumento de 20% para 42 % de casos com excesso de peso/ Obesidade.

Refira-se que, quer na identificação realizada pelos Directores de turma, quer através da avaliação antropométrica, verificou-se um maior número de alunos com excesso de peso ou obesidade do sexo masculino (n=13 e n=61, respectivamente) e no 5ºano de escolaridade (n=14 e n=56, respectivamente) – *vide Gráficos 4 e 5*.

Face aos resultados apresentados, pode-se constatar que a percepção que os professores têm relativamente ao peso dos seus alunos não corresponde à realidade, uma vez que a avaliação antropométrica permitiu sinalizar muitos mais casos de alunos com esta problemática. Não menos importante é a consideração segundo a qual grande parte dos alunos possui, efectivamente, excesso de peso/obesidade, facto que coaduna com o descrito na literatura.

Mencione-se que, de modo a dar continuidade ao presente estudo, actualmente a equipa está a realizar um programa de intervenção de carácter multidisciplinar, que decorrer desde o início do ano lectivo (2011/12), os psicólogos realizaram uma avaliação junto de todos os alunos no qual foi aplicado, Escala de Auto-Conceito (Piers-Harris Self Concept Scale), Inventário Depressivo de Beck (Beck Depression Inventory), a Escala de Auto-Estima Global (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSE) de Rosenberg, 1965 e Teste da Imagem Corporal (Stunkard, Sorenson, and Schulsinger, 1983). Os mesmos desenvolveram grupos terapêuticos com as crianças que têm como base de intervenção a arteterapia e a promoção da actividade física. A nível do acompanhamento nutricional está ser implementado sessões de debate com os familiares das crianças com intuito de alertar para um maior envolvimento parental, algumas das crianças foram encaminhados para a consulta de nutrição.

REFERÊNCIAS

- Barros, A.L.R. (2009). *Avaliação Antropométrica dos alunos da escola de Pedrouços e sua relação com o número de refeições diárias e os locais das refeições realizadas em horário escolar*. Tese de Licenciatura não publicada, Curso de Licenciatura em Ciências da Nutrição, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Porto.
- Campos, A. L. R. (1993). Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna*, 29, 129-133.
- Carola, L.F.O. (2008). *Diferentes abordagens no tratamento da obesidade infantil*. Tese de Licenciatura não publicada, Curso de Licenciatura em Ciências da Nutrição, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Fisberg, M. (1995). Obesidade na infância e adolescência. M. Fisberg (Org.), *Obesidade na infância a adolescência* (pp.9-13) São Paulo: Fundação BYK.
- Gouveia, A. T. (2003). 20% das crianças madeirenses sofrem de excesso de peso. *Diário de Notícias*, 4-5. Portugal, Funchal.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade. Um desafio. J Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (pp. 273-278). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mello, E.D., Luft, V.C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, 80 (3), 173-182. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04.pdf>
- Pereira, S. (2004). *Projecto de Intervenção em crianças e adolescentes obesos* [Electronic Version]. Retrieved 14/02/11 from <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0303.pdf>
- Valente, A. (2005). *Avaliação da imagem corporal em crianças/adolescentes obesos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos e seus progenitores*. Tese de Licenciatura não publicada, Curso de Licenciatura em Ciências da Nutrição, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Porto.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributos para o estudo do comportamento alimentar, *Análise psicologia*, 4, 611-624.

SATISFAÇÃO NO TRABALHO E RESILIÊNCIA: UM ESTUDO COM TRABALHADORES BRASILEIROS

*JOSÉ AUGUSTO PAES DECCACHE, ANTONIO ROBERTO COSTA, MARCILEIDE MUNIZ
CAVALCANTE & MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA*

Nas primeiras décadas daquele século, Taylor (1947) considerava que satisfação no trabalho "era uma atitude relativa à filosofia do trabalhador acerca da cooperação com a gerência de sua visão de seus próprios interesses" (Martins, 1984, p. 2). Para Taylor, aspectos como fadiga e o salário influenciavam a satisfação e produtividade.

Pode-se afirmar que a Teoria dos Dois Fatores (motivação-higiene), de Herzberg, Mausner e Snyderman (1959) foi à primeira teoria proposta para explicar a satisfação com o trabalho. Ela pressupunha a existência de dois grupos de fatores, responsáveis, separadamente, pela satisfação no trabalho - os "motivadores", tais como o próprio trabalho, o desempenho, a promoção e o reconhecimento pelo trabalho executado; e pela insatisfação no trabalho - os fatores "higiênicos", como supervisão, relações interpessoais no trabalho, política de organização e salário.

Para Hackman e Oldham (1974), satisfação seria determinada por estados psicológica críticos, causados por cinco características centrais do trabalho: variedade, identidade, significância, autonomia de tarefa e feedback recebido. Essa relação seria, segundo eles, moderada pela necessidade de crescimento do empregado.

A teoria da expectativa ou da satisfação de necessidades de Vroom (1964) afirmava que variáveis situacionais e de personalidade produziam satisfação. Vroom definiu satisfação como reação antecipada a um resultado ou expectativa que os empregados esperam conseguir. Locke (1976) criticou esta definição porque o modelo de Vroom só explicava os efeitos esperados. Para os inesperados, as reações afetivas dependiam da direção da expectativa. Se fosse positiva, seriam agradáveis; se fosse negativa, seriam desagradáveis, o que permite inferir que a expectativa funcionaria como variável moderadora do processo de avaliação.

Locke (1976) definiu satisfação como "um estado emocional agradável ou positivo, que resulta de algum trabalho ou de experiências no trabalho", definição que tem, ainda hoje, o impacto mais importante para o conceito.

Martins (1984), baseada na definição de Locke, afirmava que o homem usa de sua bagagem individual de crenças e valores para avaliar seu trabalho e essa avaliação resulta num estado emocional que, se for agradável, produz satisfação, e, se for desagradável, leva à insatisfação. Portanto, satisfação no trabalho é uma variável de natureza afetiva e se constitui num processo mental de avaliação das experiências no trabalho que resulta num estado agradável ou desagradável.

Segundo Martins (1984), poucos autores preocuparam-se em definir satisfação no trabalho como conceito integrado que "reúna na mesma definição os mais variados aspectos relacionados na literatura ao conceito de satisfação no trabalho" (p. 8).

Siqueira (1995) categoriza satisfação no trabalho em cinco dimensões: satisfação com os colegas de trabalho, com a chefia, com o salário, com as tarefas e com as promoções.

Autores brasileiros (Siqueira e Gomide Jr., 2004) afirmam que o estudo de satisfação no trabalho é tema que mais desperta interesse nos estudiosos em psicologia do trabalho e gestores, por entenderem que trabalhadores satisfeitos com seu trabalho tendem a produzir mais, e a gerar menos custos como força de trabalho, e na sequência vem a resiliência.

A resiliência foi definida por Garmezy (1984) como resistência ao estresse ou invulnerabilidade frente a condições adversas. Segundo o autor, ela pode ser vista como oposta a vulnerabilidade que significa crença de estar desprotegido frente ao risco, enquanto resiliência é a habilidade pessoal de se adaptar e superar com sucesso os desafios e situações estressantes, consistindo na superação das adversidades de forma saudável e construtiva.

Resiliência é um termo relativamente novo na década de 2000 que, segundo Yunes (2003), no Brasil tem sido acesso restrito a um pequeno número de acadêmicos.

Para Yunes (2003 p. 75) a resiliência é um dos fenômenos indicativos de vida saudável, por referir-se a processos que explicam a superação de adversidades, cujo discurso hegemônico foca o indivíduo. Segundo a autora a resiliência é assunto ainda pouco explorado no Brasil, mas com pesquisas avançadas em outros países como Estados Unidos e Canadá, porém ela mostra que ainda existem distorções com relação à palavra na questão: o que vem a ser uma pessoa resiliente? Yunes fornece um exemplo de personalidades importantes em que a mídia mostra que elas são resilientes e não resiliente como o fim de um casamento e início de outro. Neste contexto será que a pessoa é resiliente? Também são apontadas as distorções com relação a o significado da palavra em dicionários.

De acordo com o artigo de Yunes (2003 p. 76) a resiliência e estudos referentes à abordagem sobre construtos e o capital psicológico é um desenvolvimento recente e que ainda existem muita dificuldade

em relacionar a teoria com a prática. No entanto há procedimentos e etapas que são imprescindíveis para entender como as organizações estão montadas, devidos aos seus planejamentos, projetos e a política da empresa.

O termo resiliência se originou da física, quando verificado que um metal era resiliente a mudanças de seu estado. De acordo com pesquisas dos autores como Yunes (2003) e Luthans, Luthans e Luthans (2004) que existem pessoas que têm essa característica, mostrando serem fortes no contato com situações adversas. As tensões, o cumprimento de prazos, os desafios cotidianos com resultados inesperados provocam certas emoções que dificultam a rotina das atividades, porém as pessoas que são resiliente conseguem se sobressair e avançam no seu caminho, realizando as suas tarefas (Luthans, Luthans e Luthans, 2004).

O objetivo deste estudo é identificar, descrever e analisar os índices de correlação entre a satisfação no trabalho e resiliência bem como investigar se o estado civil (casados e solteiros) poderia produzir escores significativamente distintos entre os grupos.

MÉTODO

Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 62 trabalhadores brasileiros que atuavam, prioritariamente, em empresas privadas (87,1 %), com média de idade entre 18 e de 26 anos (DP=5,10), sendo 64,5% do sexo feminino, a maioria solteira (58,1%), com formação superior incompleto (91,9%).

Material

O instrumento de coleta foi um questionário auto-aplicável composto por duas escalas que mediram as variáveis do estudo quais sejam: Escala de Satisfação no Trabalho e Escala de Resiliência (Siqueira, 1995; 2008 e Martins, 1984).

RESULTADOS

A relação entre satisfação no trabalho e resiliência foi inicialmente analisada por meio dos índices de correlação contidos no Quadro 1.

Quadro 1

Médias, desvios-padrão e matriz de correlação bivariada (r de Pearson) para satisfação no trabalho e resiliência (n=62).

Variáveis	Medias	Desvios padrão	1	2	3	4	5	6
Satisfação no trabalho								
Satisfação Colegas	5,00	1,17	-					
Satisfação Chefia	5,24	1,34	0,62**	-				
Satisfação Salário	4,37	1,58	0,06	0,43**	-			
Satisfação Tarefa	4,81	1,16	0,54**	0,59**	0,17	-		
Satisfação Promoção	3,91	1,37	0,28*	0,53**	0,49**	0,36**	-	
Resiliência	3,34	0,63	-0,09	0,03	0,03	-0,11	-0,08	-

** p<0,01; *p<0,05

No Quadro 1 pode se verificar a inexistência de correlação significativa entre satisfação no trabalho e resiliência. Tais resultados informam que o sentimento dirigido aos colegas, à chefia, ao salário, à tarefa e às promoções não cresce nem diminui na mesma proporção que o trabalhador consegue ser resiliente, ou seja, superar as adversidades de forma saudável e construtiva.

O Quadro 2 apresenta a relação das médias das variáveis de satisfação no trabalho e resiliência de trabalhadores solteiros e casados.

Quadro 2

Valores de t de Student para diferenças entre as médias de satisfação no trabalho e de resiliência de trabalhadores solteiros (n=6) e casados (n=22).

Variáveis	Solteiros	Casados	Valor de t
Satisfação no trabalho	Médias	Médias	
Colegas	5,09	4,65	1,363
Chefia	5,58	4,69	2,389*
Salário	4,61	3,90	1,570
Tarefas	5,02	4,30	2,270*
Promoções	4,16	3,57	1,583
Resiliência	3,31	3,45	-0,779

*p<0,05

Conforme resultados contidos no Quadro 2, existem diferenças significativas entre solteiros e casados no que se refere à satisfação com a chefia (t=2,389; p<0,05) e tarefas (t=2,270; p<0,05). Portanto, trabalhadores solteiros são mais satisfeitos com a chefia e com suas tarefas do que os casados. Assim sendo, os solteiros revelaram maior satisfação acerca do entendimento com o chefe, com a maneira com que ele os trata e com a capacidade profissional do seu superior imediato, superando os casados com a satisfação nestes aspectos. Do mesmo modo os solteiros estão mais satisfeitos do que os casados com o interesse despertado por suas tarefas, pela capacidade delas absorvê-los, assim como pela variedade de trabalho que realizam. Nos demais fatores de satisfação no trabalho não foram detectados diferenças significativas assim como também entre as escores de resiliência.

O Quadro 3 apresenta uma comparação das variáveis de satisfação no trabalho e resiliência entre trabalhadores jovens e adultos.

Quadro 3

Valores de t de Student para diferenças entre médias de satisfação no trabalho e de resiliência de trabalhadores jovens (n=52) e adultos (n=10).

Variáveis Satisfação no trabalho	Jovens Médias	Adultos Médias	Valor de t
Colegas	5,06	4,70	0,981
Chefia	5,30	5,00	0,767
Salário	4,35	4,43	-0,118
Tarefa	5,00	4,10	2,478*
Promoção	3,92	4,00	-0,027
Resiliência	3,37	3,20	0,585

*p<0,05

Conforme resultados contidos no Quadro 3, existe diferença significativa na satisfação com a resiliência (t=2,478; entre jovens e adultos p<0,05). Portanto, os resultados do estudo revelaram que o sentimento de satisfação no trabalho e resiliência não guardam relação com as variáveis pesquisadas neste estudo. Não foram observadas diferenças significativas entre satisfação com os colegas, chefia, com salário, promoção, bem como entre os escores de resiliência de jovens e adultos.

DISCUSSÃO

Este artigo teve como objetivo identificar descrever e analisar os índices de correlação entre a satisfação no trabalho e resiliência em trabalhadores brasileiros e diante dos resultados obtidos a pesquisa confirma a inexistência de correlação significativa entre satisfação no trabalho e resiliência, pois tais resultados informam que o sentimento dirigido aos colegas, à chefia, ao salário, à tarefa e às promoções não cresce nem diminuem na mesma proporção que o trabalhador consegue ser resiliente, mas que existem diferenças significativas entre solteiros e casados no que se refere principalmente à satisfação com a chefia, bem como os trabalhadores solteiros são mais satisfeitos com a chefia e com suas tarefas do que os casados, por que, os solteiros revelaram maior satisfação acerca do entendimento com o chefe, superando os casados com a satisfação nestes aspectos.

Sendo assim verificou-se que os solteiros estão mais satisfeitos do que os casados com o interesse despertado por suas tarefas, pela capacidade de absorvê-las, assim como pela variedade de trabalho que realizam e por fim que não existem diferenças significativas entre jovens e adultos em relação à satisfação no trabalho e resiliência com as variáveis analisadas.

Portanto, através dos resultados obtidos podemos concluir que de um modo geral os resultados do estudo revelaram que o sentimento de satisfação no trabalho e resiliência não foram verificadas diferenças significativas entre as variáveis analisadas.

REFERÊNCIAS

- Garnezy, N. (1984). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1974). *Motivation through the design of work: Test of a theory*. SOM: Yale University.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: Wiley.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. Em M. D. Dunnette (Org.). *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1350). Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Luthans, F., Luthans, K., & Luthans, B. (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business Horizons*, 47 (1), p.45-50.
- Martins, M. C. F. (1984) *Satisfação no trabalho: elaboração de instrumento e variáveis que afetam a satisfação* (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia.
- Siqueira, M. M. M. (1978). *Satisfação no trabalho* (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia.
- Siqueira, M. M. M. (1995). *Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: análise de um modelo pós-cognitivo*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília.
- Siqueira, M. M. M. (2004) Gomide Jr., S. Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. In J.Zanelli, J. Borges-Andrade, & A. Bastos, (orgs). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Siqueira, M. M. M. (2008). ACTAS do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Intervenção em Psicologia e Saúde, (pp. 321, 322 e 372). Universidade do Porto. Porto, 31 de Janeiro a 2 de Fevereiro de 2008. Organizado por: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Taylor, F. (1947). *Principles of scientific management*. New York: Harper Brothers.
- Vromm, V. H. (1964). *Work & Motivation*. New York: Wiley & Sons.
- Yunes, M.A.M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL EM GESTÃO DO STRESS SOBRE OS ESTADOS
EMOCIONAIS E AS CRENÇAS, EM PACIENTES COM FADIGA ONCOLÓGICA,
SUJEITOS A RADIOTERAPIA – DADOS PRELIMINARES**

CLÁUDIA DEEP, ISABEL LEAL & IVONE PATRÃO

Doentes oncológicos, em radioterapia, tendem a apresentar níveis de fadiga oncológica capazes de perturbar a vivência psicossocial e a adaptação à situação clínica (Brix, et al., 2008; Vries, Steeg, & Roukema, 2008; Goedendorf et al., 2009; Matthews & Cook, 2009; Antoni et al., 2009) por à doença ser vivida como crise, perante a qual o paciente não consegue mobilizar competências de coping e tarefas adaptativas, após a avaliação cognitiva da situação (Moos & Schaefer, 1984). Esta fadiga oncológica relaciona-se com fatores fisiológicos implícitos á doença/tratamentos, com estados emocionais e com crenças e a literatura refere que a participação numa intervenção em gestão do stress cognitivo-comportamental (IGSCC) diminui a fadiga durante e após a radioterapia reestruturando a vivência crise e promovendo adaptação psicossocial (Phillips et al., 2008) pois, perante a perda de equilíbrio, o sujeito procura a homeostasia através de estratégias concordantes com a interpretação cognitiva, emocional e social da situação tendo em conta variáveis personalísticas (Leventhal, et al., 1997). Esta fadiga relaciona-se quer com a morbilidade do sistema imunitário e nervoso central decorrente da doença e tratamentos, sobre a qual a intervenção psicológica tem influência (Orre et al., 2009; Von et al., 2008;), quer com a morbilidade psicossocial como traços de ansiedade, stress (Antoni et al., 2009; Vries et al., 2008) e depressão (Von et al., 2008; Vries et al., 2008) e a desregulação psicofisiológica sublinha a necessidade de uma intervenção bio-psico-social capaz de diminuir a fadiga e promover a qualidade de vida do paciente (Brix et al., 2008; Hidalgo et al., 2008; Von et al., 2008). Assim, é importante resolver a morbilidade emocional com técnicas como a gestão do stress com relaxação muscular, reestruturação cognitiva e treino em estratégias de coping, pois permite reduzir a tensão, a ira bem como proteger o paciente da depressão (Nunes et al., 2007; Brix et al., 2009; Phillips et al., 2008; Von et al., 2008; Antoni et al., 2009; Matthews & Cook, 2009).

Em Portugal não há investigação sobre a eficácia da IGSCC durante a radioterapia e internacionalmente os dados são controversos (Goedendorf et al., 2009), apontando-se a inexistência de sólidas evidências que efetivem a sua eficácia e permitam perceber quais as técnicas mais eficazes na sua redução. Surge, assim, como pertinente investigar a manifestação da fadiga oncológica (Von et al., 2008) e o impacto da gestão do stress sobre a mesma (Matthews & Cook, 2009), pretendendo-se perceber se as técnicas usadas permitem a reestruturação da crise e a adaptação psicossocial (Moos & Schaefer, 1984). Recorreu-se a relaxação muscular para 7 grupos musculares; reestruturação cognitiva (Leventhal et al., 1997) e treino em estratégias de coping com resolução de problema, tomada de decisão, treino de auto afirmação e desenvolvimento de competências sociais, impondo-se como questão de investigação: Qual o impacto de uma intervenção em gestão do stress cognitivo-comportamental (IGSCC) sobre o estado emocional e as crenças de pacientes sujeitos a radioterapia e em situação de fadiga oncológica?

MÉTODO

Participantes

Segundo um método de amostragem probabilístico cada grupo é composto por 20 sujeitos com níveis altos de mal-estar (fadiga oncológica) no início da radioterapia. Os pacientes com valores altos no TE foram, aleatoriamente, distribuídos pelo grupo experimental e grupo de controlo. Seguidamente procedeu-se à avaliação psicológica de todos os sujeitos antes e após o tratamento por radioterapia (sendo o grupo experimental submetido a IGSCC, durante o tratamento convencional de radioterapia).

Material

Como instrumentos recorreu-se a um questionário sócio-demográfico, a um questionário de crenças e pensamentos (*alpha de Cronbach* =.620 no 1º momento e .837 no 2º momento) baseado nas 5 dimensões cognitivas do problema preconizadas pelo modelo de base a este estudo (Leventhal, et al., 1997) e ao Termómetro Emocional composto por 7 itens descritos na literatura como presentes em situações de fadiga oncológica (*alpha de Cronbach* =.704 no 1º momento e .893 no 2º momento).

Procedimento

Após a obtenção da autorização na Unidade de Radioterapia do Algarve e após o consentimento informado de cada paciente submeteu-se os sujeitos ao Termómetro da Emoção (Bizarro, 2010). No final procedeu-se à análise dos dados (SPSS19) e formulação das conclusões preliminares do estudo.

RESULTADOS

No grupo de controlo verificou-se que a idade média situa-se nos 62,15 anos e maioritariamente são indivíduos caucasianos casados (80%), com grau de escolaridade correspondente ao 1º ciclo. O ambiente familiar, para a maioria, é favorável e com estabilidade sócio-económica, ainda que estejam em situação de reforma ou pré-reforma. Quanto à origem, a maioria desloca-se de zona urbana (65%) e uma minoria vem de zona rural (35%) e quanto à perceção de acessibilidade à radioterapia 75% dos inquiridos refere ter baixa acessibilidade, dependendo dos serviços de ambulância (65%). Quanto à medicação 6 sujeitos referem consumir medicação psiquiátrica e 13 sujeitos referem tomar outro tipo de medicação. Dezanove participantes estão em situação de radioterapia curativa e o tumor mais presente é o do sistema genital e urinário (9 sujeitos) e o da mama (5 sujeitos). Cerca de 90% dos inquiridos refere que esta é a primeira patologia oncológica e que já experimentou outras doenças graves (80%), vivenciando-as nervosamente (70%) ou muito nervosamente (25%). Quanto ao grupo experimental verifica-se que a idade média situa-se nos 57,70 e maioritariamente são indivíduos casados (70%), caucasianos. Metade da amostra tem uma escolaridade equivalente ao 1º ciclo e a outra metade tem uma escolaridade que vai desde o 5º ano ao 12º ano, com ambiente familiar favorável e estabilidade sócio-económica, apesar de estarem em situação de reforma ou pré-reforma. A maioria desloca-se de zonas urbanas (80%), sendo a acessibilidade à radioterapia considerada baixa (65%) e com apoio de ambulância (70%). Quanto à medicação 5 indivíduos referem estar a tomar medicação psiquiátrica e 16 sujeitos referem estar a tomar outro tipo de medicação. Todos os participantes estão em situação de radioterapia curativa e o tumor mais representado é o da mama (12 sujeitos) e do sistema digestivo (3 sujeitos). A maioria dos inquiridos refere que esta é a primeira patologia oncológica (cerca de 90%) e que já experimentou outras doenças graves (cerca de 85%) vivenciando-as ou muito nervosamente (45%) ou nervosamente (35%).

Relativamente ao estado emocional (sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta, duração, impacto e necessidade de ajuda) salientam-se vários resultados. Quanto ao sofrimento emocional verificou-se que no grupo de controlo este já estava presente antes do tratamento e manteve-se depois com insignificante subida. Mas no grupo experimental confirmou-se que o nível de sofrimento emocional além de estar presente antes da IGSCC, após sofreu significativa descida. Quanto à ansiedade, concluiu-se que, no grupo de controlo, já estava presente antes do tratamento e manteve-se depois do tratamento e com insignificante subida. Mas no grupo experimental confirmou-se que o nível de ansiedade além de já estar presente antes, diminuiu significativamente após a IGSCC. Quanto à depressão verificou-se que no grupo de controlo já estava presente antes e manteve-se depois do tratamento e com insignificante subida. Mas no grupo experimental concluiu-se que além de já estar presente antes do tratamento diminuiu significativamente após o mesmo. Quanto ao sentimento de revolta verificou-se que no grupo de controlo, esta manteve-se depois do tratamento e com

insignificante subida. Mas no grupo experimental concluiu-se que o nível de revolta após a IGSCC sofreu significativa descida. Quanto à duração do estado emocional destes pacientes, no grupo de controlo verificou-se que do 1º para o 2º momento os níveis de fadiga oncológica mantiveram-se com durabilidade similar, ainda que com uma ligeira diminuição. E no grupo experimental verificou-se que a duração do estado emocional após IGSCC diferiu significativamente da duração do estado emocional antes do tratamento (com uma probabilidade de erro de $4.0204155813751706E-4$). Quanto ao impacto da situação clínica verificou-se que no grupo de controlo não há diferenças significativas entre os 2 momentos ainda que com ligeira subida após o tratamento por radioterapia. Mas no grupo experimental o impacto sofreu significativa descida após a IGSCC. Quanto à necessidade de ajuda verificou-se que no grupo de controlo manteve-se após o tratamento e com significativa subida. Mas grupo experimental o pedido de ajuda além de já estar presente antes do tratamento, manteve-se após IGSCC mas com significativa descida.

Relativamente às crenças e pensamentos apresentam-se os resultados. Quanto à causa percecionada verificou-se que no grupo de controlo situa-se maioritariamente, em ambos os momentos, na resposta “Multicausal”. Já no grupo experimental verificou-se que a causa percecionada do cancro no 1º momento é a “Biológica” para no 2º momento mudar significativamente para “Multicausal”. Quanto à identidade, no grupo de controlo confirmou-se que não existem diferenças significativas na percepção do nível de conhecimento sobre os sintomas inerentes ao cancro entre os 2 momentos, situando-se as respostas entre o “concordo na maior parte” e o “discordo na maior parte”. Mas no grupo experimental confirmou-se que a IGSCC contribuiu significativamente para o aumento do conhecimento dos sintomas inerentes ao cancro. Quanto à percepção de suscetibilidade verificou-se nos 2 grupos que não há diferenças significativas entre os 2 momentos de avaliação, verificando-se que está muito presente na maioria dos indivíduos e nos 2 momentos de avaliação. Quanto à percepção da gravidade, verifica-se em ambos os grupos que não se alterou significativamente entre os 2 momentos, apontando os resultados para uma alta percepção da gravidade da doença quer antes, quer após o tratamento com ou sem IGSCC. Quanto à percepção da possibilidade de cura, no grupo de controlo verifica-se que entre os 2 momentos manteve-se uma posição de dúvida, “não concordo e nem discordo”. Mas no grupo experimental, concluiu-se que a maior parte da amostra aumentou a percepção de possibilidade de cura (de 30% para 95% da amostra). Relativamente à percepção de controlo da doença verificou-se que, no grupo de controlo entre os 2 momentos, houve um decréscimo significativo. Mas no grupo experimental não mudou significativamente, mesmo porque já era alta antes da IGSCC (e mais alta do que no GC). Relativamente à dimensão temporal da doença confirma-se que em ambos os grupos não existem diferenças significativas entre os 2 momentos sendo que a maioria dos participantes mantém uma posição de dúvida quanto à dimensão temporal da doença adotando a opção “não concordo e nem discordo”. Quanto às consequências do cancro, no grupo de controlo confirma-se que em ambos os momentos de avaliação e sem diferenças significativas, a maioria da amostra considera que a doença

contribuiu para alterações em suas vidas. Já no grupo experimental confirmou-se que apesar da maioria dos inquiridos concordar totalmente com o facto de o cancro contribuir para alterações na sua vida (80% da amostra antes da IGSCC) num 2º momento tal percentagem reduz significativamente para 30% assistindo-se a uma desdramatização das consequências do cancro. Quanto à identidade do tratamento, no grupo de controlo confirmou-se que, sem diferenças significativas entre os 2 momentos, a maioria dos inquiridos discorda que tenha conhecimento suficiente sobre a radioterapia. Mas no grupo experimental a percepção deste conhecimento aumentou significativamente (de 20% para 100%) entre os 2 momentos de avaliação. Relativamente à percepção da eficácia do tratamento verificou-se, no grupo de controlo, em ambos os momentos a amostra (na sua maioria) mantém uma posição de dúvida “não concordo e nem discordo”. Mas no grupo experimental verificou-se que após a IGSCC a totalidade dos indivíduos passou a concordar com a eficácia da radioterapia. Quanto à sensação de segurança na radioterapia, no grupo de controlo concluiu-se que não há diferenças significativas entre os 2 momentos de avaliação sendo que a maioria dos pacientes ou “concorda na maior parte” ou “não concorda e nem discorda” adotando uma posição mais central na escala de Lickert. Mas no grupo experimental verificou-se que antes da IGSCC 55% da amostra tinha percepção de segurança perante o tratamento e após a IGSCC aumentou significativamente para 95%. Quanto à percepção de que os custos são inferiores aos benefícios do tratamento, no grupo de controlo não há diferenças significativas entre os 2 momentos. Mas no grupo experimental já há uma subida significativa de 65% da amostra concordante para os 100%. No que diz respeito à autorresponsabilização, em ambos os grupos confirma-se que em ambos os momentos a auto responsabilização e a consciência da necessidade de vigiar a própria saúde mantém-se inalterada concordando com tal a grande maioria da amostra. Relativamente à preocupação com a saúde em geral, no grupo de controlo a percepção da necessidade de preocupar-se com a manutenção da saúde, adotando um estilo de vida saudável é significativa em ambos os momentos. E no grupo experimental a percepção da necessidade de preocupar-se com a manutenção da saúde, adotando um estilo de vida saudável é alta em ambos os momentos verificando-se um acréscimo da mesma após a IGSCC. Os resultados confirmam diferenças significativas quanto ao estado emocional e organização cognitiva/crenças entre ambos os grupos e ambos os momentos, salientando a eficácia da IGSCC.

REFERÊNCIAS

Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., et al. (2009). Cognitive behavioural stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 23, 580-591. Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18835434>.

- Bizarro, J. (2011). Contributo para a validação do TE (Termómetro Emocional) numa amostra portuguesa com diagnóstico de cancro (Dissertação de Mestrado, ISPA – Lisboa). Disponível em base de dados ISPA: Lisboa.
- Brix, C., Schleussner, C., Fuller, J., Roehrig, B., Wendt, T.G., & Strauss, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 541-548. Abstract from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19027442>
- Brix, C., Schleussner, C., Fuller, J., Roehrig, B., & Strauss, B. (2009). Fatigue and its determinants in radio-oncology. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59, 42-49. Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18401851>
- Goedendorff, M. M., Gielissen, M. F., Verhagen, C. A., & Bleijenberg, G. (2009). Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 21. Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160308>
- Hidalgo, A., Bower, J., Ganz, P., Irwin, M., & Cole, S. (2008). Cytokine gene polymorphisms and fatigue in breast cancer survivors: early findings. *Brain, Behavior and Immunity* 22, 1197-1200. Abstract retrieved March 17, 2010, from Science Direct Database.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, M., Patrick-Miller, L., Robitaille, C., Petrie, K., & Weinman, J. (1997). Illness representation: theoretical foundations. In K. J. Petric & J.A. Weinman (eds.), *Perception of Health and Illness* (pp.19-45). Chur: Harwood.
- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationship among optimism, well-being, self-transcendence, coping and social support in women during treatment for breast cancer. *Psychooncology*, 18, 716-726. Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19034884>
- Moos, R. H., & Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach. In R. H. Moos (ed.), *Coping with physical illness: New Perspectives*, vol. 2, Nova York: Plenum Press
- Nunes, D. F., Rodriguez, A. L., Hoffmann, F., Luz, C., Filho, A. P., Muller, M. C. et al. (2007). Relaxation and guided imagery program in patients with breast cancer undergoing radiotherapy is not associated with neuroimmunomodulatory effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 647-655. Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18061756>
- Orre, I. J., Murison, R., Dahl, A., Ueland, T., Aukrust, P., & Fossa, S. (2009). Levels of circulating interleukin-1 receptor antagonist and C-reactive protein in long-term survivors of testicular cancer with chronic cancer-related fatigue. *Brain, Behavior and Immunity*, 23, 868-874. Abstract retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WCI-4W!JW07

- Phillips, K. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Llabre, M. M., Avisar, E. et al. (2008). Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychosom Med*, 70, 1044-1049. Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18842742>
- Von, D. M., Kang, D. H., & Carpenter, J. S. (2008). Predictors of cancer-related fatigue in women with breast cancer before, during, and after adjuvant therapy. *Cancer Nurses*, 31, 134-144. Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18490890>
- Vries, J., Steeg, A., & Roukema, J. (2008). Determinants of fatigue 6 and 12 month after surgery in women with early-stage breast cancer: a comparison with benign breast problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 495-502. Abstract retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T8V-4VDSJTY

REPRESENTAÇÕES DE MATERNIDADE E CASAMENTO: COMPREENDENDO O FENÔMENO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

*ANA CRISTINA GARCIA DIAS, CLARISSA TOCHETTO DE OLIVEIRA, MÁRCIA ELISA JAEGER &
NAIANA DAPIEVE PATIAS*

A maternidade durante a adolescência embora possa ser planejada por algumas adolescentes é, frequentemente, considerada um problema social e de saúde pública, especialmente quando ocorre fora do casamento (Daadorian, 2003, Moraes et al., 2010). Diversas ações desenvolvidas pela rede pública de saúde brasileira visam prevenir o fenômeno, uma vez que o mesmo se encontra associado a riscos físicos, sociais e psíquicos, tanto para a adolescente quanto para o bebê (Heilborn, 2002; Rodrigues et al., 2008). O presente estudo busca conhecer as representações de maternidade e casamento de adolescentes grávidas de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul/Brasil, pois considera que diferentes representações sobre esses temas interferem no desenvolvimento dos programas de saúde. Muitos programas de saúde parecem desconsiderar os significados e projetos de vida das adolescentes, restringindo-se a informações. Considera-se que conhecer a realidade das jovens, seus projetos de vida (especialmente no que se refere a escolarização e trabalho) podem auxiliar no desenvolvimento de programas mais eficientes.

MÉTODO

Participaram do estudo oito adolescentes grávidas, entre 12 e 17 anos de idade, em diferentes períodos gestacionais, de uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

Material

Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com as adolescentes, durante a espera para o atendimento pré-natal em Unidades Básicas de Saúde - UBS. As entrevistas buscaram conhecer as representações, sentimentos e expectativas das adolescentes face a maternidade e casamento, bem como seus planos para o futuro.

Para análise das informações das entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo temática. Esse método consiste na leitura crítica das informações coletadas na pesquisa, na categorização e interpretação das mesmas (Gil, 2007). Algumas categorias resultantes da análise, que serão apresentadas nesse estudo são: sexualidade e o uso de contraceptivos; a ocorrência da gestação e o significado de “ser mãe”; representações sobre casamento; e planos para o futuro. A privacidade e confidencialidade dos dados obtidos foram asseguradas, sendo adotados nomes fictícios para as participantes do estudo, que ilustrarão alguns relatos que compõem cada categoria. Da mesma forma, essa pesquisa respeita os preceitos éticos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.

RESULTADOS

Sexualidade e Uso de Contraceptivos

A ocorrência da gestação esteve associada ao descuido no exercício da sexualidade, sendo indicado que isso poderia estar tanto associada à falta de conhecimento no uso de métodos contraceptivos, como a vergonha de conversar com adultos sobre sexualidade.

Por descuido. Remédio... fui viaja e acabei esquecendo de toma o remédio, três dias, esqueci não, esqueci em casa. [...]. Acabei engravidando. Foi assim que aconteceu (Joana, 18 anos).

Por descuido. Eu tinha vergonha de me abri com a minha mãe, aí deu isso (Aline, 15 anos).

Sabe-se que mesmo as adolescentes tendo conhecimentos sobre o uso de métodos contraceptivos, elas podem não os utilizar de maneira adequada e consistente, pois as informações recebidas são incompletas ou insuficientes para realização de uma prevenção adequada (Alves & Lopes, 2008). Aliado a isto, a dificuldade de comunicação na família sobre sexualidade e contracepção, principalmente dos filhos mais jovens, aumenta a probabilidade de uma gestação indesejada. Os familiares sentem-se inseguros em abordar essas temáticas com os filhos, deixando essa responsabilidade para as escolas, serviços de saúde e/ ou meios de comunicação. Quando o fazem, os pais costumam, muitas vezes, adotar um discurso moralista e proibitivo, que inviabiliza o diálogo na família sobre esses assuntos (Beserra, Pinheiro & Barroso, 2008).

A ocorrência da gestação e o significado de “ser mãe”

Duas adolescentes afirmam que haviam planejado a gestação, estando o desejo da maternidade associado ao desejo do companheiro. No entanto, encontramos diversas descrições positivas sobre a experiência da maternidade, nos relatos das demais entrevistadas.

Como ele queria muito tê um filho né, que ele já é maior de idade, tudo. Eu fiquei pensando [...] depois acabei aceitando. Eu tava tomando remédio tudo pra não engravida né, daí

acabei parando de toma. (Andressa, 16 anos).

Planejado não foi, tá sendo assim uma experiência nova, boa né, porque tá sendo bem produtiva pra mim. Porque eu to aprendendo com isso tudo [...] a gente aprende a se mais responsável, a gente aprende a tê mais coração, a gente sente coisa diferente... coisas novas... (Telma, 18 anos).

A gestação e a maternidade são valorizadas socialmente, pois estão associadas à noção de divino e poder feminino (Badinter, 1981). Principalmente nos estratos econômicos desfavorecidos ela pode representar a aquisição de prestígio social, além de efetivamente possibilitar a saída de casa e, algumas vezes, de uma situação de risco estressante. A vontade de ter um bebê nessa etapa da vida está associada positivamente ao desejo de sentir-se mulher, prender o namorado, desenvolver família e sair da escola. Assim, a gravidez pode ser desejada, sendo considerada um objetivo a ser alcançado e não um problema a ser tratado (Daadorian, 2003; Lima et al., 2004).

Representações sobre casamento

Para as entrevistadas casar ou morar junto significa responsabilidade e ajuda mútua entre o casal. Elas consideram que a união dos pais é uma vantagem para a criação e educação dos filhos, pois fornece uma estrutura para o desenvolvimento do mesmo. A união do casal é percebida como importante para criação do filho.

Ah, pra mim um casamento, mais do que mora junto, é uma união né. A gente tem que te uma estrutura boa, até pelo fato de vir a criança, ela vai tê que encontra uma família né, uma estrutura boa. (...). Casamento tem que ser das duas partes né, se ajudarem tudo (...) Eu acho que é um passo muito grande. Acho que tu tem que gosta, porque tu vai tá todos os dias com aquela pessoa, [...]. Pra mim não precisa. Acho que bom é namora. Quem sabe mais adiante, mais velha, quando meu filho crescesse mais, tivesse uns 7, 8 ou 9 anos, aí vamos ver, mas por enquanto não. Porque eu pretendo ainda compra um apartamento pra mim fica com meu filho. [...] Como é que eu vô compra um apartamento pra mim e pro meu filho e coloca alguém pra mora junto, não é bem assim. [...] Eu acho que é isso, pra mim não é tão importante o casamento (Joana, 18 anos).

Apenas uma adolescente entrevistada não está casada ou morando junto com o pai da criança. As outras sete adolescentes moram junto com o pai do bebê, e acreditam que é uma experiência positiva, pois a relação é baseada no companheirismo.

Moro junto, casei né. Ah, tá maravilhoso, tudo maravilhoso. Tá sendo uma alegria muito boa... Acho que só melhorou quando a gente veio morar junto. Acho que a gente conhece mais os defeitos e as qualidades dos outros quando a gente vem morar junto (risos), mas não, não mudou nada... acho que a gente sempre teve uma união muito grande um com o

outro desde o namoro assim, uma coisa bem forte um com o outro, então acho que não.. é tudo o que eu esperava assim, não tem nada de surpresa (Penélope, 18 anos).

A menina gestante adolescente, ao casar ou unir-se ao companheiro, deixa de depender dos pais, passando a depender do marido/companheiro, assim se constitui um novo núcleo familiar. O casamento, bem como a parentalidade, acabam sendo marcadores importantes para o ingresso na vida adulta (Gerreiro & Abrantes, 2005).

Planos para o futuro

Neste estudo, todas as adolescentes entrevistadas planejam voltar a estudar, para terminar o ensino médio e, após, fazer um curso técnico ou universitário e trabalhar. Duas adolescentes expressaram preocupação em esperar o filho crescer para, depois, retomar seus planos.

Não, eu ainda não parei pra pensa nisso, mas quanto ao meu futuro eu acho que vou ter que me dedicar um pouco ao meu filho, a minha filha, e depois... claro, vou ter que ter um emprego, até pra ajuda ele, em casa, mas no mais eu acho que vai se tudo numa boa... Eu acho que vai se, vai volta a se a minha vida que eu tinha antes, eu estudava, trabalhava, eu acho que vai se assim. Sim, claro, o segundo grau eu pretendo termina, fazer um técnico, uma faculdade, alguma coisa... (Telma, 18 anos).

O desejo de trabalhar encontra-se associado tanto a necessidade econômica como ao reconhecimento social, vinculado ao trabalho atualmente. Trabalhar associa-se às idéias de satisfação, prazer, realização pessoal, melhora na autoestima, formação de novos vínculos sociais, aprimoramento do conhecimento, maior desenvolvimento cognitivo e emocional, além de independência financeira devido ao retorno material (Santos; Mendonça; Zanini, 2010). As participantes reconhecem que o retorno ao processo de escolarização e de inserção no mercado de trabalho serão difíceis, pois há necessidade de alguém que cuide dos filhos enquanto estão estudando e/ou trabalhando. No entanto, algumas reconhecem que terão o suporte de sua família de origem, o que facilitará o processo.

De repente, a dificuldade que eu vá ter é de ter alguém de confiança pra fica com minha criança, no período que eu não tive em casa. Eu acho que essa vai se a única dificuldade que eu vá encontrar (Telma, 18 anos).

Eu acho que a única dificuldade que eu vou ter é não poder ficar com ela (bebê) todo o dia (risos), mas acredito que nenhuma outra, porque eu já to organizando tudo pra acontecer... de pessoas pra me ajudar, tudo sem problema nenhum. (...) Tem a moça que trabalha aqui que vai ficar cuidando dela, que vai ficar com ela, já to preparando ela pra cuidar da nenê, tudo. Acho que não tem dificuldade nenhuma (Penélope, 18 anos).

O cuidado com os filhos, como pode ser percebido, é algo que preocupa as adolescentes. Nessa tarefa de cuidar, percebe-se que, na maioria das vezes, quem fornece o apoio, é a família. Porém, esse

apoio durante a gravidez adolescente e, posterior maternidade, varia tanto na intensidade, quanto na forma como é fornecido (Hoga et al., 2009). Neste estudo, todas as gestantes acreditam que receberão apoio da família para que consigam realizar seus planos futuros, sendo o companheiro e a sogra os mais lembrados. Para as meninas entrevistadas, o apoio consistirá, principalmente, em cuidar do filho para que a jovem possa estudar.

Ah, espero apoio da minha família e principalmente dele (marido) também, né. Assim, se precisa um dia que cuide do meu filho pra estudar durante o dia, que dê uma olhadinha, que não reclame. Porque tem muitos pais que dizem assim “ah tu caso, tem filho, te vira”. Não querem ajuda, nem participa de nada (Andressa, 16 anos).

Quatro jovens afirmaram que seus planos não mudaram em virtude da gestação. Outras quatro reconhecem que seus planos deverão ser adiados em função da gravidez.

Mudo bastante, que na verdade eu ia termina agora o segundo e eu tava fazendo o EJA. Daí no ano meio do ano que vem já terminava o terceiro. Daí já fazia o técnico de uma vez, agora mais atrasa bem mais. Mas vai ser a mesma coisa, só que vai atrasa bastante (Joana, 18 anos).

Reflexões para Programas de prevenção à gestação adolescente

A partir das informações coletadas na pesquisa buscar-se-á realizar uma reflexão sobre os programas de prevenção à gestação adolescente. Percebe-se que a gestação nem sempre é indesejada, pois a experiência da maternidade nem sempre é vista como uma perda de oportunidades na vida. A gestação pode se constituir em um projeto de vida das adolescentes, especialmente se as mesmas se encontram em uma relação estável, com um companheiro, em geral, mais velho.

Contudo, não se deseja realizar uma apologia a gestação na adolescência, pois o fenômeno da gestação na adolescência é complexo, não podendo ser tratado de maneira única (Dias & Teixeira, 2010). Observa-se que a gestação nem sempre se constitui uma escolha, sendo multideterminada por inúmeros fatores (Patias & Dias, 2010). A gestação pode surgir como uma possibilidade de reconhecimento pessoal e social face a inexistência de outros projetos de vida mais valorizados (por exemplo, jovens que apresentam dificuldades escolares) ou face a situações nas quais a adolescente se encontra em um contexto de risco (exemplo: família violenta ou ausente) (Patias, Fiorin, Jaeger, Dias, no prelo).

A gestação na adolescência parece ser fruto de um conjunto de fatores pessoais e contextuais. Algumas características peculiares a essa fase do desenvolvimento associadas à problemas na qualidade e quantidade da informação sobre sexualidade e métodos contraceptivos contribuem para ocorrência do fenômeno. Aspectos contextuais, já citados, também contribuem para ocorrência do fenômeno. Além disso, a comunicação sobre sexualidade e contracepção na família é problemática. Questiona-se se o

contexto familiar é o mais adequado de transmissão de informações preventivas sobre sexualidade e contracepção. A conversa entre pais e filhos não está sendo efetiva, tanto no que se refere ao conteúdo da mesma quanto à sua forma devido à diferentes dificuldades tanto do jovem como dos pais. Há uma necessidade clara de qualificação das fontes provedoras de informação. Nesse sentido, é importante realizar trabalhos sistemáticos engajando pais, outros familiares, e mesmo professores em programas de orientação e prevenção. Esses trabalhos devem trabalhar a informação tanto em termos de qualidade como em extensão. Os programas devem oferecer a essas pessoas não só informações adequadas sobre contracepção e fisiologia reprodutiva, mas também um espaço para discutir suas experiências, concepções e preconceitos sobre sexualidade, além da oferta de projetos de vida que possibilitem ao jovem formas de reconhecimento social e inserção no mundo adulto.

DISCUSSÃO

Através das informações coletadas nesse estudo observa-se que as jovens apresentam representações tradicionais de maternidade e casamento. A gestação é percebida como uma forma de constituir um novo núcleo familiar e de inserção no mundo adulto. As participantes ainda descrevem que, apesar de assustarem-se com a notícia da gestação, a maternidade é um projeto de vida valorizado por elas e por seu meio social. A partir destes resultados, discutem-se as implicações dessas representações na elaboração de programas de prevenção à gestação. Muitos programas parecem desconsiderar os significados e projetos de vida de jovens. Nesse sentido, considera-se fundamental que os programas trabalhem os significados, representações e projetos de vida das jovens, e não apenas informação sobre métodos contraceptivos, como, de fato, vem acontecendo.

Por outro lado, os trabalhos com a saúde do adolescente devem abarcar uma visão integral, especialmente ofertando diferentes possibilidades e projetos de futuro aos jovens. Percebe-se que a escola nem sempre possibilita que o jovem se desenvolva e encontre reconhecimento pessoal e social nesse ambiente, o que faz com que a adolescente abandone a escola. Sem outros projetos, a maternidade e casamento podem ser percebidos tanto como formas de reconhecimento social como de acesso à vida adulta. Nesse sentido, programas de prevenção à gestação na adolescência não podem ser apenas programas informativos sobre uso de contraceptivos, ou centrados em questões de gênero. Esses programas devem poder discutir as representações e projetos de vida do adolescente, considerando os diferentes níveis do contexto ecológico no qual o adolescente se insere (escola, família, pares, etc).

REFERÊNCIAS

- Alves, A., & Lopes, M. H. (2008). Conhecimento, atitude e prática do uso da pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, 61, 11-17.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Beserra, E. P., Pinheiro, P. N. C., & Barroso, M. G. T. (2008). Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 12, 522-528.
- Dadoorian, D. (2003). Gravidez na adolescência: um novo olhar. *Psicologia ciência e profissão*, 23, 84-91.
- Dias, A. C., & Teixeira, M. A. (2010). Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*, 45, 123-131.
- Gil, A. C. (2007). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Guerreiro, M., & Abrantes, P. (2005). Como tornar-se adulto: processos de transição na modernidade avançada. *Revista brasileira de ciências sociais*, 20, 157-175.
- Heilborn, M. L. et al (2002). Aproximações sócioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes antropológicos*, 8, 13-45.
- Hoga, L. A. K., Borges, A., & Alvarez, R. (2009). Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 779-785.
- Patias, N. D., & Dias, A. C. G. (2010) Fatores que tornam as adolescentes vulneráveis à gestação na adolescência. *Adolescência & Saúde*, 4 (2), 40-45.
- Patias, N. D., Fiorin, P. C., Jaeger, M. E., & Dias, A. C. F. (no prelo). Gestação ou Gestações na Adolescência: Conhecendo a multiplicidade de experiências associadas ao fenômeno em uma Unidade Básica de Saúde de Santa Maria/RS. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*.
- Rodrigues, M. G. S. et al. (2010). Oficinas educativas em sexualidade do adolescente: a escola como cenário. *Revista Eletrônica cuatrimestral de Enfermería*, 20, 1-7.
- Santos, M., Mendonça, H., & Zanini, D. (2010) Gênero e valores no trabalho. *Paidéia*, 20, 39-45.

RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DOS FILHOS SOBRE OS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTAIS E A ANSIEDADE DOS PAIS: DADOS PRELIMINARES

FILOMENA DIAS, CÁTIA RODRIGUES, ISABEL LEAL & JOÃO MAROCO

As perturbações da ansiedade nas crianças são descritas na diversa literatura pela sua elevada prevalência e impacto significativo na qualidade de vida infantil (Alfano, Beidel, & Turner, 2002; Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006; Legerstee, Garnefski, Jellesma, Verhulst, & Utens, 2010; Simon & Bögels, 2009; Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003).

Vários modelos etiológicos da ansiedade têm considerado as relações pais - filhos como um factor central no desenvolvimento das perturbações da ansiedade nas crianças (e.g. Chorpita & Barlow, 1998). Diversa literatura tem apresentado a ansiedade dos pais e os seus estilos e práticas educativas como possíveis variáveis subjacentes à etiologia e manutenção da ansiedade infantil (Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook, & Parkinson, 2006; Gosch, Flannery-Schroeder, Mauro, & Compton, 2006; Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002). Trabalhos realizados com o objectivo de analisar a relação entre a ansiedade nas crianças e os comportamentos educativos dos pais têm apresentado uma associação positiva entre as variáveis (e.g. Grüner, Muris, & Merckelbach, 1999).

Uma questão que tem sido colocada em diversos trabalhos prende-se com a necessidade de esclarecimento do papel que a própria ansiedade parental desempenha nos estilos educativos dos pais (Woodruff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002). Bögels e van Melick (2004) questionam se as práticas educativas são resultado da ansiedade das crianças ou da ansiedade dos pais.

Num estudo realizado por Whaley e Pinto (1999) verificou-se que os comportamentos parentais de rejeição estavam mais relacionados com que a ansiedade parental, enquanto que, comportamentos parentais de sobreprotecção estavam mais relacionados com a ansiedade das crianças. Por seu lado, Hudson e Rapee (2001), num trabalho que teve como objectivo analisar as relações entre a ansiedade das crianças e os estilos educativos parentais, através da observação das interacções pais - filhos, salientam que o super envolvimento verificado nas mães de crianças ansiosas poderá ser um indicador de patologia da própria mãe. No entanto os referidos autores não analisaram a ansiedade materna e salientam que seria interessante cruzar a ansiedade das mães com as interacções mães - filhos. Bögels, Bamelis, e van der Bruggen (2008) realizaram um trabalho que teve como objectivo investigar a

relação entre a ansiedade parental, a ansiedade infantil e os estilos educativos parentais, observaram as interações pais – filhos, e verificaram que pais com perturbações de ansiedade tinham mais comportamentos controladores e rejeitantes e as mães com perturbações de ansiedade apresentaram mais comportamentos rejeitantes. No trabalho realizado por Bögels e van Melick (2004), que teve como objectivo estudar a relação entre a ansiedade infantil, a ansiedade parental e os estilos educativos parentais, mas utilizando para a análise os dados relatados pelos pais e os dados percebidos pelas crianças, verificou-se que a ansiedade parental apresentou-se relacionada negativamente com os comportamentos parentais de autonomia/sobreprotecção e de aceitação/rejeição, e positivamente com comportamentos de controlo psicológico. As relações verificadas consideraram os relatos dos três informantes, mãe, pai e criança, agregados para análise de resultados.

Outros trabalhos utilizaram o relato das crianças, através de questionário, sobre os estilos educativos de seus pais, pois de acordo com alguns autores parece ser mais importante a percepção que as crianças têm dos estilos educativos parentais do que o comportamento que os pais apresentam (e.g. Bögels & van Melick, 2004). Um destes trabalhos é o estudo Lindhout et al. (2006) que teve como objectivo investigar se os filhos de pais com perturbações de ansiedade percebem diferentes estilos educativos relativamente aos filhos de pais sem perturbações de ansiedade. Os autores verificaram que as crianças dos pais ansiosos não reportaram mais rejeição ou menos suporte emocional comparativamente às crianças dos pais não ansiosos, no entanto perceberam níveis mais elevados de controlo do que as crianças dos pais não ansiosos.

A literatura não é consensual relativamente à relação entre a ansiedade parental e os estilos educativos parentais, sendo o seu estudo necessário para a compreensão do papel parental no desenvolvimento e manutenção da ansiedade infantil (e.g. Bögels & van Melick, 2004; Lindhout, et al., 2006).

O presente trabalho teve como objectivo estudar a relação entre a ansiedade dos pais e a percepção que os filhos têm dos estilos educativos parentais.

MÉTODO

Participantes

Para a realização desta investigação foi considerada uma população normativa, dos Açores – ilha Terceira, constituída por 56 crianças de ambos os sexos, 26 do sexo masculino e 30 do sexo feminino, com idades que variaram entre os 10 (20%) e os 11 (80%) anos, e os respectivos pais. A idade dos pais variou entre os 29 e os 53 anos, sendo a média das idades das mães de 40 anos e dos pais de 42 anos.

Material

Os instrumentos utilizados neste estudo foram: um Questionário Sócio-Demográfico; o instrumento *Egna Minnen Beträffande Uppfostrén* para crianças (EMBU-C) na sua versão portuguesa (Canavarro & Pereira, 2007); e o *Inventário de Estado-Traço de Ansiedade* (STAI) (Silva, 2003).

O EMBU-C, na sua versão portuguesa, é um instrumento que avalia a percepção dos filhos sobre os estilos educativos parentais. É constituído por 32 itens divididos por três factores: Suporte Emocional (14 itens); Rejeição (8 itens); e Tentativa de Controlo (10 itens). O factor, Suporte Emocional refere-se à disponibilidade afectiva e física dos progenitores, à comunicação dos afectos e a comportamentos que manifestam a aceitação da criança por parte dos pais. O factor Rejeição avalia a hostilidade física e verbal dos pais para com a criança e os comportamentos de rejeição dos pais. O factor Tentativa de Controlo corresponde a comportamentos que têm por objectivo o controlo do comportamento da criança, assim como, a comportamentos que visam a adesão do comportamento da criança às expectativas dos pais, com o recurso, inclusive, a estratégias de indução de culpa, e a comportamentos de sobreprotecção. As respostas aos itens são avaliadas numa escala de tipo Likert, de 4 pontos, que vai desde “Não, nunca” a “Sim, sempre”. A versão portuguesa do EMBUC apresenta qualidades psicométricas adequadas, favoráveis à sua utilização junto de crianças portuguesas em idade escolar (Canavarro & Pereira, 2007).

O STAI é um inventário que engloba duas escalas separadas para medir o estado e o traço de ansiedade. A escala de Ansiedade Estado (STAI Forma Y-1) é composta por vinte frases que avaliam como se sentem os respondentes “agora, neste momento”, sendo as respostas avaliadas numa escala tipo Likert, de 4 pontos, que vai desde “nada” a “muito”. A escala de Ansiedade Traço (STAI Forma Y-2) é composta por vinte frases que avaliam como se sentem as pessoas *geralmente*, sendo as respostas avaliadas numa escala tipo Likert, de 4 pontos, que vai desde “quase nunca” a “quase sempre”. O STAI apresentou ser um instrumento fiável para a população Portuguesa (Silva, 2003).

Procedimento

De forma a constituir a amostra, procedeu-se ao recrutamento das crianças e dos seus pais através do método de bola de neve. Os pais e as crianças preencheram os questionários sócio - demográficos. O EMBU-C e o STAI foram aplicados conjuntamente com outros instrumentos, que faziam parte de um protocolo, de investigação, mais alargado. O EMBU-C foi aplicado individualmente a cada criança, num primeiro momento foi explicado à criança como funcionava o preenchimento e seguidamente pediu-se à criança que o realizasse. Aos pais foram dadas as instruções para o preenchimento do STAI e foi-lhes pedido que o efectuasse. Pais e crianças realizaram este processo em salas separadas. Cada criança foi identificada com um código, que simultaneamente era associado aos seus pais.

RESULTADOS

Os valores de coeficiente alfa dos factores do EMBU-C (Quadro 1) verificados na amostra em estudo são semelhantes aos encontrados por (Canavarro & Pereira, 2007) e considerado, pelas autoras, aceitáveis para efeitos de investigação. Apenas o factor Rejeição (relativo aos pais) apresentou valores inferiores aos encontrados no referido trabalho.

Quadro 1. Fiabilidade EMBU-C: α Cronbach

	Suporte Emocional		Rejeição		Controlo	
	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai
α Cronbach	0,853	0,882	0,664	0,583	0,635	0,621

Os valores de coeficiente alfa do STAI (Quadro 2) verificados na amostra em estudo são adequados (Marôco, 2010) e semelhantes aos encontrados por Silva (2003).

Quadro 2. Fiabilidade STAI: α Cronbach

	STAI Estado		STAI Traço	
	Mãe	Pai	Mãe	Pai
α Cronbach	0,851	0,870	0,887	0,859

A análise das qualidades psicométricas apenas incidiu sobre o alfa de Cronbach, uma vez que a dimensão da amostra, do presente trabalho, não permite a análise da validade de construto, esta será avaliada posteriormente na continuidade deste estudo.

A análise da relação entre a ansiedade dos pais e os estilos educativos percebidos pelas crianças indicou não haver uma correlação significativa entre as variáveis. O estudo da relação inter-factores da EMBU-C relativamente ao pai apresentou correlações positivas e significativas, entre as dimensões Rejeição e Tentativa de Controlo ($r=0,36$; $p=0,007$), e entre Suporte Emocional e Tentativa de Controlo ($r=0,37$; $p=0,005$), relativamente à análise das relações inter-factores da EMBU-C em relação à mãe verificou-se uma correlação positiva e significativa entre as dimensões Rejeição e Tentativa de Controlo ($r=0,38$; $p=0,004$).

No sentido de perceber as diferenças percebidas pelas crianças relativamente às mães e aos pais realizou-se o teste T-Student para amostras emparelhadas, e verificou-se que as crianças perceberam níveis significativamente mais elevados de Suporte Emocional ($t(95)=-4,406$; $p<0,001$), Rejeição ($t(95)=-2,809$; $p=0,007$) e Tentativa de Controlo ($t(95)=-6,283$; $p<0,001$) por parte da mãe comparativamente ao pai.

DISCUSSÃO

O presente trabalho tinha como objectivo analisar a relação entre a ansiedade parental e os estilos educativos percebidos pelas crianças.

A literatura não apresenta resultados consensuais sobre a relação entre a ansiedade dos pais e os estilos educativos parentais, os resultados do presente trabalho são consensuais com os estudos que não verificaram uma relação significativa entre estas variáveis (e.g. Woodruff-Borden, et al., 2002). No trabalho de Bögels e van Melick (2004) também não se verificaram relações significativas entre ansiedade paternal e sobreprotecção, entre a ansiedade das mães e a dimensão rejeição, assim como entre a ansiedade parental e a dimensão controlo, quando foram considerados os dados dos três respondentes (criança, mãe e pai) desagregados.

No que concerne às associações entre os factores do EMBU-C, os resultados do presente trabalho são congruentes com outros estudos (e.g. Canavarro & Pereira, 2007), à excepção da relação verificada entre os factores Suporte Emocional e Tentativa de Controlo relativamente à mãe apresentada no trabalho dos referidos autores, e que não foi verificada no presente trabalho. van Brakel, Muris, Bogels e Thomassen (2006) salientam que a definição de controlo parental pode ser enquadrada segundo duas perspectivas, por um lado pode ser associado a algum excesso de rigor, representando para a criança um factor negativo no desenvolvimento da sua autonomia, e por outro pode ser assumido pela criança como um agente estruturador que a permite interagir com o meio de uma forma segura. Atendendo a estas perspectivas poder-se-ia sugerir que a perspectiva positiva estaria ligada ao suporte emocional pelo envolvimento e atenção dos pais. Sabendo-se que o pai, culturalmente, na nossa sociedade expressa o seu envolvimento com os filhos no seu papel de pilar, de instituição de regras, dentro do sistema familiar (Almeida, 2003), poder-se-ia insinuar que os factores estruturantes e promotores de segurança, ligados ao suporte emocional, seriam sentidos de forma mais acentuada, pela criança, em relação ao pai comparativamente à mãe, surgindo assim como uma ligação mais sensível a variações, justificando a presença da relação positiva e significativa entre os factores tentativa de controlo e suporte emocional relativos ao pai e ausência da relação significativa desses factores relativamente à mãe.

A análise das percepções das crianças relativamente às mães e aos pais confirmou os resultados já obtidos por outros estudos (e.g. Canavarro & Pereira, 2007) e que indicam que as mães são percebidas com níveis mais elevados de Suporte Emocional, de Rejeição e de Tentativa de Controlo.

REFERÊNCIAS

- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2002). Cognition in childhood anxiety: Conceptual methodological and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22(8), 1209-1238.
- Almeida, A. N. (2003). Família, Conjugalidade e Procriação: Valores e papéis. In J. Vala, M. V. Cabral & A. Ramos (Eds.), *Valores Sociais: Mudanças e Contrastes em Portugal e na Europa*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bögels, S. M., Bamelis, L., & van der Bruggen, C. (2008). Parental rearing as a function of parent's own, partner's, and child's anxiety status: Fathers make the difference. *Cognition and Emotion*, 22(3), 522-538. doi: 10.1080/02699930801886706
- Bögels, S. M., & van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37(8), 1583-1596. doi: 10.1016/j.paid.2004.02.014
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2007). A percepção dos filhos sobre os estilos educativos parentais: A versão portuguesa do EMBU-C. *RIDEP*, 2(24), 193-210.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817-833. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.002
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21. doi: 10.1037/0033-2909.124.1.3
- Cooper, P. J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H., & Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 205-212. doi: 10.1016/j.jad.2006.03.017
- Gosch, E. A., Flannery-Schroeder, E., Mauro, C. F., & Compton, S. N. (2006). Principles of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 247-262. doi: 10.1891/jcop.20.3.247
- Grüner, K., Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(1), 27-35. doi: 10.1016/s0005-7916(99)00004-x
- Hirshfeld-Becker, D. R., & Biederman, J. (2002). Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 161-172. doi: 10.1023/a:1019687531040

- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent—child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1411-1427. doi: 10.1016/s0005-7967(00)00107-8
- Legerstee, J., Garnefski, N., Jellesma, F., Verhulst, F., & Utens, E. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. [Article]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 143-150. doi: 10.1007/s00787-009-0051-6
- Lindhout, I., Markus, M., Hoogendijk, T., Borst, S., Maingay, R., Spinhoven, P., . . . Boer, F. (2006). Childrearing Style of Anxiety-Disordered Parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(1), 89-102. doi: 10.1007/s10578-006-0022-9
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais*. Lisboa: ReportNumber.
- Silva, D. R. (2003). O Inventário De Estado-Traço De Ansiedade (S.T.A.I). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida & C. Machado (Eds.), *AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. 1, pp. 46-63). Coimbra: Quarteto Editora.
- Simon, E., & Bögels, S. M. (2009). Screening for anxiety disorders in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(10), 625-634. doi: 10.1007/s00787-009-0023-x
- van Brakel, A. M. L., Muris, P., Bogels, S. M., & Thomassen, C. (2006). A Multifactorial Model for the Etiology of Anxiety in Non-Clinical Adolescents: Main and Interactive Effects of Behavioral Inhibition, Attachment and Parental Rearing. *Journal of Child and Family Studies*, 15(5), 568-578.
- Whaley, S. E., & Pinto, A. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. [Article]. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67(6), 826.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151. doi: 10.1111/1469-7610.00106
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374. doi: 10.1207/153744202760082621

CARACTERIZAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E PSICOPATOLÓGICA DE DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA DO TIPO RECORRENTE REMISSIVA

INÊS DIREITO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica, desmielinizante e degenerativa, do Sistema Nervoso Central (SNC) que interfere com a capacidade do mesmo em controlar funções como a visão, a locomoção, e o equilíbrio. É diagnosticado mais frequentemente em indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, e a prevalência nas mulheres é cerca de o dobro em relação aos homens (Brassington & Marsh, 1998; Mohr & Cox, 2001).

Classicamente podem ser considerados três subtipos de EM: Recorrente Remissiva (RR), Secundariamente Progressiva (SP), Primariamente Progressiva (PP). Infelizmente, o curso da doença não é estático, podendo mudar a qualquer momento. O tipo de EM mais comum em doentes com idade inferior a 40 anos é RR, que ocorre em 60% dos casos.

O grau de incapacidade do doente com EM é normalmente expresso pela sua situação clínica, determinada por um exame neurológico. Uma das escalas mais usadas neste sentido é a EDSS (*Expanded Disability Status Scale*). Esta foi originalmente desenvolvida por Kurtzke, em 1955, tendo sido posteriormente reformulada pelo mesmo autor.

A EM não só acarreta um decréscimo na qualidade de vida dos doentes através dos sintomas e consequências físicas, mas também do ponto de vista neuropsicológico e psicopatológico.

Sintomas Físicos e Consequências

A fadiga é um sintoma comum na EM, afectando cerca de 50 a 70% dos pacientes (Marrie, Fisher, Miller, Lee, & Rudick, 2005), resultando em efeitos negativos na qualidade de vida. Strober e Arnett (2005) referem que várias investigações consideraram a depressão e o sono como estando significativamente relacionadas à fadiga em doentes de EM.

As perturbações de sono, apesar de terem recebido pouca atenção na literatura, têm sido apontadas como causando problemas significativos no funcionamento dos doentes com EM. Num estudo levado a cabo por Lobentanz e colaboradores (2004) para investigar quais os factores que mais influenciavam a qualidade de vida nos doentes com EM, 62% dos participantes foram classificados como tendo um

“sono pobre”. Strober e Arnett (2005) apontam um decréscimo na eficiência do sono e maior número de despertares durante o sono. A sonolência durante o dia também tem sido descrita nestes doentes (Frauscher, Egg, Brandauer, Ulmer, Berger, Poewe, & Högl, 2005).

A EM tem também uma relevância social muito grande ao interferir na carreira profissional do doente. Do ponto de vista socioepidemiológico, alguns estudos mostraram que a EM conduz ao desemprego entre 50 a 80% dos casos, em 10 anos de história de doença (Calabrese, 2006). Os próprios problemas cognitivos resultam em inúmeras dificuldades em termos laborais, aliando-se, ou não, a défices físicos.

Manifestações neuropsicológicas

A disfunção cognitiva é frequente na EM, sendo considerada um dos marcos clínicos da doença (Nocentini et al., 2006), sendo que o grau de dificuldade associa-se ao volume total da matéria cerebral danificada pelas lesões (Mohr & Cox, 2001). As manifestações neuropsicológicas podem ser detectadas nos pacientes mesmo durante os estádios precoces da doença (Sepulcre et al., 2006).

A EM parece produzir uma lentificação geral dos processos cognitivos, mas não existe um padrão uniforme de défices (Brassington & Marsh, 1998). As funções cognitivas mais afectadas são a velocidade de processamento da informação, atenção e funções executivas, percepção visuo-espacial ou nomeação de objectos e, principalmente, a memória (Kesselring & Klement, 2001). De acordo com Brassington e Marsh (1998), a memória de trabalho verbal parece ser mais susceptível ao declínio comparativamente à visuoespacial. Quanto à capacidade atencional, os autores sugerem que as pessoas com EM revelam limitação em testes complexos. Num artigo de revisão, Calabrese (2006) aponta os défices em tarefas visuo-espaciais (e.g. teste da Figura complexa de Rey) como sendo característicos na EM. A fluência verbal encontra-se também reduzida nestes paciente (Schulz, Kopp, Kunkel, & Faiss, 2006). Dificuldade na procura de palavras e problemas de fluência foram registados em tarefas de geração de palavras num tempo limite (Mohr & Cox 2001).

Ainda segundo Brassington e Marsh (1998), as disfunções cognitivas podem também ser exacerbadas pelos sintomas emocionais e manifestações psiquiátricas.

Psicopatologia

De entre as dificuldades psicológicas da EM, a depressão tem sido apontada como a mais frequente e também a mais debilitante. Do ponto de vista biológico, Mohr e Cox (2001) referem que a EM pode resultar de uma desregulação imunitária ou mesmo estar associada a lesões cerebrais específicas. Ou seja, estes dados indicam que a depressão pode tanto estar associada ao desenvolvimento da EM como ser um sintoma da doença.

Dada a incerteza quanto ao próprio diagnóstico e prognóstico, não é surpreendente que a ansiedade seja comum em doentes com EM. Deste modo, também são frequentes expressões de raiva, podendo constituir-se como uma resposta apropriada à frustração do diagnóstico de doença crónica e suas limitações físicas e cognitivas (Mohr & Cox, 2001).

O presente estudo tem como objectivo descrever uma amostra de doentes com diagnóstico de EM do tipo RR, em termos de saúde mental e funcionamento cognitivo, mas também a nível da capacidade de trabalho, actividade e sono (avaliação subjectiva), recorrendo a registos actigráficos (avaliação objectiva).

MÉTODO

Participantes

No presente estudo foram avaliados 9 participantes com EM diagnosticada, em média, há 11.44 anos e com uma média de idades igual a 31.78 anos. A EDSS média é 1.06, e o valor mais frequentemente atribuído é 0 pontos (55.6% da amostra) (cf. Quadro 1 para outros dados demográficos e estatísticos). O diagnóstico foi atribuído por médicos especialistas do serviço de Neurologia do Hospital de São Marcos, Braga. Os mesmos participantes foram previamente avaliados do ponto de vista neuropsicológico por duas psicólogas clínicas.

Quadro 1. Dados demográficos e principais características da amostra em estudo

Género (M/F)	2/7
Idade média \pm d.p. (amplitude)	31.78 \pm 10.63 (19 – 49)
Escolaridade (4ºano/6ºano/12ºano/licenciatura) – n (% da amostra)	1(11.1%) / 3(33.3%) / 1(11.1%) / 4(44.4%)
Média duração da doença diagnosticada \pm d.p. (amplitude)	11.44 \pm 6.31 (4 – 26 meses)
Média EDSS \pm d.p. (amplitude)	1.06 \pm 1.59 (0 – 4)

Material

Para além da EDSS, aplicaram-se os seguintes instrumentos: *Duke - Perfil De Saúde* (Parkerson et al, 1989. Adaptação de Silva, Pinto & Pereira, 2000); *Índice De Capacidade Para O Trabalho* (WAI), que permite determinar o índice de capacidade laboral (ICL); *Questionário de Experiências Sono-Vigília* (QESV – Van Diest, 1989), que avalia o sono-vigília e a perturbação do sono ao longo de um ciclo de 24 horas; *Questionário do Cronótipo* (H. Ogínska, 1994; Tradução e adaptação de C. F. Silva, 2001), que classifica os indivíduos como vespertinos ou matutinos; *Mini-Mental State Examination* (MMSE – Folstein, Folstein, & McHugh, 1975, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colaboradores, 1993), muito usado para diagnosticar as mudanças no funcionamento cognitivo e avaliar a probabilidade de demência; *Stroop – Testes de Cores e Palavras* (Stroop, 1935), com o objectivo avaliar a atenção concentrada; *Teste da Figura Complexa de Rey-Osterrieth – Figura A* (Rey, 1942 & Osterrieth, 1945), para avaliar a actividade perceptiva e a memória visual; *Bateria de Testes Neuropsicológicos para a Esclerose Múltipla* (NSBMS – Rao), composta por medições de atenção e de concentração sustentadas (PASAT – Paced Auditory Serial Addition Test), de aprendizagem verbal (Teste de Memória Selectiva – SRT, o qual avalia a retenção a longo prazo LTS, e a recuperação consistente a longo prazo CLTR), aprendizagem visuo-espacial (Teste de Memória

Espacial 7/24), e recuperação semântica (Lista de Palavras - FAS); *Beck Depression Inventory* (BDI – Beck & Beck, 1972), para avaliar as manifestações da depressão por auto-relato; e o *Inventário da Personalidade, Versão Reduzida* (NEO-FFI – Lima & Simões, 2000), para medir as cinco principais dimensões da personalidade.

Foram colocados actígrafos nos pulsos dos participantes, para permitir a conversão de movimentos ou vibrações em sinais eléctricos, podendo calcular-se os níveis de actividade (AL), e o índice de movimento (MI) (Silva, Rodrigues, Klein, & Macedo, 2000).

Procedimento

Num primeiro momento, os participantes foram avaliados do ponto de vista neuropsicológico e psicopatológico, durante duas consultas de psicologia. Num segundo momento, os participantes foram contactados para participarem no estudo. Os participantes usaram os actígrafos durante 3 dias consecutivos (72 horas), para que o padrão de actividade fosse mais amplo. Todo o material foi codificado, assegurando o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Sintomas Físicos e Consequências

Segundo os registos actigráficos, os participantes deste estudo, na sua maioria matutinos, mantiveram-se despertos cerca de 14 horas por dia e 40 minutos no período de sono, dormindo em média 8 horas por noite. Não apresentaram queixas significativas de sono, apesar de ser frequente o despertar durante a noite, nomeadamente por volta da meia hora após o início do sono (77.8%), o que vai de encontro aos resultados encontrados por Strober e Arnett (2005). Uma análise correlacional dos dados indica que os participantes que demoraram mais tempo a adormecer apresentaram também valores mais elevados na EDSS ($r_{sp}=.716$, $p<.05$). Por outro lado, a insónia inicial apareceu correlacionada positivamente com a dor ($r_{sp}=.740$, $p<.05$). Os indivíduos que acordaram a meio da noite frequentemente apresentaram níveis mais elevados de dor ($r_{sp}=.724$, $p<.05$). A literatura refere que o despertar frequente pode ser explicado pela forte correlação positiva entre problemas de sono e ansiedade (Mohr & Cox, 2001). De facto, um maior nível de perturbação de sono surgiu associado a um maior neuroticismo e ansiedade ($r_{sp}=.854$, $p<.01$, e $r_{sp}=.838$, $p<.01$, respectivamente) e também a uma menor saúde física ($r_{sp}=-.722$, $p<.05$).

Em termos profissionais, os pacientes perspectivaram-se como sendo capazes de trabalhar activamente no futuro (77,8%), o que pode dever-se à ausência de limitações físicas até à data, e à presença pouco significativa de sintomatologia depressiva e dor. Como esperado, verificaram-se correlações significativas negativas entre a capacidade de trabalho e a dor ($r_{sp}=-.837$, $p<.01$), o BDI ($r_{sp}=-.762$, $p<.05$) e o neuroticismo ($r_{sp}=-.695$, $p<.05$).

Manifestações neuropsicológicas

No que se refere às faculdades mentais (Quadro 2), nenhum dos participantes apresentou défices segundo o MMSE. Em termos atencionais, revelaram uma boa resistência à interferência, sendo que 3 participantes obtiveram excelentes resultados no teste de STROOP. Contudo, os restantes instrumentos neuropsicológicos revelaram alguns comprometimentos. Uma avaliação quantitativa do teste da Figura de Rey indicou um processo de cópia normal contudo bastante superior ao de memória. O único teste da bateria NSBMS avaliado positivamente foi o PASAT, estando o desempenho da forma mais difícil no percentil 50. Os resultados nas provas de memória e retenção a longo prazo, memória espacial e recuperação semântica ficaram abaixo do percentil 25, o que indica alguns comprometimentos.

Segundo a investigação realizada, algumas funções mentais superiores, sobretudo a memória, começam a estar alteradas nestes participantes. O especial comprometimento do domínio mnésico em fases precoces da EM já tinha sido encontrado nos estudos de Calabrese (2006), e Sepulcre e colaboradores (2006). No entanto, contrariamente ao proposto por Brassington e Marsh (1998), os participantes apresentaram uma boa capacidade atencional e de concentração.

Quadro 2. Testes Neuropsicológicos – Principais Resultados

Teste	Prova	Média	DP	Amplitude
STROOP	P	77.56	18.10	49 – 104
	C	68.56	8.80	59 – 80
	PC	41.11	9.32	26 – 54
	Interferência	6.39	6.91	-3.99 – 17.24
MMSE		29.56	0.73	28 – 30
REY	Cópia	32.89	4.01	24 – 36
	Memória	19.61	8.60	6 – 30
SRT	LTS	40.22	16.04	2 – 54
	CLTR	24.56	15.40	2 – 43
	Intrusões	3	2.5	0 – 6
FAS	Admissíveis	27.11	11.90	10 – 46
	Não admissíveis	(77.8% com 0 intrusões; 22.2% com 1 intrusões)		
7/24	A	24.11	9.39	12 – 35
	B1	4	2.12	1 – 7
	Recordação	4.56	2.07	1 – 7
	Recordação tardia	4.11	2.21	1 – 7
	Confabulações	13.67	14.37	0 – 37
PASAT	Prova 1	46.22	8.54	32 – 59
	Prova 2	42.67	8.46	29 – 55

Psicopatologia

O humor depressivo, avaliado pelo BDI, foi cotado como leve em dois participantes e moderado em apenas um. Relativamente ao funcionamento psicológico, avaliado pelo NEO FFI, os participantes apresentaram valores elevados de amabilidade e conscienciosidade, e valores baixos de neuroticismo. Quanto à percepção dos vários domínios da saúde (cf. Gráfico 1), verificaram-se uma elevada auto-

estima e saúde mental (médias superiores a 78%). Sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como a dor, apresentaram médias baixas (inferiores a 30%), sendo a média de incapacidade muito baixa (5.56%).

O teste de Spearman revelou correlações negativas entre a saúde física e a depressão ($r_{sp} = -.820$, $p < .01$) e o neuroticismo ($r_{sp} = -.854$, $p < .01$). Também se encontraram correlações negativas entre a saúde geral e o neuroticismo e BDI ($r_{sp} = -.821$, $p < .01$, e $r_{sp} = -.804$, $p < .01$, respectivamente). Por último, os participantes com dor revelaram um humor mais deprimido ($r_{sp} = .760$, $p < .05$), e uma menor extroversão ($r_{sp} = -.679$, $p < .05$).

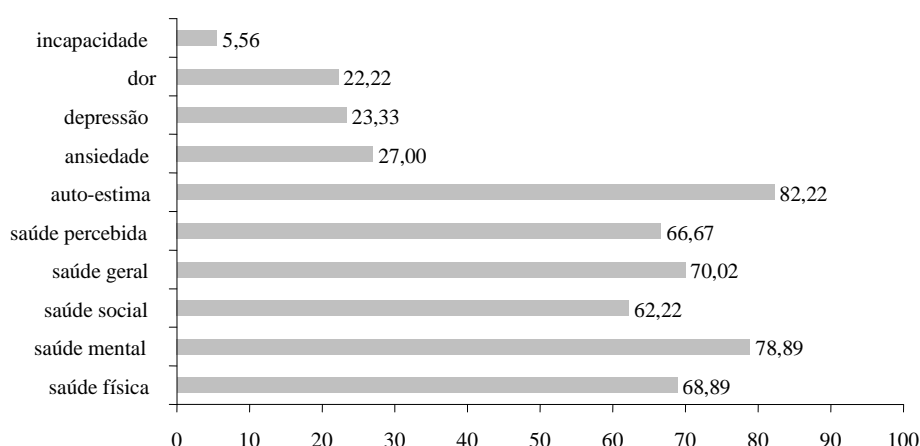


Gráfico 1. Perfil de Saúde de Duke - Percentagem média das escalas

Por último, importa referir que os participantes se perceberam como sendo bastante saudáveis, nomeadamente em relação ao seu estado mental.

Discussão

A caracterização neuropsicológica e psicopatológica de doentes com EM que se encontram numa fase inicial da doença, realizada neste estudo, confirmou a existência de alguns comprometimentos, ainda que discretos a nível cognitivo, tal como tem sido verificado em investigações recentes (Schulz et al., 2006). Os resultados indicaram que este tipo de défices são uma realidade numa fase recorrente remissiva da doença, e que não devem ser menosprezados nos casos em que a incapacidade física ainda não é notória.

Segundo Lobentanz e colaboradores (2004), a avaliação da doença, e a determinação sobre como os pacientes podem ser afectados por estes sintomas, tem uma enorme importância clínica na rotina da avaliação médica. Estudos que aliam as dimensões subjectiva (auto-relatos) e objectiva (registos actigráficos) da avaliação podem contribuir para a identificação de possíveis factores de risco, bem como factores protectores, de modo a planear uma intervenção mais adequada, e facilitar uma melhor adaptação à doença. Na mesma linha de pensamento, Mohr e Cox (2001), defendem que os resultados

da avaliação neuropsicológica podem ser usados para ajudar o paciente e as suas famílias a identificar as áreas de competência bem como os pontos fracos, de modo a que os doentes possam adoptar estratégias compensatórias.

Em investigações futuras, será importante aprofundar conhecimentos e intervir nas problemáticas encontradas. Para tal, poder-se-á maximizar a utilização do actígrafo, de forma a avaliar com maior precisão os padrões de actividade e sono característicos da EM-RR.

REFERÊNCIAS

- Brassington, J., & Marsh, N. (1998). Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. *Neuropsychology Review*, 8, 43-77.
- Calabrese, P. (2006). Neuropsychology of multiple sclerosis: an overview. *Journal of Neurology*, 253, 10-15.
- Frauscher, B., Egg, R., Brandauer, E., Ulmer, H., Berger, T., Poewe, W., & Högl, B. (2005). Daytime sleepiness is not increased in mild to moderate multiple sclerosis: a pupillographic study. *Sleep Medicine*, 6, 543-547.
- Kesselring, J., & Klement, U. (2001). Cognitive and affective disturbances in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 248, 180-183.
- Lobentanz, I., Asenbaum, S., Vass, K., Sauter, C., Klösch, G., Kollegger, H., Kristoferitsch, W., & Zeitlhofer, J. (2004). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110, 6-13.
- Marrie, A. R., Fisher, E., Miller, D. M., Lee, J., & Rudick, R. A. (2005). Association of fatigue and brain atrophy in multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 228, 161-166.
- Mohr, D., & Cox, D. (2001). Multiple Sclerosis: empirical literature for the clinical health psychologist. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 479-499.
- Nocentini, U., Pasqualetti, P., Bonavita, S., Buccafusca, M., De Caro, M., Farina, D., Girlanda, P., Le Pira, F., Lugaresi, A., Quattrone, A., Reggio, A., Salemi, G., Savettieri, G., Tedeschi, G., Trojano, M., Valentino, P., & Caltagirone, C. (2006). Cognitive dysfunction in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 12, 77-87.
- Schulz, D., Kopp, B., Kunkel, A., & Faiss, J. (2006). Cognition in the early stage of multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 253(8), 1002-1010.
- Sepulcre, J., Vanotti, S., Hernández, R., Sandoval, G., Cáceres, F., Garcea, O., & Villoslada, P. (2006). Cognitive impairment in patients with multiple sclerosis using the Brief Repeatable Battery-Neuropsychology test. *Multiple Sclerosis*, 12, 187-195.
- Silva, C., Rodrigues, P., Klein, J., & Macedo, F. (2000). Investigação em cronobiologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (2), 267-283.

- Silva, C., Silvério, J., Nossa, P., Rodrigues, V., Pereira, A., & Queirós, A. (2000). Envelhecimento, ritmos biológicos e capacidade laboral – versão portuguesa do Work Ability Index (WAI). *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (2), 329-339.
- Strober, L. B., & Arnett, P. A. (2005). An examination of four models predicting fatigue in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 631-646.

CUIDADORES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM VIH: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, DO DESGASTE EMOCIONAL E DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

LORENA DOMINGUES & LUIZA NOBRE LIMA

Atualmente, as pessoas com doenças crónicas vivem cada vez mais tempo e, portanto, necessitam de cuidados mais prolongados (Deeken et al., 2003). Quem cuida destes doentes desempenha, assim, um papel crucial nas suas vidas, papel este de grande exigência e complexidade, com impacto em todos os aspectos da vida do cuidador, incluindo a sua saúde física, psicológica e emocional (Dyck, et al., 1999; Kristjanson, et al., 1995).

Os cuidadores de crianças com doenças crónicas experienciam níveis de stress elevados. A variedade de cuidados prestados acarreta para o cuidador consequências como a diminuição dos seus tempos livres, alterações a nível profissional, sobrecargas financeiras, uma vivência de culpa (quando o cuidador for quem transmitiu o vírus à criança) e sensação de isolamento (Monteiro, et al., 2002; Wallander, et al., 1990) que no seu conjunto podem afectar a qualidade de vida que ele percepciona ter.

Assim como o doente crónico, também o seu cuidador deve sentir o apoio das pessoas mais próximas para melhor conseguir ultrapassar as suas dificuldades pessoais. O suporte social deve ser compreendido como uma experiência pessoal, sendo que o indivíduo tem de se sentir desejado, respeitado e envolvido. Uma definição que vai ao encontro deste pressuposto é a de apoio social percebido, que se refere à avaliação generalizada que o indivíduo faz dos vários domínios da sua vida em relação aos quais julga que é querido e que lhe reconhecem valor (Ribeiro, 1999).

Fornecer cuidados pode interferir com a capacidade do cuidador exercer as suas diversas funções. Ao alterar o seu estilo de vida, o cuidador poderá sofrer desgaste emocional, o que, consequentemente, pode acarretar uma diminuição dos cuidados prestados ao doente. Vários estudos (Durón & Martinez-Juárez, 2009; Taylor & Kurrent, 2003) referem vivências de desgaste emocional e física em cuidadores de crianças com HIV. Atualmente, o desgaste do cuidador é considerado um construto multidimensional, que identifica quatro dimensões: o físico, o psicológico, o social e o financeiro (Novak & Guest, 1989).

Considerar o bem-estar do cuidador, atendendo à sua qualidade de vida, à satisfação com o suporte social que percebem receber e ao seu desgaste emocional, são formas indirectas de garantir o bem-estar de quem tanto depende do cuidado de outrem.

O presente estudo tem como objetivos avaliar o desgaste emocional, a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social de um grupo de cuidadores de crianças e jovens com vírus da imunodeficiência humana (VIH) e perceber como se relacionam entre si estas variáveis. Estabelecemos como hipóteses que: (H1) a qualidade de vida dos cuidadores será tão melhor quanto maior for a sua satisfação com o suporte social percebido; (H2) se o desgaste emocional do cuidador for elevado, menor será a sua satisfação com o suporte social percebido e; (H3) quanto maior for o desgaste emocional do cuidador, pior será a avaliação que ele faz da sua qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 20 sujeitos cuidadores de crianças/jovens com VIH, infectadas por via perinatal, dos quais 17 são do sexo feminino. Em termos etários, os sujeitos têm entre 19 e 65 anos, sendo a média das idades de 42,65 anos de idade (DP=10,225). Os cuidadores são na sua maioria (75%) familiares biológicos dos seus cuidantes. Quanto às habilitações literárias, 15% da amostra tinha o 1.º Ciclo de escolaridade, 20% têm o 2.º Ciclo, igual percentagem têm o 3.º Ciclo, com o Ensino Secundário há 35% dos sujeitos e 10% têm estudos universitários. Todos os inquiridos moravam na região centro. A maioria dos cuidadores (55%) exerce uma actividade profissional. Relativamente ao estado civil, 50% dos sujeitos estão casados, 20% estão separados ou divorciados e 5% vive em união de facto, 10% são solteiros e 15% viúvos. Da amostra, até à data em que responderam aos questionários, 13 sujeitos estão afectados por uma doença crónica (12 tinham VIH). As crianças/jovens que são cuidadas pelos sujeitos da amostra variam, em termos etários, entre os 6 e os 17 anos, sendo a média das idades 10,50 anos (DP= 3,380).

Material

World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-Bref) - constitui uma medida genérica, multidimensional e multicultural da qualidade de vida que tem como base uma definição deste conceito como um construto subjetivo, multidimensional e constituído por dimensões positivas e negativas (Fleck, et. al, 2003).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) - desenvolvida e validada por Ribeiro (1999), avalia a satisfação que o indivíduo sente face ao suporte social percebido, proveniente de várias fontes, assim como em relação às actividades em que está envolvido.

Escala do Desgaste do Cuidador Familiar (EDCF)- é um instrumento que permite avaliar o desgaste associado à prestação assídua de cuidados informais, normalmente executada por familiares do indivíduo com uma condição médica crónica.

Procedimento

Foram estabelecidos como critérios para a seleção dos sujeitos a integrar a amostra ser cuidador primário de um cuidante com VIH com menos de 18 anos. Solicitou-se a colaboração aos cuidadores quando vinham acompanhar as crianças às consultas, momento em que se disponibilizaram a participar nesta investigação. Foi fornecida uma breve introdução explicativa sobre o estudo e seus objetivos. tendo, à posteriori, o preenchimento dos instrumentos sido assistido pelo investigador.

RESULTADOS

Qualidade de Vida

Através da leitura do quadro 1, pode-se verificar que o domínio da qualidade de vida com média mais alta é o domínio psicológico (67,50). A faceta da qualidade de vida geral foi de 52,50. Uma vez que os valores desta escala podem variar entre 0 e 100 e que quanto maior for o resultado maior será a qualidade de vida, pode-se concluir que o valor dos vários domínios desta amostra corresponde a uma demonstração média alta de percepção de qualidade de vida.

Quadro 1. Mínimos, máximos, médias e desvios-padrão dos domínios do WHOQOL-Bref dos cuidadores

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Físico	21,43	96,43	65,18	23,286
Psicológico	16,67	100,0	67,50	22,155
Relações sociais	16,67	100,0	64,58	24,164
Ambiente	18,75	96,88	60,16	19,916
Qualidade de vida geral	0,00	87,50	52,50	27,080

Suporte social

Quando foi avaliada a satisfação dos cuidadores com o suporte social percebido, o cálculo da média obtida da escala total foi de 49,85 com um desvio-padrão de 14,324 (cf. quadro 2). Uma vez que os valores desta escala podem variar entre 15 e 75 e que quanto maior for o resultado maior será a satisfação com o suporte social, pode-se concluir que o valor total da população da amostra corresponde a uma demonstração média alta de percepção de suporte social.

Desgaste emocional

No caso do desgaste emocional, para analisar os resultados desta escala foi calculada a percentagem dos valores da média de cada sub-escalas. Assim, pode-se concluir que a média desta

amostra tem um elevado crescimento pessoal (22,00), e que o desgaste subjectivo é ligeiramente alto (14,80) (cf. quadro 3).

Quadro 2. Mínimos, máximos, médias e desvios-padrão dos fatores do ESSS dos cuidadores (n=20)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Satisfação com os amigos	6,0	25,0	17,10	23,286
Intimidade	4,0	20,0	12,35	22,155
Satisfação com a família	3,0	15,0	11,30	24,164
Atividades sociais	3,0	15,0	9,10	19,916
Escala total	30,0	75,0	49,85	14,324

Desgaste emocional

No caso do desgaste emocional, para analisar os resultados desta escala foi calculada a percentagem dos valores da média de cada sub-escalas. Assim, pode-se concluir que a média desta amostra tem um elevado crescimento pessoal (22,00), e que o desgaste subjectivo é ligeiramente alto (14,80) (cf. quadro 3).

Quadro 3. Mínimos, máximos, médias, frequências relativas e desvios-padrão das escalas do EDCF (n=20)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Desgaste da relação	5,0	20,0	10,10	7,150
Desgaste objetivo	6,0	27,0	16,20	7,150
Desgaste subjectivo	5,0	24,0	14,80	6,764
Crescimento pessoal	8,0	30,0	22,00	5,262

Relações entre a qualidade de vida, o suporte social e o desgaste do cuidador

Foram encontradas correlações quase todas estatisticamente significativas entre a qualidade de vida geral e os seus domínios e as dimensões e o total do suporte social percebido. Apenas a dimensão “satisfação com a família” (cf. quadro 4) não se correlaciona significativamente com as dimensões da qualidade de vida. As correlações com significado estatístico, moderadas a altas sugerem que quanto melhor os cuidadores percebem o suporte social que recebem, melhor avaliam a sua qualidade de vida.

Quadro 4. Coeficiente de Spearman entre os domínios e para a qualidade de vida geral do WHOQOL-Bref e os fatores e resultado total do ESSS

	Satisfação com os amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais	Escala total
Físico	0,522*	0,564*	0,358	0,507*	0,586**
Psicológico	0,530*	0,678**	0,207	0,691**	0,629**
Relações sociais	0,609**	0,607**	0,265	0,539*	0,623**
Ambiente	0,694**	0,721**	0,280	0,783**	0,765**
Qualidade de vida geral	0,456*	0,633**	0,005	0,589**	0,535*

** Correlação significativa a 0,01

* Correlação significativa a 0,05

Para finalizar tentou-se perceber se existia alguma relação entre a satisfação com o suporte social dos cuidadores e o grau de desgaste que percepcionavam ter (cf. quadro 5). As correlações através do coeficiente de Spearman (ρ) apresentadas no quadro 6 revelam que: o desgaste da relação é menor quando os cuidadores têm uma boa percepção do suporte dado pelos amigos; que o desgaste subjetivo e objectivo tendem a ser menores quando os cuidadores percepcionam positivamente o suporte social recebido na sua intimidade e através das atividades sociais; e que o crescimento pessoal do cuidador aumenta, apenas quando aumenta a sua satisfação com o suporte social recebido da sua família.

Quadro 5. Coeficiente de Spearman entre as escalas do EDCF e os fatores e resultado total do ESSS (n=20)

	Satisfação com os amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais	Escala total
Desgaste da relação	-0,688**	-0,144	-0,329	-0,442	-0,551*
Desgaste objetivo	-0,410	-0,485*	-0,153	-0,607**	-0,545*
Desgaste subjetivo	-0,439	-0,746**	-0,132	-0,551*	-0,598**
Crescimento pessoal	0,302	0,097	0,455*	0,274	0,293

** Correlação significativa a 0,01

* Correlação significativa a 0,05

Em seguida tentou-se perceber se existia alguma relação entre a qualidade de vida dos cuidadores e o grau de desgaste que percepcionavam. Se analisarmos as correlações apresentadas no quadro 6, verificamos que quanto menores forem o desgaste subjetivo e objetivo dos cuidadores, mais elevada é a avaliação que fazem da sua qualidade de vida.

Quadro 6. Coeficiente de Spearman entre os domínios e para a qualidade de vida geral do WHOQOL-Bref e as escalas do EDCF (n=20)

	Desgaste da relação	Desgaste objetivo	Desgaste subjetivo	Crescimento pessoal
Físico	-0,349	-0,301	-0,494*	-0,085
Psicológico	-0,387	-0,526*	-0,644**	0,135
Relações sociais	-0,380	-0,501*	-0,500*	0,220
Ambiente	-0,446*	-0,474*	-0,571**	0,159
Qualidade de vida geral	-0,427	-0,565*	-0,699**	-0,020

** Correlação significativa a 0,01

* Correlação significativa a 0,05

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a qualidade de vida dos cuidadores de crianças e adolescentes com VIH é mediana tanto a nível físico, de relações sociais, psicológico e ambiental. Este resultado pode ser explicado pelo fato dos cuidadores não terem muito tempo para realizar atividades de lazer e muitos sofrerem de doenças crónicas, o que os fará ter um ambiente físico menos bom. A avaliação da satisfação com o suporte social dos cuidadores revelou que estes também estão medianamente satisfeitos com o suporte social que percepcionam receber ou que efectivamente recebem. Como já foi

referido por Wallander, Pih e Mellis (1990), o ato de cuidar faz com que os tempos livres diminuam, a situação profissional seja alterada, haja um aumento na sobrecarga financeira e uma forte sensação de isolamento.

A avaliação do desgaste emocional dos cuidadores, revelou existir um nível médio de desgaste subjetivo, objetivo, e de desgaste das relações. Em particular, o crescimento pessoal evidenciado pelos cuidadores foi elevado. Muitos cuidadores sentiam que a criança/adolescente a quem prestavam cuidados fazia exigências de cuidado e de atenção superiores ao que necessitavam. Ao nível do desgaste objetivo a média da amostra situa-se no nível médio, o que significa que a maioria da amostra tem um estado negativo que resulta na interferência da prestação de cuidados no tempo livre do cuidador. Em termos do desgaste subjetivo (que foi onde a amostra teve resultados mais elevados), os cuidadores apresentam um nível médio de desgaste. Este resultado faz-nos pensar que os cuidadores começam a sentir alguma interferência do cuidado que prestam com o seu bem-estar e as suas necessidades. Gerir as exigências e a responsabilidade do cuidado e de atenção que as crianças e os adolescentes em conjunto com as necessidades pessoais parece começar a provocar alguma tensão emocional. Isto pode acontecer uma vez que o cuidador geralmente é escolhido dentro do círculo familiar e, muitas vezes, a tarefa é assumida de maneira inesperada (Taub et al., 2004).

Foram encontradas evidências empíricas que confirmam a primeira hipótese. A literatura revista evidenciou que o suporte social é um importante recurso para as pessoas que cuidam de doentes crónicos, podendo predispor melhor a qualidade de vida, a partir dos bons relacionamentos e ajustamento positivo diante do sofrimento, com tendência ao optimismo ou positividade (Herek, 1990). Para a hipótese 2 apenas foi encontrado suporte empírico parcial. No desgaste objectivo, subjectivo e da relação quanto maior a satisfação com o suporte social, menor será o desgaste. Já Schoeder e Remer (2007) ao estudarem o papel do suporte social no desgaste emocional de cuidadores de crianças com Síndrome de Tourette, verificaram o primeiro moderava parcialmente o segundo, bem como a severidade dos sintomas do paciente.

Encontrou-se, igualmente, evidência empírica que suporta, parcialmente, a Hipótese 3 do estudo que postulava que quanto maior for o desgaste emocional do cuidador, pior será a avaliação que ele faz da sua qualidade de vida. Esta relação apenas se mostrou válida para o desgaste objectivo e subjectivo. Segundo Paúl (1997) os cuidadores que cuidam durante longos períodos sofrem alterações adversas a nível do desgaste emocional que vai conduzir a situações de baixa qualidade de vida.

Os cuidadores de crianças doentes têm sido descritos como isolados socialmente, quer em relação a fontes de apoio formal quer informal. Os cuidados prestados a crianças com diagnóstico de VIH implicam, muitas vezes, para o cuidador uma diminuição dos tempos livres, alterações na sua situação profissional, uma sobrecarga financeira e uma vivência de culpa e sensação de isolamento (Wallander, et al, 1990). Estes cuidadores podem, assim apresentar um risco elevado de desenvolver perturbações

ao nível da sua saúde mental e do seu bem estar psicológico (Monteiro, et al, 2002). À sua escala, os resultados encontrados constituem pistas válidas que reforçam a importância de investigar sobre as necessidades e o bem-estar de cuidadores de crianças e jovens com VIH e de as considerar quando se planeiam intervenções para melhorar o bem-estar destas crianças e jovens.

REFERÊNCIAS

- Deeken, J. F.; Taylor, K. L.; Mangan, P.; Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of pain and symptom management*, 26 (4), 922-952.
- Durón, R. M., & Martínez-Juárez, I. E. (2009). Síndrome de desgaste del cuidador: estamos ayudando?. *Revista medica das Honduras*, 77 (1), 43-44.
- Dyck, G.; Short, R., & Vitalino, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61 (4), 411-419.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). WHOQOL- OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.
- Kristjanson, L. J.; Atwood, J., & Degner, L. (1995). Validity and reliability of the family inventory of needs (FIN): measuring the care needs of families of advanced cancer patients. *Journal nursing measure*, 3 (2), 109-126.
- Monteiro, M.; Matos, A. P., & Coelho, R. (2002). A adaptação psicológica de mães cujos filhos apresentam paralisia cerebral: revisão de literatura. *Revista portuguesa de psicossomática*, 2 (4), 149-178.
- Montgomery, R. J. V.; Borgatta, E. F., & Borgatta, M. L. (2000). Societal and family change in the burden of care. In W. T. Liu & h. Kendig (eds.), *Who should care for the elderly? An east-west value divide* (pp. 27-54). New Jersey: World Scientific.
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*, 29, 798-803.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Edições Almedina.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise psicológica*, 3 (8), 547-558.
- Schoeder, C. E., & Remer, R. (2007). Perceived social support as a mediator of caregiver strain in caregivers of children with Tourette's disorder. *The Journal of Child and Family Studies*, 16(6), 888-901.

- Taub, A., Andreoli, S. B., & Bertolucci, P. H. (2004). Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Caderno de saúde pública*, 20(2), 372-376.
- Taylor, G. J., & Kurent, J. E. (2003). *A clinician's guide to palliative care*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Wallander, J.; Pitt, L., & Mellins, C. (1990). Child functional independence maternal and psychosocial stress as risk factors threatening adaptation in mothers of physically or sensorially handicapped children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58 (6), 818-824.

LIPODISTROFIA ASSOCIADA AO HIV: REFLEXÕES SOBRE AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE FRENTE ÀS INDICAÇÕES MÉDICAS

CLARISSA DOURADO, LUIZA FREITAS & GEORGES BORIS

A Aids passa a ser definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo uma doença crônica e isto se deve, segundo Alencar, Nemes e Velloso (2008), aos avanços da tecnologia médica no que diz respeito à produção e distribuição da Terapia Antirretroviral de Alta Potência (TARV), sendo o Brasil um dos países de referência no combate a Aids.

Em 2004, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) divulga no Brasil o Boletim Anual Anti-Aids, que tem como objeto de discussão a lipodistrofia que, de acordo com o documento referido é apontada como “mais um desafio a ser vencido”. A Síndrome Lipodistrófica, ou lipodistrofia, é definida pela literatura como alterações na distribuição da gordura corporal resultando em modificações na imagem do corpo e no metabolismo. No mesmo ano, o Ministério da Saúde do Brasil expediu a portaria nº 2.582 onde garante, através do SUS, a gratuidade dos procedimentos para o tratamento da lipodistrofia naqueles pacientes com Aids e usuários da terapia antirretroviral.

É sobre este ponto e o impasse que se apresenta às pessoas com Aids que este artigo pretende basear suas discussões e indagar acerca da autonomia e responsabilidade das pessoas que se encontram nessa situação. Para isso, utilizaremos as reflexões feitas por Ivan Illich (1975; 1986; 1990) e um de seus comentadores (Nogueira, 2003) para problematizar os efeitos da medicina sobre o paciente e a sociedade, a concepção de saúde e os conceitos de autonomia e responsabilidade.

No início da década de 70 chega ao Brasil a edição de “A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina”, livro escrito por Ivan Illich considerado como um dos maiores críticos de questões relacionadas à saúde. Na referida obra, o autor teve como objetivo chamar a atenção dos leitores para o fato de que a medicina moderna havia sido institucionalizada e constata que as consequências do exercício do saber médico seriam fruto tanto das intervenções médicas sobre os pacientes, como teriam repercussões em toda a sociedade, influenciando a concepção que se tinha de saúde. Illich (1975) afirma, então, que há uma medicalização da vida.

A fim de indicar de que forma a medicina tornou-se prejudicial à saúde, o autor apresenta o conceito de iatrogênese. Esta, considerada como uma epidemia que a medicina não pode curar, pois é ela mesma a responsável por seu aparecimento, pode ser compreendida através de três tipos: clínica, social e cultural.

A iatrogênese clínica resulta dos efeitos secundários dos tratamentos e intervenções médicas que através de diagnósticos, que muitas vezes são incertos e da repetição de procedimentos, não trazem para o sujeito a resolução de sua patologia, podendo causar mais danos, haja vista que muitos procedimentos não curam, podendo ter como resultado apenas uma “reconfiguração” da mesma, o que prolongaria o sofrimento fazendo com que sejam necessários outros tratamentos para que o paciente suporte as intervenções médicas.

Entretanto, como anunciado anteriormente, os efeitos nocivos da medicina não ocorrem somente através da realização de procedimentos e técnicas, mas pelo impacto que o saber médico tem sobre a sociedade. A iatrogênese social é, segundo Illich (1975), “o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta” (p. 31). Fazem parte deste contexto o crescimento da indústria farmacêutica, o avanço da tecnologia médica - fazendo com que as pessoas desejem e pensem ser necessário ter acesso aos vários produtos oferecidos para obter saúde, uma “medicalização da prevenção” (Illich, 1975, p. 48), o diagnóstico precoce e a classificação dos indivíduos em categorias.

Compreendendo que a forma como os homens se comportam está fundida na cultura e que é ela a responsável, entre outras coisas, em definir a concepção que temos de saúde, o terceiro tipo de iatrogênese, chamado de cultural, se configura, de acordo com o autor, a partir do desenvolvimento da medicina moderna que ameaça “o poder gerador de saúde inerente a toda cultura tradicional” (Illich, 1975, p. 102), afetando aspectos referentes às antigas tradições e que sustentavam as ações dos indivíduos e a forma como lidavam com as doenças, a dor e a morte.

No pensamento de Illich (1975), a proliferação dos profissionais e de seus serviços não é prejudicial apenas porque a medicina produz danos orgânicos ou alcança aspectos funcionais, mas porque produz dependência. Esta, segundo o autor, acaba por fortalecer a ocupação de uma posição apassivada, estando sempre submetido ao saber médico.

A constatação de que a medicina moderna produz dependência é, concordando com Nogueira (2003), o ponto chave da crítica feita por Illich (1975) neste primeiro momento. Tal dependência se sustenta no monopólio que os profissionais de saúde exercem sobre a sociedade e na confiança que a sociedade leiga deposita nos médicos. (Illich, 1975; Nogueira, 2003)

Neste ponto, podemos iniciar a discussão acerca de dois conceitos que estão presentes ao longo de todo o livro publicado em 1975 e que perpassam as três maneiras de se pensar a iatrogênese, quais sejam: a autonomia e a responsabilidade. Tais conceitos não se encontram precisamente definidos no

discurso de Illich (1975), mas pensamos ser possível traçar algumas considerações sobre eles, convocando, quando preciso, um de seus comentadores.

Ao longo da primeira crítica que Illich (1975) dirige à saúde e à prática médica, a concepção de autonomia, já no começo do livro, é apontada como a condição fundamental para que se tenha saúde. Nas palavras do autor:

Trata-se de convencer os médicos, mas antes de tudo os seus clientes, de que, acima de determinado nível de esforços, a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou de indivíduos, reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal. (Illich, 1975, p. 09)

Illich (1975) usa a expressão “autonomia biológica dos indivíduos” (p.32) associando-a a saúde. É que, para o autor, ser autônomo é ter a capacidade de lidar com a doença, a dor e a morte lançando mão o menos possível das técnicas médicas. Por isso, se se quer diminuir os efeitos nocivos resultantes da medicina, deve-se buscar uma convergência entre os meios heterônomos e autônomos de saúde. A produção autônoma está relacionada à produção de “bens de uso”, ou seja, artificios e bens produzidos pelas populações a fim de facilitar ou colaborar com a vida em comunidade que tem como contrário a produção heterônoma, que está relacionada aos produtos e técnicas elaborados por grandes instituições que obedecem à lógica de mercado. Segundo o autor, o problema encontra-se no fato destas duas formas de produzir não conseguirem se complementar, quando o necessário seria que houvesse um equilíbrio entre elas, já que Illich (1975) acredita que as pessoas possuem capacidades individuais as quais nem o melhor médico seria capaz de saber.

Segundo Nogueira (2003), de maneira geral, a autonomia em Illich se dá com base em três aspectos: está inserida numa dimensão política, onde saúde constitui a liberdade dos cidadãos para cuidar de si e daqueles dos quais é próximo; numa dimensão moral, relacionada à responsabilidade e à vontade de agir sendo racional e prudente, atuando de forma a preservar a sua saúde e a do outro; e envolve o que o referido autor chama de “uma concepção agonística do ‘poder autônomo de lidar’” (p. 46), onde se tem uma ideia de que a saúde se mantém por ela mesma através da capacidade de desafiar e enfrentar as dificuldades. Em suma, a autonomia em Illich (1975) citado por Nogueira (2003) “é também a condição de uma capacidade moral individual que dá margem à responsabilidade do cidadão para cuidar de si e dos que lhe cercam, coisa que ameaça ser extirpada ou expropriada pela medicina e pela saúde pública burocratizadas [...]”. (p. 45)

Quando falamos de saúde não nos referimos apenas ao bom funcionamento das funções orgânicas, mas também a aspectos psicológicos e sociais. A saúde, de acordo com Nogueira (2003), não é entendida como um dom, mas sim como uma virtude. Em uma tradução de um trecho da edição americana da “Nêmesis da Medicina” de 1976, o conceito de saúde é apresentado por Illich como

sendo uma tarefa pessoal e “designa o processo pelo qual cada pessoa é responsável, mas só em parte responsável diante dos demais. Ser responsável pode significar duas coisas. Um homem é responsável pelo que fez e responsável por outra pessoa ou grupo.” (p. 41)

Illich (1975) afirma que o doente “tornou-se alguém de quem aos poucos se retira toda a responsabilidade sobre sua doença. Ele não é considerado responsável pelo fato de ter caído doente, não sendo capaz de recobrar a saúde por si mesmo”. (pp.57-58) Segundo o autor, esta isenção de responsabilidade ocorre após o diagnóstico ou a emissão de um laudo, que fazem com que o paciente passe a ser um “portador de anormalidade”, estando nas mãos dos médicos a capacidade de livrá-lo deste mal. Tal atitude, como podemos perceber a partir do que foi dito pelo autor, enfraquece a possibilidade que o indivíduo tem de lidar ou, como dissemos anteriormente, de se livrar de alguma doença, colocando-o numa posição mistificada onde o paciente não tem voz, encontrando-se em uma posição passiva.

Em pacientes com HIV/Aids, percebemos que a forma de agir se dá de forma oposta ao que foi dito acima. Após o diagnóstico de HIV, o paciente é convocado, através dos discursos educativos de prevenção e promoção de saúde a assumir, agora mais do que antes, uma responsabilidade sobre sua saúde e, principalmente sobre a saúde das outras pessoas com as quais se relaciona. No caso da lipodistrofia como seria feita essa convocação a responsabilidade?

Na década de 80, Illich (1986), em uma conferência, retoma e reavalia, mas sem desconsiderar, as primeiras críticas que fez à medicina e a indicação dos três tipos de iatrogenese. Neste segundo momento, que ocorre uma década após a publicação de “Nêmesis da Medicina”, o autor suspeita, que mais do que a medicina, o agente patogênico é a busca por um corpo saudável. Neste período, Illich (1986), passa a considerar a história do corpo e os discursos que o definem como importante objeto de estudo, atribuindo como deficiência de sua primeira análise não ter observado o contexto histórico e a influência da medicina na constituição da percepção do corpo.

Illich (1986) afirma, então, que, ao estudar e discutir as iatrogeneses em sua primeira obra deixou escapar “um efeito iatrogênico simbólico muito mais profundo – a iatrogenese do próprio corpo” (Twelve years after medical nemesis, para. 6). Nesta forma de iatrogenese, onde o poder da medicina de ditar a forma como se comportar entra em declínio, o estilo de vida desejado se funda nas informações divulgadas pela mídia acerca das novas tecnologias que incentivam as práticas de autocuidado e a valorização de uma imagem corporal que deverá transparecer saúde.

“Durante os anos sessenta a medicina era proeminente em determinar o que era o corpo e como deveria se sentir. Durante os anos setenta ela começou a dividir o poder de objetivar as pessoas com outros agentes. De uma empresa que objetiva as pessoas como corpos ou psiques surgiu um novo modelo que engendra pessoas que objetivam a si mesmas: que concebem a si mesmas como ‘produtoras’ de seus corpos”. (Illich, 1986)

Baseados nos discursos culturais de cuidado com o corpo, da dominação da ideia de ser capaz de fazer todas as atividades por conta própria, indo ao médico somente quando necessário, nos dá, inicialmente, a sensação de que pode haver, finalmente, uma autonomia. No entanto, somos alertados que essa suposta autonomia ou “pseudo-autonomia” pode ser iatrogênica, fazendo com que o sujeito também corra o risco de uma dependência de tais cuidados, pois ainda que o paciente aja a “revelia” do saber médico, ele acaba ingenuamente acreditando e se submetendo a outros tipos de discurso, como o propagado pela mídia, por exemplo, possibilitando a entrada da saúde por outra via que não a medicina, mas “também o acesso através cultura do corpo, cada vez mais influente, cultura da qual os médicos são apenas uma reduzida fração entres seus inumeráveis protagonistas”. (Nogueira, 2003, p. 59)

É a partir da “cultura do corpo” que a lipodistrofia pode ser pensada, pois os efeitos da síndrome atingem a imagem do corpo que, em nossa cultura ocidental e principalmente na cultura brasileira, é cada vez mais valorizado. Segundo Ivia Markud (ABIA, 2004), no caso da lipodistrofia, assim como outras “doenças do corpo” podem fazer com que uma pessoa seja “inaceitável” por não estar dentro de um padrão nacional de como deve ser esse corpo. A autora lança então a seguinte questão: “o corpo lipodistrófico é um ‘corpo marcado’, que apresenta uma ‘diferença’. O que fazer com ela?” (p. 11). E diante disso podemos indagar se quando ser saudável implica em não caber nos moldes oferecidos pela sociedade, é possível agir de forma autônoma e responsável, buscando maneiras de viver que não estejam perpassadas por um discurso médico ou cultural, buscando uma forma de viver que escape aos possíveis efeitos iatrogênicos?

Em uma conferência proferida em 1990, Illich afirma que “a responsabilidade é agora uma ilusão. Nesse mundo, ‘ser saudável’ está reduzido ao usufruto de diferentes técnicas, à proteção ambiental e à adaptação às consequências das técnicas; inevitavelmente, essas coisas constituem privilégios” (p.02).

No que concerne às questões postas acerca da possibilidade de um posicionamento autônomo frente ao discurso médico e as determinações culturais que, em nosso tempo, valorizam o uso dos mais diversos recursos e técnicas que objetivam reduzir ao máximo as desigualdades, devolvendo ao padrão aqueles corpos “marcados” e apontados como “diferença”, nos remetemos aos estudos de Silveira (2005; 2007) que trabalha, a partir de Foucault e Merleau-Ponty, as noções de corpo objetivado e corpo próprio, respectivamente.

De acordo com o autor acima referido, em Foucault o corpo é pensado como estando submetido “a processos múltiplos de constituição histórica” e se encontra enredado, sujeito a tensões e relações entre os saberes e os poderes (Silveira, 2007). Compreende-se o corpo, dentro da genealogia foucaultiana, como algo concreto, assujeitado e produzido nas relações de saber/poder. Em contrapartida, o pensamento de Merleau-Ponty, que toma como foco a “experiência sensível imanente à corporeidade, como uma região de sentidos que não se limita a seus significados histórico-culturais

porque representa nossa abertura ao Ser em geral. É o que ele denominava de região do Ser bruto”. (Silveira, 2007, p. 363)

Ao final deste artigo, considerando os aspectos discutidos acerca da responsabilidade e da autonomia em pessoas com lipodistrofia associada à Aids, as discussões feitas por Silveira (2005; 2007) cabem na medida em que nos questionamos se as pessoas que fazem tratamento com antirretrovirais e que são diagnosticadas com síndrome lipodistrófica, teriam seus corpos objetivados, assujeitados ao uso de técnicas e prescrições para corrigi-los, a fim de se “encaixar” na sociedade, podendo, nesse ponto, estar próximo aos possíveis efeitos iatrogênicos. Caberia, também, indagar em que medida seria possível, através do pensamento de Merleau-Ponty, que compreende o corpo próprio como o lugar de origem dos “corpos científicos” bem como os “corpos cotidianos” e onde é possível que surjam as outras formas de corporeidade, sendo considerado, por isso, como uma “instância de brotamento e germinação” (Silveira, 2005, p. 92).

Então, nesse contexto em que as pessoas diagnosticadas com lipodistrofia associada à Aids são apresentadas ao anunciado impasse frente às práticas de autocuidado, os autores referidos e convocados a se posicionarem acerca da autonomia e da responsabilidade, ainda que apresentem diferenças em seus posicionamentos, trariam contribuições para um futuro desdobramento deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Alencar, T. M. D., Nemes, M. I. B., Velloso, M. A. (2008). Transformações da “AIDS aguda” para a “AIDS crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (6), 1841-1849.
- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. (2004). *Boletim internacional sobre prevenção e assistência à Aids*. Recuperado do site: http://www.abiaids.org.br/_img/media/aaa51.pdf
- Illich, Ivan (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Illich, Ivan (1986). Twelve years after medical nemesis: a plea for a body history. In: Illich, Ivan (1992). *In the mirror of the past, lectures as addresses*, (pp.1978-1990). (Paginação irregular). New York: Marion Boyars.
- Illich, Ivan (1990). Saúde como responsabilidade de cada um – não, obrigado! (Discurso proferido em Hannover. Alemanha, 14 de setembro de 1990. Tradução do alemão para o inglês por J. Mason. Editado por L. Hoinacki. Tradução do inglês para o português por R. Nogueira). Recuperado de <http://www.cebes.org.br/media/File/Ivan%20Illich%20Sade%20como%20responsabilidade.pdf>
- Nogueira, Roberto P. (2003). *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare.

- Silveira, F. A. (2005). *Corpos sonhados-vividos: a noção de corpo em Foucault e Merleau-Ponty*. 2005, 223f. Tese de doutorado não publicada, Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo.
- Silveira, F. A. (2007). Corpos invasivos e violentos: subjetivação e incorporação dos sentidos em Foucault e Merleau-Ponty. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 7(2),353-384, . Recuperado de: https://www.unifor.br/joomla/joomla/images/pdfs/pdfs_notitia/1845.pdf.

ENVOLVIMENTO PATERNO EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: ASSOCIAÇÕES COM O STRESS E AUTO-EFICÁCIA PARENTAL

MARIANA DUARTE & ISABEL LEAL

A estrutura familiar tradicional sofreu grandes mutações (devido a várias mudanças sociais, tais como o aumento das taxas de divórcio, das taxas de gravidez fora do casamento e a inserção da mulher no mercado de trabalho a uma maior escala), o que levou não só a uma readaptação dos papéis dos pais como também das mães, e respectiva alteração das suas expectativas e responsabilidades para com a criança (Cabrera, 2010). Emergiu, assim, uma nova dinâmica familiar na qual os cuidados e educação dos filhos já não eram da inteira responsabilidade da mãe, como acontecera até então (Schoppe-Sullivan, McBride, & Ho, 2004).

O construto de envolvimento paterno surgiu, na literatura sobre parentalidade, por volta dos anos oitenta. Lamb, Pleck, Charnov e Levine (1987) propuseram um modelo que permite estudar o envolvimento paterno, distinguindo três componentes do mesmo: interacção directa (tempo passado em interacção com a criança, seja nos cuidados ou lazer), acessibilidade (pressupõe a disponibilidade do pai para a criança) e responsabilidade (tarefas essenciais ao bem-estar, cuidados e segurança da criança). Contudo, segundo Radin (1994) para um bom entendimento do envolvimento paterno é necessário, paralelamente ao estudo do envolvimento absoluto, considerar o envolvimento relativo sendo que, no primeiro, se considera apenas o pai; e no segundo se compara o envolvimento das várias figuras prestadoras de cuidado. As investigações realizadas sugerem que apesar de os pais se mostrarem acessíveis no quotidiano da criança e se considerarem envolvidos, a mãe ainda continua a ser a principal prestadora de cuidados (Simões, Leal, & Maroco, 2010a) assim como assume maior responsabilidade neste cuidado (Habib & Lancaster, 2005).

O envolvimento paterno é um construto multideterminado, sabendo-se que sofre influências de vários factores (ver Belsky, 2005). Lamb et al (1985) e Belsky (2005) alertam para o facto de ser necessário analisar o stress parental por forma a uma melhor compreensão do envolvimento paterno. A parentalidade pode, por si só e em circunstâncias normais, acartar numerosos eventos stressantes, dada a necessidade dos progenitores responderem, de forma competente, às necessidades dos seus filhos

(Rodrigo, Martin, Cabrera & Máiques, 2009), nas famílias de crianças com deficiência as dificuldades no papel parental são ainda mais pronunciadas, dadas as limitações funcionais e de dependência prolongada da criança e as exigências e factores de stress adicionais que advêm da sua condição (Lin, 2000), tornando-se assim o estudo do stress nestas famílias bastante pertinente. Por outro lado, pais com mais confiança nas suas competências para educar uma criança envolvem-se mais e são mais responsáveis nas suas tarefas parentais (Sanderson & Thompson, 2002), e a auto-eficácia paterna tem sido identificada como estando associado ao envolvimento no cuidado aos seus filhos (Ehrenberg, Gearing-Small., Hunter & Small, 2001).

Assim, o objectivo deste estudo é explorar a percepção de envolvimento de pais de crianças com paralisia cerebral, bem como o stress e auto-eficácia parental experienciados. Os resultados são comparados com um grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por dois grupos, sendo um deles composto por pais de crianças com paralisia cerebral, utentes do Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (Grupo 1, n=29) e outro por pais de crianças com desenvolvimento normativo (Grupo 2, n=31). O grupo de pais de crianças com paralisia cerebral é constituído por 29 pais, com idades entre os 24 e os 52 anos ($M = 38,03$; $DP = 6,16$). Ao nível das habilitações académicas, verifica-se que 34,5% dos pais possui o Ensino Básico, 31% possui o Ensino Secundário e 34,4% possui o Ensino Superior. A maioria das crianças é do sexo masculino (65.5%) e tem idades compreendidas entre os 2 e os 12 anos ($M=7.48$; $DP=3.17$). A forma clínica de Paralisia Cerebral prevalente na amostra é a forma espástica (58.6%). Relativamente à percepção da gravidade da deficiência motora, 41.4% dos pais percepciona como severa, 27.6% como moderada e 24.1% como ligeira. No que diz respeito ao Grupo 2 este é constituído por 31 pais de crianças com desenvolvimento normativo, cujas variam entre os 29 e os 53 anos ($M = 39,35$; $DP = 7,37$). Relativamente às habilitações académicas, 54,9% dos sujeitos possui o Ensino Superior, 29% o Ensino Secundário e 16,1% possui apenas o Ensino Básico. Relativamente às crianças, as suas idades variam entre os cinco e os nove anos ($M = 6,77$; $DP = 1,71$), sendo que 15 destas são do sexo masculino (48,4%) e 16 do sexo feminino (51,6%).

Material

Questionário Sócio-Demográfico. Pretendia aferir dados relativos à idade do pai, habilitações académicas, profissão, idade da criança, género, forma clínica da paralisia cerebral e percepção da gravidade da deficiência motora (Grupo 1)

Escala de Envolvimento Paterno. Versão adaptada e validada para a população portuguesa do *Paternal Involvement In Child Care Index* (PICCI, Radin, N., 1982), por Simões, Leal, e Maroco (2010b). O seu objectivo é avaliar a percepção paterna da frequência de participação nas diferentes situações relacionadas com o dia-a-dia familiar e nos cuidados e educação da criança (Simões, Leal, & Maroco, 2010). A escala é constituída por 20 itens, sendo a sua estrutura relacional explicada por quatro factores: Cuidados, Disponibilidade, Presença e Disciplina.

Escala de Stress Parental. Desenvolvido por Berry & Jones (1995) e adaptado para a população Portuguesa por Mixão, Leal, e Maroco (2005), é constituída por 17 itens que têm como objectivo avaliar os níveis de stress percebidos pelos sujeitos no desempenho do seu papel parental.

Escala de Auto-eficácia Parental. Desenvolvida no âmbito da presente investigação por Leal, Lopes, e Duarte, é uma escala constituída por 4 itens que pretendem avaliar se os pais acreditam possuir as competências parentais para desempenhar o seu papel parental e se sentem que desempenham esse papel com sucesso.

Procedimentos

A recolha da amostra do grupo de pais de crianças com paralisia cerebral realizou-se no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (C.D.C), no Hospital Garcia de Orta. As escalas foram aplicadas aos pais, quando acompanhavam os filhos à Consulta, após lhes ter sido garantido o anonimato e confidencialidade das suas respostas.

A recolha de dados relativa ao grupo de pais de crianças com desenvolvimento realizou-se numa unidade de Educação da Câmara de Lisboa, e junto de pais de crianças conhecidos ou por processo “bola de neve”, garantindo-se sempre a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

Relativamente aos factores sócio-demográficos estudados, a idade do pai revelou ter uma associação inversa e estatisticamente significativa com os Cuidados prestados ($r = -0.29$; $p < 0.05$) e com a Disponibilidade ($r = -0.28$; $p < 0.05$). Relativamente às Habilitações Académicas do pai, foi apenas encontrada uma associação inversa e estatisticamente significativa com a dimensão Presença ($r = -0.29$; $p < 0.05$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas várias dimensões consoante o género da criança (Cuidados $U = 362.00$; $W = 687.00$; $p = 0.33$; Disponibilidade $U = 408.00$; $W = 733.00$; $p = 0.79$; Presença $U = 418.00$; $W = 769.00$; $p = 0.718$; Disciplina $U = 392.00$; $W = 987.00$; $p = 0.45$).

Ao nível das diferenças no envolvimento paterno entre pais de crianças com paralisia cerebral e pais de crianças com desenvolvimento normativo, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas no envolvimento paterno ($t(56) = -2.18$; $p = 0.033$), sendo este superior no grupo de pais

de crianças com paralisia cerebral ($M=3.67$; $DP=0.54$), comparativamente ao grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo ($M=3.35$; $DP=0.57$). As diferenças no envolvimento paterno revelaram-se nas dimensões Cuidados ($U=221$; $W=686$; $p=0.00$) e Presença ($U=316.5$; $W=883.5$; $p=0.05$), apresentando o grupo de pais de crianças com paralisia cerebral um maior envolvimento nestas dimensões (Média das Ordens Cuidados = 37.78; Média das Ordens Presença = 35.09) comparativamente aos pais de crianças com desenvolvimento normativo (Média das Ordens Cuidados = 22.87; Média das Ordens Presença = 26,21). A percepção da gravidade da deficiência motora da criança revelou influenciar o envolvimento do pai, especificamente ao nível da Disponibilidade ($U=43.00$; $W=121.00$; $p=0.02$), e Disciplina ($U=50.00$; $W=128.00$; $p=0.05$), apresentando o grupo de pais com percepção da gravidade da deficiência ligeira e moderada um maior envolvimento (Média das Ordens Disponibilidade=17.13; Média das Ordens Disciplina = 16.67) comparativamente aos pais que percepcionam a deficiência motora do filho como severa (Média das Ordens Disponibilidade = 10.08; Média das ordens Disciplina = 10.67).

Observou-se que, em ambos os grupos, os pais consideravam a mãe como principal prestadora de cuidados da criança, seguida de professores e, apenas depois, eles próprios. No entanto, os pais de crianças com paralisia cerebral percepcionam-se como passando mais tempo como cuidador primário da criança ($M=23.30$; $DP=14.11$) quando comparados aos pais de crianças com desenvolvimento normativo ($M=18.04$; $DP=9.06$) .

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que concerne aos níveis de stress e de auto-eficácia parental experienciados pelos pais.

Por fim, a análise correlacional encontrou uma associação directa e estatisticamente significativa entre Envolvimento Paterno e Auto-Eficácia ($r=0.65$; $p=0.000$).

DISCUSSÃO

A associação inversa encontrada entre a idade do pai e os cuidados prestados à criança e a sua disponibilidade pode dever-se ao facto de pais mais velhos poderem ter uma visão mais tradicional do papel do pai, tal como sugerido por Monteiro et al (2010). A associação inversa encontrada entre as habilitações académicas e a presença do pai, poderá provir das maiores exigências profissionais que pais com mais habilitações tipicamente enfrentam.

Ambos os grupos de pais se percepcionam envolvidos com a criança, maioritariamente nas dimensões Presença e Cuidados, indo ao encontro do “Novo ideal de paternidade” (Lamb, 2010) vigente desde os anos setenta, no qual o pai, outrora incumbido apenas de funções de sustento, participa agora activamente e em conjunto com a mãe nas tarefas relativas ao cuidado e educação da criança (Lamb, 2010). No entanto, continua a ser a mãe a principal prestadora de cuidados da criança.

Os resultados encontrados relativamente ao Envolvimento Paterno de pais de crianças com deficiência, vão ao encontro de investigações anteriores, que referem que os pais estão envolvidos em tarefas de alimentação e educação da criança (Simmerman, Blacher, & Baker, 2001), apesar de, à semelhança dos pais de crianças com desenvolvimento normativo, continuar a ser a mãe a principal cuidadora (Carpenter & Towers, 2008). Os pais de crianças com paralisia cerebral parecem ser mais envolvidos do que os pais de crianças com desenvolvimento normativo, em especial nos Cuidados prestados à criança e ao nível da sua presença junto da criança e no ambiente familiar. Tal pode dever-se, ao facto de uma criança com paralisia cerebral apresentar mais limitações funcionais (Lin, 2000) e, necessitar até, em determinados casos, da presença constante de um cuidador (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein, Bax, Damiano, Dan, & Jacobson, 2007). Os pais de crianças com paralisia cerebral que percebem a deficiência motora do seu filho como ligeira ou moderada revelam um maior envolvimento nas dimensões Disponibilidade e Disciplina. Pode colocar-se a hipótese de, nos pais de crianças com deficiência grave, a adaptação e aceitação da doença da criança se revelar mais difícil, pelo que estes, ao experienciarem maiores exigências, podem sentir uma maior dificuldade em fazer-lhes face e, por isso, utilizar mecanismos de *coping* de evitamento que os levam a reduzir a sua disponibilidade. Por outro lado, sabe-se que ainda está muito vigente na sociedade contemporânea a crença de que a deficiência é uma tragédia pessoal (Woolfson, 2004), o que poderá influenciar a forma como estes pais percebem o seu papel e assim, sentirem que devem compensar a criança pela sua deficiência o que os leva a serem mais renitentes em utilizar a disciplina nas suas práticas educativas.

O presente estudo encontrou apenas uma associação directa e moderada entre a Auto-Eficácia Paterna e o Envolvimento do pai tal como em estudos anteriores (Ehrenberg, Gearing-Small, Hunter, & Small, 2010), indicando que a Auto-Eficácia Paterna parece ser um dos factores que parece influenciar significativamente o envolvimento do pai uma vez que, ao sentir que possui as competências necessárias para fazer face às necessidades e exigências da condição da criança, se sente mais motivado para se envolver activamente, e persistir neste papel (Jacobs & Kelley, 2006).

Como limitações deste estudo apontamos o facto de termos uma amostra reduzida e de os dois grupos de pais não serem completamente homogéneos. Salienta-se a importância de estudos futuros analisarem o Envolvimento Paterno de crianças com deficiência, em caso de separação do casal, uma vez que estes casais ficam frequentemente pouco tempo juntos ((Foundation for People with Learning Disability, 2007) e analisar a percepção do papel de pai em pais de crianças com deficiência e as práticas parentais utilizadas.

REFERÊNCIAS

- Belsky, J. (2005) Social-contextual determinants of parenting. In: R.E. Tremblay, R.G.Barr, R.DeV. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*.

- Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 1-6. Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472.
- Cabrera, N. (2010). Father involvement and public policies. In. Lamb. *The role of the father in child development (5th ed.)*, 17-550. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Carpenter, B., & Towers, C. (2008). Recognising fathers: the needs of father of children with disabilities. *Support for learning*, 23(3), 118-125.
- Ehrenberg, M.F., Gearing-Small, M., Hunter, M.A., & Small, B.J. (2001). Childcare task division and shared parenting attitudes in dual-earner families with young children. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 50, 143-153.
- Foundation for People with Learning Disabilities (2007). Recognising Fathers: understanding the issues faced by fathers with a learning disability. London: Foundation of People with Learning Disability.
- Habib, C., & Lancaster, S. (2005). The transition to fatherhood: the level of first-time fathers' involvement and strength of bonding with their infants. *Journal of family studies*, 246-266.
- Jacobs, J. N., & Kelley, M. L. (2006). Predictors of paternal involvement in childcare in dual-earner families with young children. *Fathering*, 4(1), 23-47.
- Lamb, M., Pleck, J., Charnov, E., & Levine (1985). Paternal behaviour in humans. *American Zoologist*, 25, 883-894
- Lamb, M.E., Pleck, J.H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In J. Lancaster, J. Altmann, A. Rossi, & L. Sherrod (Eds.), *Parenting across the lifespan: Biosocial dimensions* (pp. 111-142). New York: Aldine de Gruyter
- Lamb, M. (2010). *The role of the father in child development (5th ed)*. New Jersey: John Wiley and & Sons.
- Leal, I. & Maroco, J. (2009). *Avaliação em parentalidade e sexualidade*. Porto: Livpsic.

- Lima, J. (2008). O tempo e forma de envolvimento do pai em tarefas de socialização dos filhos em idade pré-escolar. In P. Martins, *Infâncias possíveis, mundos reais*, (pp.1-15).
- Lin, S. (2000) Coping and adaptation in families of children with cerebral palsy. *Exceptional Children*, 66, 201–218.
- Monteiro, L., Fernandes, M., Veríssimo, M., Pessoa e Costa, I., Torres, N., & Vaughn, B. (2010). Perspectiva do Pai acerca do seu Envolvimento em Famílias Nucleares . Associações com o que é desejado pela Mãe e com as Características da Criança. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 120-130.
- Radin, N. (1982). *Paternal Involvement in Child Care Index*. Ann Arbor: University of Michigan School of Social Work.
- Radin, N. (1994). Primary-caregiving fathers in intact families. In A.E. Gottfried & A.W. Gottfried (Eds.), *Redefining families: Implications for children's development* (11-54). New York: Plenum Press
- Reece, S. M., & Harkless, G. (1998) Self-efficacy, stress, and parental adaptation: applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*, 4, 198–215.
- Rodrigo, M.J., Martín, J.C., Cabrera, E., & Máiquez, M.L (2009). Competencias parentales y familias en situación de riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18, 2, 113-120.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B., & Jacobsson, B. (2007) A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 8–14.
- Sanderson, S., & Thompson, V.L.S. (2002). Factors associated with perceived paternal involvement in childrearing. *Sex Roles*, 46, 99-111.
- Schoppe-Sullivan, S. J., McBride, B. A., & Ho, M. R. (2004). Unidimensional versus multidimensional perspectives on father involvement. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice*, 2, 147-164.

- Sevigny, P., & Loutzenhiser, L. (2009). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: care, health and development*, 36(2), 179-189.
- Simmerman, S., Blacher, J., & Baker, B. (2001). Fathers' and mothers' perceptions of father involvement with young children with a disability. *Journal of Intellectual Development Disability*, 26, 325-338.
- Simões, R., Leal, I., & Maroco, J. (2010a). Envolvimento paterno de pais de crianças em idade escolar. In I. Leal, & P. R., *Psicologia da saúde- Sexualidade, Género e Saúde* (pp. 205-214). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Simões, R., Leal, I., & Maroco, J. (2010b). *Escala de envolvimento paterno: Estudo da validação de um instrumento*. Lisboa: Placebo Editora
- Woolfson, L. (2004). Family well-being and disabled children: A psychosocial model of disability-related child behavior problems. *British Journal of Health Psychology*, 9, 1-13.

LOS ACUERDOS REEDUCATIVOS COMO INSTRUMENTO PREFERENTE DE RESOLUCIÓN DE LAS SITUACIONES DE INDISCIPLINA ESCOLAR

FRANCISCO ALONSO DUEÑAS & JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ

1. Consideraciones previas.

a. Una Medida dentro de un proyecto global. Los acuerdos reeducativos son una medida educativa contemplada en la legislación * vigente, que solo tienen sentido dentro de un contexto global de tratamiento de la convivencia y de atención a la diversidad en el Proyecto Educativo de Centro. Se pueden encuadrar dentro de las acciones relacionadas con la convivencia, porque en ellos se aplican técnicas íntimamente relacionadas con la ayuda y la mediación y porque en sí representan un acto de generosidad, de atención a alumnos que se encuentran en una situación de riesgo escolar, bien a nivel de rendimiento o de comportamiento y son una medida de atención a la diversidad más que, si no van acompañados de otras medidas de refuerzo educativo, tienen una alta probabilidad de fracasar.

b. Acuerdo. Como su propio nombre indica suponen un esfuerzo de acuerdo y de consenso entre todos los agentes que intervienen en el proceso educativo del alumno: Los profesores, la familia, el propio alumno, el tutor ordinario y el de convivencia, El orientador, los Jefes de Estudios y el Director. Todos ellos juegan un papel importante en el proceso y sólo su acción coordinada garantiza el éxito del mismo.

c. Reeducativo. El término de reeducativo a mi juicio es poco acertado, porque introduce dos matices , que pueden resultar contraproducentes, sobre todo en la iniciación del proceso:

- Hablar de reeducar de alguna manera presupone que el alumno goza de una mala educación, lo que suele ser interpretado como un elemento acusador hacia el alumno y su familia, y, si bien es verdad que el alumno tiene dificultades, verbalizarlo puede producir un efecto negativo, especialmente en esos momentos iniciales en los que existe una elevada sensibilidad en él y su familia.

- También incita a dotar de un excesivo protagonismo al centro, que no es real y que es contrario al propio sentido del acuerdo. El centro sólo se encarga de gestionar el proceso, pero no reeduca, es el alumno el que, cumpliendo lo acordado con la ayuda de todos, corrige su actitud, sus hábitos de trabajo y su comportamiento y por lo tanto él debe ser el verdadero protagonista.

2. Principios.

Entre las cuestiones que más influyen en la eficacia de los acuerdos se encuentran éstas que enunciamos a modo de decálogo de principios:

1) La voluntariedad. No todos los acuerdos que se firman tienen el mismo grado de voluntariedad para todas las partes. A veces la excesiva presión de alguna de ellas hace que la otra firme a regañadientes y eso incide inevitablemente en su grado de compromiso y de responsabilidad. Por ejemplo una excesiva presión de la Jefatura de Estudios a la hora de hacer la propuesta puede propiciar una escasa implicación de los profesores o el tutor de mediación. Y una presión excesiva por parte de los adultos para convencer al alumno de que firme el acuerdo le quitará fuerza y motivación para cumplirlo. El acuerdo tiene que gozar por ello de un fuerte equilibrio de consenso.

2) La perspectiva de éxito, la viabilidad. Suele ser habitual que tras la primera entrevista, el alumno, deseoso de salir de ese pozo de desmotivación en que se encuentra y de agradar a sus padres y profesores, esté dispuesto a firmar todo lo que se le ponga delante. No hacerle reflexionar sobre su capacidad para cumplir lo acordado puede ser el primer adobe de unos cimientos de barro que más pronto que tarde supondrá el derrumbamiento del edificio del acuerdo. Los objetivos tienen que ser equilibrados y realistas, fáciles de cumplir, especialmente al principio.

3) Motivación en positivo. Dentro de ese primer clima de anhelo de cambio que se genera en todos, los éxitos y los fracasos juegan un papel esencial en el proceso de conservar esa motivación inicial que aunque aparentemente es fuerte, se acaba descubriendo endeble ante la ausencia de hábitos sobre los que sustentarse. Es en esos momentos en los que la habilidad de todos los agentes externos en gestionar el poder motivador de los primeros, sin pasar por alto los segundos, puede tener consecuencias decisivas para que poco a poco el alumno se vaya enganchado al acuerdo.

4) Exigencia y flexibilidad. Hay que ser conscientes de que nos encontramos ante alumnos, en plena crisis de adolescencia, con un elevado nivel de fracaso a sus espaldas y en muchas ocasiones con un entorno familiar en el que, por despreocupación o por impotencia se ha perdido la fe por cambiar las cosas, no así el deseo, y en el que los niveles de crispación se han elevado por encima de lo aconsejable. Pensar en que los resultados llegarán de forma rápida, suele ser una ingenuidad. Por ello hay que armarse de altas dosis de paciencia, pero evitar que se conviertan en resignación. Cada incumplimiento debe ser gestionado con las dosis adecuadas de consciencia, arrepentimiento y propósito de la enmienda, que eviten se convierta en costumbre y doten al proceso de un razonable índice de crecimiento de cumplimiento. Entrar en recesión en este sentido es extremadamente peligroso, porque como en economía, poco a poco se van quebrando las confianzas mutuas entre todos y la ilusión se va apagando poco a poco. Por ello encontrar un equilibrio entre exigencia y flexibilidad no es una tarea fácil para todos, especialmente para el Tutor de Convivencia.

5) Clima Agradable. El proceso no sólo tiene que ser positivo en el fondo, también en las formas. En ocasiones el alumno acaba incumpliendo su compromiso de acudir a la entrevista semanal con el tutor de mediación, lo que acaba por echar a perder el acuerdo. Normalmente va unido a su miedo a reconocer otros incumplimientos. El Tutor de Convivencia poco puede hacer en estas situaciones, pero sí puede prevenir que no ocurran, favoreciendo el que se desarrollen en un clima agradable de alegre confianza y generosidad, que disuada al alumno de no acudir a estas citas.

6) Perfil del tutor de Mediación y Formación. Suele ser deseable que el Tutor de Convivencia sea un profesor que no dé clase al alumno. De manera que su relación empiece de cero. Por una parte obliga a hacer un esfuerzo de conocimiento mutuo mayor, pero por otra le permite al Tutor de Convivencia ejercer un papel perfectamente diferenciado del de los otros profesores o el tutor ordinario. El de recabar información sobre el grado de cumplimiento de los acuerdos y hacer recapacitar al alumno sobre ello. Sin reñir, sin castigar, sin sermonear, ayudando al alumno a avanzar en el proceso, con tal sutileza, que acabe siendo dueño de sus propias reflexiones y decisiones. Cada vez que no lo haga así, disminuirán su autoridad y su capacidad de ayudar al alumno a avanzar. Y para un profesor cuyo trabajo habitual es mucho más activo en este sentido, realizar esa tarea no es fácil y exige técnicas que habitualmente no conoce, y por lo tanto formación.

7) Corresponsabilidad. El reparto de responsabilidades y su cumplimiento debe de ser claro, cada parte debe cumplir las suyas y nadie debe suplantar las de otro, porque en caso contrario pueden aparecer recriminaciones o discrepancias que minan el proceso y lo debilitan. A veces la propia forma de realizar la propuesta hace que un sector se sienta menos responsable tanto a la hora de aplicarlo, como de asumir los éxitos o fracasos que de él se deriven. Por ejemplo, normalmente la propuesta la realiza el Centro, lo que lleva a algunos padres a desentenderse de su parte (el control del trabajo en casa) algo que es esencial. En todos los casos que acuerdos realizados en nuestro centro, la implicación de la familia ha sido un elemento decisivo. Algo parecido ocurre cuando la Junta de Evaluación no decide de forma clara la aplicación del acuerdo: el nivel de implicación de los profesores en el control del alumno es menor y sin información las entrevistas del Tutor de Convivencia quedan vacías de contenido.

8) Relación con otras medidas correctoras. Cualquier medida correctora que se aplique al alumno, debe tener en cuenta el trabajo que está haciendo el Tutor de Convivencia, por lo que antes de tomar dicha decisión debe ser consultado. No se trata de que el alumno evite posibles sanciones por estarle aplicando un acuerdo, porque eso iría en contra de la filosofía de responsabilización del alumno, sino de medir los posibles efectos desmotivadores que podría conllevar y aplicar medidas correctoras. Por ejemplo el Tutor de convivencia puede contribuir a que el alumno asuma la sanción como justa, respete la figura de las personas que la han aplicado y avance en el proceso de rectificación de su conducta.

9) Valoración de recursos. Conviene realizar una valoración previa de los casos susceptibles de intervención, de manera que se lleve a cabo una distribución equilibrada de recursos en función criterios de necesidad y eficacia. Por ejemplo: no conviene que coincidan muchos casos en el mismo curso, porque la medida se torna rutinaria, difícil de aplicar y por ende poco eficaz. Tampoco debería asignarse a un tutor de convivencia más de uno o dos casos a la vez porque tendría dificultades para atenderles de forma adecuada. Es conveniente definir los tiempos de intervención a la hora de confeccionar los horarios (hora de tutoría o guardia de convivencia de recreo) , de manera que el alumno no pierda tiempo de clase.

10) Medidas complementarias paralelas. El hecho de que el centro plantee al alumno y su familia medidas como éstas suele ser siempre bien recibido. Es una prueba evidente de interés por ayudar al alumno a afrontar mejor sus dificultades. Por ello los cambios a nivel de actitud y comportamiento suelen ser rápidos y evidentes. Sin embargo cambiar los hábitos de trabajo y mejorar el rendimiento académico del alumno es algo que requiere tiempo, y la ausencia de resultados inmediatos en este sentido suele ser demoledora en la motivación del alumno para cambiar y acaba por echar a perder los primeros progresos obtenidos. Para favorecer esa mejoría a corto plazo, es necesario aplicar otras medidas de refuerzo educativo paralelas, como adaptaciones curriculares, medidas de refuerzo educativo y una atención más personalizada.

3. Los agentes:

a. El alumno/a: Tipos de alumnos susceptibles de aplicarles los acuerdos. Características: actitud, hábitos de trabajo, comportamiento, nivel de conocimientos.

b. La familia: La situación afectiva y emocional, el nivel de autoridad, grado de formación, la disponibilidad de atención, el grado de aceptación y de responsabilización, recursos espaciales, temporales y materiales,

c. El centro: La coordinación del equipo docente a la hora de aceptar su implicación en el seguimiento del acuerdo con el alumno/a.

- La junta de evaluación. Debe proponer o aprobar la proposición de forma unánime o muy mayoritaria.

- El tutor. Debe presidir y coordinar la reunión de la Junta de Evaluación en la que se tome la decisión, controlar la recepción de información en el proceso y llevar las relaciones con la familia ayudado por el Tutor de Convivencia.

- El tutor de convivencia. Aporta los documentos y las experiencias del Grupo de Convivencia a cada caso. Analiza la información recibida y ayuda al alumno a reflexionar sobre ella, sus consecuencias y las medidas correctora del acuerdo necesarias. Puede ayudar al tutor en el control de la elaboración de información y en la relación con los padres.

- El grupo de Convivencia. Integrado por los Tutores de convivencia, el Coordinador de Convivencia, El Orientados, El Jefe de Estudios, se encarga de efectuar un diagnóstico de la situación del Centro, analizar la viabilidad de las propuestas que se realicen, la distribución de recursos (asignación de tutores de Convivencia a cada caso).
- El orientador. Debe asesorar a todo aquel que lo necesite en intervenir directamente con el alumno o la familia en caso de que la situación lo requiera.
- El Jefe de Estudios. Debe coordinar la relación entre el Grupo de convivencia y la junta de tutores, así como las posibles interferencias entre las medidas disciplinarias y el acuerdo. Su conocimiento del alumnado con dificultades es esencial para el análisis por parte del Grupo de Convivencia de posibles casos en los que intervenir, la gestión de recursos y el contexto en el que se mueve el alumno.
- El Director. Debe conocer y visar todas las actuaciones y apoyar con su intervención directa en caso de que sea necesario. Cuando un caso se complica el concurso de la autoridad del Director puede ser de gran ayuda.

4. El proceso:

- a. La Acciones previas:** El diagnóstico: Análisis de los alumnos que pueden ser susceptibles de la realización de un Acuerdo.
- b. La propuesta.** Puede ser realizada por cualquier persona.
- c. El análisis y la aprobación de la propuesta.** El Grupo de Convivencia analiza la propuesta a partir de la información que le aportan los tutores ordinarios y el Jefe de Estudios. El alumno (rendimiento, actitud, hábitos, comportamiento,... El contexto (la familia, los compañeros, el curso, los profesores,...La viabilidad: recursos y perspectiva de éxito. Da luz verde para que la propuesta pase a ser aprobada por la Junta de Evaluación. Una vez que ésta lo aprueba, el Grupo de Convivencia asigna tutor de convivencia al caso y define la forma en que se llevarán a cabo las siguientes actuaciones.
- d. Primera entrevista con el alumno y su familia:** Convocada por el Jefe de Estudios, a ella conviene que acudan el Tutor ordinario y el de Convivencia. Se debe desarrollar con extrema delicadeza de forma que el alumno y la familia entiendan en qué consiste el proceso y las obligaciones y responsabilidades que conlleva y las acepten voluntariamente y con ilusión. Se esboza el posible contenido del acuerdo y se deja un tiempo para que se reflexione sobre él.
- e. El Acuerdo:** Se queda para ultimar el acuerdo y se firma por parte del alumno, sus padres, el Tutor de Convivencia y el Director.
- f. El seguimiento.** Debe de ser sencillo y práctico. En el centro se han elaborado distintos modelos de cuadernillo de seguimiento en función del tipo de acuerdo. Dicho cuadernillo es rellenado

a diario por los profesores del alumno, que valoran el nivel de cumplimiento de lo acordado por el alumno.

g. La evaluación. Semanalmente el Tutor de Convivencia elabora un informe sobre el nivel de cumplimiento del acuerdo y propone la aplicación de las consecuencias positivas o negativas pactadas con el alumno. El alumno firma dicho informe y conviene que acepte lo que en él se ha reflejado, pero si no es así puede expresarlo. Los responsables de aplicarlas son los padres. También ellos estampan su firma dando su enterado.

h. La revisión. Mensualmente se replantea la propuesta de acuerdo. Puede ampliarse el plazo en los mismos términos, o cambiar su contenido para adaptarlo a las circunstancias observadas. También puede anularse por considerar que ya no es necesario, o porque el grado de incumplimiento es tal que predominan los aspectos negativos sobre los positivos. Si el alumno se ve implicado en un asunto disciplinario grave, conviene plantear la posibilidad de la congelación o supresión del acuerdo para que no afecte al proceso disciplinario. En cualquier caso conviene informar al Tutor de Convivencia y oír su opinión.

i. La memoria: A final de curso conviene realizar un pequeño informe en el que se reflejen los aspectos más relevantes del Acuerdo y se incorpore a la Memoria de Convivencia.

5. ANEXOS

(En la presentación del Simposio se mostrarán los documentos que se citan en este texto como anexos).

I. Documento del acuerdo. Modelo estándar que sirve de base a los Tutores de convivencia para hacer el acuerdo personalizado.

II. Hoja de seguimiento tipo. En el cuadernillo también se pueden incluir hojas de control de exámenes, tareas y calificaciones.

REFERENCIAS

Avilés Martínez, J.M. (en prensa). *Manual contra el bullying. Guía didáctica para el profesorado*. Sao Paulo: Mercado de Letras.

A HIPNOSE CLÍNICA NO CONTEXTO DA INTERVENÇÃO GRUPAL: REFLEXÕES NO ÂMBITO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

ALEXANDRA FRECHES DUQUE

Nas últimas décadas a psicoterapia tem vindo a preocupar-se com a comprovação da eficácia das suas intervenções, sendo inúmeros os trabalhos realizados neste âmbito, sendo cada vez mais reconhecida a complexidade dos múltiplos níveis do Ser Humano, desde a experimentação individual do mundo à interacção social (Gilbert & Orlans, 2011). Neste sentido, tem-se vindo a verificar um movimento de integração dos múltiplos modelos psicoterápicos já desde os anos 30 do século XX, apesar da progressão deste movimento se objectivar de uma forma muito lenta ao longo dos anos (Serra, 2003). A este respeito já Ferenczi referia, num trabalho escrito em 1933, as limitações do “*schoolism*” numa revisão da literatura acerca das abordagens clínicas da psicanálise perante o trauma relacional precoce (Ferenczi cit. por Gilbert & Orlans, 2011). Neste sentido, pretendemos perceber as potencialidades das técnicas de Hipnose Clínica quando aplicadas no contexto de intervenção grupal, no âmbito de uma patologia com cariz psicossomático e de grande sofrimento para o portador. Propõe-se assim, que esta abordagem terapêutica permita promover a identificação de padrões vivenciais e/ou relacionais associados ao desenvolvimento e progressão da EM mantendo, em simultâneo, um foco emocional e corporal de forma a desenvolver no portador de EM uma “consciência” do corpo que lhe permitirá, no dia-a-dia, perceber o aspecto simbólico bem como o correlato emocional da sintomatologia da patologia.

A Esclerose Múltipla: Aspectos Neurobiológicos

A Esclerose Múltipla assume-se como uma doença desmielinizante progressiva do Sistema Nervoso Central (SNC), considerada actualmente como crónica e incapacitante e que, por isso mesmo, exige sempre algum nível de adaptação por parte do portador, e daqueles com quem convive, às condições impostas pela doença (Almeida, Rocha, Nascimento, & Campelo, 2007). Trata-se de uma patologia inflamatória e desmielinizante, caracterizada pelo aparecimento de lesões dispersas pela substância branca do neuro-eixo, sendo as lesões placas desmielinizantes que condicionam perda de mielina, destruição axonal e formação de cicatrizes gliais, em conjunto com uma reacção inflamatória de maior ou menor exuberância (Fontoura, 2010), que condicionam uma disfunção neurológica transitória ou

progressiva (Ginestal & Simões, 2010). Ainda segundo este autor, trata-se de uma patologia imuno-mediada, na qual se verifica um ataque auto-imune contra a mielina do SNC despoletado pela interacção entre agentes infecciosos com o Sistema Imunitário (SI) (Fontoura, 2010). Segundo Almeida (2010), ao contrário do que se supunha até há bem pouco tempo, o processo inflamatório ocorre na EM de forma difusa em todo o SNC, sendo constante (mesmo que subclínico). Por outro lado, a desmielinização existe apenas nas lesões, ou placas, dando origem a surtos de manifestação clínica (Almeida, 2010).

A expressão clínica da EM é assim variável, não existindo sintomas típicos de EM reflectindo, de um modo geral, a distribuição daquelas lesões. Contudo, os sinais e sintomas desta patologia traduzem primariamente o envolvimento da substância branca, ou seja, de fibras mielinizadas, apesar de se ter vindo também a verificar o envolvimento neuronal (Vale, 2010). O processo inflamatório associado à EM tem origem fora do SNC, resultando da actuação de mediadores celulares como os linfócitos T CD8 e os monócitos que invadem o SNC em sequência da activação do endotélio dos capilares e disfunção da barreira hemato-encefálica, com posterior libertação de moléculas imunoinfluentes (antígenos leucocitários humanos – HLA) no parênquima nervoso (Almeida, 2010). Contudo, as lesões inflamatórias desmielinizantes na EM podem ocorrer por vias imunológicas diversas e resultar de antígenos múltiplos no SNC (Almeida, 2010). Apesar de todas as provas existentes acerca da participação do SI na fisiopatologia desta doença, continua a não ser claro em que medida a EM é uma doença auto-imune ou apenas imuno-mediada (Fontoura, 2010).

A classificação da EM é, por tudo isto, realizada com base na fenomenologia da patologia, através da constatação de padrões clínicos habituais de evolução da patologia (Marques, 2010), tratando-se de um diagnóstico puramente clínico, por não existir qualquer teste laboratorial ou radiológico patognomónico que o certifique (Pedrosa, 2010), apesar de a evolução da Ressonância Magnética ter vindo a permitir o diagnóstico mais precoce e com maior nível de certeza. Contudo, verifica-se uma grande dificuldade no diagnóstico diferencial que, quando é finalmente conseguido, acaba por pôr termo a um longo período de incerteza e tormenta vivenciado pelo portador e família.

A Vivência da Esclerose Múltipla

Neste sentido, o “dar um nome aos sintomas” parece assumir-se, para muitos portadores, como uma vitória que segue uma longa batalha e procura de múltiplos especialistas, um número muitas vezes quase tão vasto quanto a multiplicidade dos sintomas iniciais da patologia. Apesar disso, na maior parte das vezes, conhecer o nome da doença não se torna sinónimo de um menor número de problemas, já que a aceitação e a adaptação a uma doença crónica como a EM não é fácil, pela evolução variável e incerta, por ser comum quer o agravamento quer a remissão dos sintomas, ou pela imprevisibilidade do grau de incapacidade a ser atingido pelo portador. Assim, o paciente pode conviver bem com a EM até que um surto mais forte mude o quadro sintomático e exija maior

adaptação às perdas decorrentes (Almeida, Rocha, Nascimento, & Campelo, 2007). Mas até neste ponto parecem subsistir as dificuldades para os portadores, uma vez que o conceito de “surto” é muitas vezes erroneamente interpretado no dia-a-dia da EM. Nesse sentido, Correia e Cordeiro (2008) referem que um surto é um episódio de agravamento doença que dura necessariamente mais de vinte e quatro horas, persistindo durante quatro semanas. Por outro lado, Marques (2010) refere-se a surtos, também chamados como recidivas, ataques, exacerbações ou episódios, como a ocorrência, recorrência ou agravamento duma disfunção neurológica que tenha uma duração superior ou igual a 24 horas. A disfunção atinge o seu ponto mais alto, estabiliza e em seguida dá lugar a uma recuperação que pode ser parcial ou total. Contudo, apesar de parecer uma definição óbvia e de fácil reconhecimento, quer para o doente quer para o clínico, a realidade nem sempre é assim, uma vez que existe uma linha muito ténue entre um surto e a multiplicidade de sintomas recorrentes diários que já se tornaram “normais” no dia-a-dia do portador e respectiva família.

A Esclerose Múltipla: Aspectos Psicopatológicos

Assim, no universo da Esclerose Múltipla, muitos são os desafios que, diariamente, portador e família enfrentam. Para quem é confrontado com esta patologia, o mundo parece desabar, as inúmeras questões que surgem, rapidamente se tornam num turbilhão de ruído que, momento a momento, tende a isolar o portador do mundo que o rodeia. Neste sentido, as questões emocionais em torno desta patologia tornam-se incontornáveis, existindo a este nível muitos estudos que se debruçam sobre a existência e relevância das questões emocionais associadas à EM. Assim, vários autores referem que a depressão é comum na EM com uma probabilidade de cerca de 50% de ocorrência ao longo da vida, após o diagnóstico (Rabinowitz & Arnett, 2009). Para além da depressão, também outras Perturbações Emocionais são mais comuns na EM comparativamente com outras doenças crónicas com níveis comparáveis de dificuldade motora e física (Rabinowitz & Arnett, 2009). Um aspecto central nesta patologia é também a existência de alterações cognitivas em cerca de 40 a 65% dos portadores de EM (Vale, 2010), bem como a sua associação com múltiplas Perturbações Emocionais, entre as quais a Ansiedade e a Depressão (Rabinowitz & Arnett, 2009). A investigação, ao longo de vários trabalhos, tem vindo a fornecer algumas evidências acerca da existência de uma estreita relação entre estados emocionais e actividade inflamatória na EM, tornando evidente que a doença se encontra associada a grandes consequências sociais e psicológicas (Sutherland, Andersen & Morris, 2005). Além disso, tendo em conta que a idade de início da EM se localiza, tipicamente, entre os 20 e os 50 anos, torna-se também evidente uma clara interferência da doença com o emprego, redes sociais, relacionamento sexual e familiar, planos futuros e expectativas de vida, assim como com as actividades gerais da vida diária, não sendo então surpreendente que altos níveis de stress psicossocial, associados à depressão, ansiedade e redução do bem-estar venham a ser relatados em populações com EM (Sutherland, Andersen & Morris, 2005).

Num estudo longitudinal realizado por Rabinowitz e Arnett (2009), foram avaliadas a Disfunção Cognitiva, as Estratégias de Coping e a Depressão na EM; os resultados que apresentam indicam que as estratégias de coping de portadores de EM são simultaneamente mediadoras e moderadoras parciais da relação entre a disfunção cognitiva e a depressão (Rabinowitz & Arnett, 2009). Especificamente, no que se refere à EM, tem vindo a ser referido na literatura que existe uma menor probabilidade de os portadores adoptarem por si só estilos de coping eficazes, ou que resultam numa adaptação positiva, como a resolução de problemas e a procura de suporte social, por estas se relacionarem predominantemente com características que afectam a forma como os indivíduos avaliam seus sintomas, como o "optimismo" ou a "robustez psicológica", tendencialmente pouco presentes nos portadores de EM (Rigby, Thornton & Young, 2008).

Esclerose Múltipla e Intervenção Psicoterapêutica

No que se refere à intervenção psicoterapêutica na EM, Eklund e MacDonald (1991) referem-se à eficácia psicoterapêutica confirmada por vários trabalhos, nomeadamente o recurso a terapias cognitivo-comportamentais para reduzir a sintomatologia psicossocial na EM. Contudo, segundo Foley, Bedell, LaRocca e Scheinberg (1987), a literatura compreende principalmente estudos de caso e estudos sem grupo de controlo referentes à hipnoterapia, biofeedback, psicoterapia psicodinâmica, programas psicoeducativos e psicoterapia de apoio. Embora haja poucos estudos realizados no âmbito da EM que tenham utilizado técnicas de relaxamento, alguns trabalhos têm vindo a indicar que a utilização de técnicas de relaxamento com portadores de EM pode influenciar positivamente a ansiedade, o stress psicológico, a capacidade para lidar com agentes stressores, bem como alguns aspectos do humor como o humor depressivo (Sutherland, Andersen & Morris, 2005).

Segundo Eklund e MacDonald (1991), a maioria dos técnicos que tem vindo a publicar trabalhos acerca de intervenções terapêuticas eficazes com portadores de EM, têm defendido uma abordagem holística, em que os sintomas físicos e psicológicos sejam considerados em conjunto no âmbito de um sistema integrado. Neste sentido, referem a existência de vários estudos que têm documentado o valor de uma intervenção directa e optimista que aborde queixas específicas dos pacientes.

Posto isto, verifica-se a existência de um reconhecimento generalizado de que pacientes com EM apresentam, do ponto de vista holístico, necessidades complexas que exigem a utilização de uma vasta gama de recursos profissionais, multidisciplinares, e informais, tendo-se vindo a verificar que este tipo de intervenções mais global apresentam uma maior eficácia no que se relaciona com a obtenção de uma melhor qualidade de vida (Rigby, Thornton & Young, 2008). Embora o tratamento de sintomas físicos possa e traga, indubitavelmente, benefícios psicológicos, o contrário é também verdade. Desta forma, a relação entre os diversos aspectos psicológicos e emocionais da qualidade de vida e sintomas físicos, enfatizam a necessidade bem como o valor de intervenções dentro de um quadro psicológico. Neste sentido, vários estudos têm vindo a apresentar resultados provenientes de tais intervenções,

apresentando o alívio da depressão como objectivo predominante, embora incluindo outras variáveis psicológicas e sociais, como a redução do stress, estratégias de coping, e a promoção de relações sociais. Nos referidos estudos, a psicoterapia de grupo tem sido o recurso dominante, embora a natureza dos procedimentos possa variar conforme indicado acima (Rigby, Thornton & Young, 2008). Apesar das críticas metodológicas apontadas a grande parte destes trabalhos, os resultados destas intervenções têm apresentado significativas melhorias para aspectos como depressão, embora não tenha ainda sido clarificado que os aspectos terapêuticos específicos contribuem para estes resultados positivos no âmbito da EM.

Hipnose Clínica como ferramenta Psicoterapêutica

Tendo em conta o conhecimento de que dispomos acerca do ser humano, o desenvolvimento de um programa de intervenção psicológica, deverá, cada vez mais, passar por uma abordagem integrada de múltiplas correntes psicoterapêuticas, surgindo a hipnose clínica, no contexto de uma abordagem psicodinâmica como uma resposta que permite integrar aspectos fundamentais do corpo na abordagem psicoterapêutica. A investigação que tem vindo a ser realizada no âmbito da Hipnose Clínica, tem vindo a demonstrar um significativo nível de eficácia terapêutica, parecendo comprovar a utilidade do recurso a este tipo de técnicas nos processos psicoterapêuticos, sendo mesmo sugerido que, através deste procedimento, é mesmo possível alterar consideravelmente funções que envolvem o Sistema Nervoso Autónomo (Mello & Arruda, 2000), assumindo-se com especial importância no contexto da EM. Segundo Hadley e Staudacher (1996), nos últimos anos, a hipnose tem vindo a ganhar força e aceitação, podendo ser surpreendentemente eficaz e, muitas vezes, directamente responsável por grandes mudanças no padrão de vida de um indivíduo.

Neste sentido, várias técnicas têm vindo a surgir no campo alargado da Hipnose Clínica, como a Terapia pela Reestruturação Vivencial e Cognitiva (TRVC) definida como uma técnica que procura que o sujeito vivencie, sob Estado Modificado de Consciência (EMC), a experiência que, real ou simbolicamente, esteve total ou parcialmente na origem da perturbação mental, psicossomática ou outra, facilitando-se uma eventual ab-reacção que liberte tensões corporais disfuncionais associadas. Pretende-se, portanto, uma reestruturação cognitiva e emocional personalizada e com intuito terapêutico, das vivências experimentadas na sessão (Resende, 2003). Neste sentido, sob um EMC, o paciente selecciona e vivencia situações marcantes e significativas relacionadas com o problema que está a trabalhar, trazendo conteúdos que experimenta, normalmente, com grande libertação emocional de grande repercussão física (Simões & Peres, 2003). Visa assim a libertação de uma carga emocional associada, após a qual torna-se possível o processamento e a integração da experiência traumática sem quaisquer condicionamentos, libertando o indivíduo de um registo inconsciente condicionativo (Antunes, 2007). O terapeuta assume-se, assim, como um facilitador da emersão, transformação e integração do material inconsciente, auxiliando o paciente, para que ele próprio possa encontrar os meios para atingir uma mudança no seu padrão de comportamento (Simões & Peres, cit.

por Resende, 2003). Esta técnica terapêutica permite, não só, transformar e integrar eventuais aspectos traumáticos trazidos à sessão pelo próprio paciente, como também realizar a identificação dos eventos traumáticos que de alguma forma se associem ao início e progressão da EM, de forma a identificar padrões vivenciais e/ou relacionais associados ao desenvolvimento da patologia. Por outro lado, a TRVC permite ainda realizar um constante paralelo entre a vivência experimentada e as sensações corporais, facilitando ainda o desenvolvimento e integração de uma “consciência” do corpo, absolutamente fundamental no processo psicoterapêutico associado a uma patologia de grande cariz psicossomático.

CONCLUSÃO

A Esclerose Múltipla assume-se como uma patologia com um forte carácter psicossomático, neste sentido, a hipnose clínica poderá assumir-se como uma técnica terapêutica com resultados inovadores relacionados com os aspectos neurobiológicos desta patologia assim como com a experiência do corpo no âmbito desta patologia, por assumir uma visão holística do ser humano, conjugando aspectos psicológicos, físicos, sociais e até mesmo espirituais e integrando a vivência corporal na abordagem psicoterapêutica.

Se, por um lado, a terapia de grupo se assume como uma resposta de grande eficácia no contexto da EM por promover as competências de socialização dos portadores, por outro lado, a Hipnose Clínica poderá assumir-se como uma ferramenta psicoterapêutica de grande utilidade por incluir na sua abordagem a exploração de aspectos vivenciais de grande impacto emocional, abordando e agindo em simultâneo sobre as sensações corporais associadas à experiência emocional, facilitando a integração de uma “consciência” do corpo fundamental para a vivência de um portador de EM.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. B. (2010). A Patologia da Esclerose Múltipla. In R. Pedrosa (Coord.). Introdução à Esclerose Múltipla (pp. 73-89). Lisboa: Biogen Idec.
- Almeida, L. H. R. B., Rocha, F. C., Nascimento, F. C. L., & Campelo, L. M. (2007). Ensinando e aprendendo com portadores de Esclerose Múltipla: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 4(60), 460-463.
- Antunes, J. (2007). *Consciência – Um Percurso Singular*. Porto: Edições Ecopy.
- Correia de Sá, J., & Cordeiro, C. (2008). *Esclerose Múltipla*. Porto: Ambar.

- Eklund, V., & MacDonald, M. (1991). Descriptions of persons with multiple sclerosis, with an emphasis on what is needed from psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(4), 277-284. doi:10.1037/0735-7028.22.4.277.
- Foley, F., Bedell, J., LaRocca, N., Scheinberg, L., & Reznikoff, M. (1987). Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 919-922. Doi: 10.1037/0022-006X.55.6.919.
- Fontoura, P. (2010). Fisiopatologia da Esclerose Múltipla. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 41-72). Lisboa: Biogen Idec.
- Gilbert, M. & Orlans, V. (2011). *Integrative Therapy – 100 Key Points and Techniques*. London: Routledge.
- Ginestal, R. C., & Simões, R. M. (2010). Genética da Esclerose Múltipla. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 91-117). Lisboa: Biogen Idec.
- Hadley, J., & Staudacher, C. (1996). *Hypnosis for Change* (3 rd Ed.). New York: MJF Books.
- Marques, J. P. (2010). EM – Formas/Fases da Doença. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 157-161). Lisboa: Biogen Idec.
- Mello, P., & Arruda, P. C. V. (2000). Mecanismos Neuropsico-Fisiológicos da Hipnose. *Mudanças*, 8 (14), 117-152.
- Pedrosa, R. (2010). EM – Imagiologia. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 223-243). Lisboa: Biogen Idec.
- Rabinowitz, A., & Arnett, P. (2009). A longitudinal analysis of cognitive dysfunction, coping, and depression in multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 23(5), 581-591. Doi: 10.1037/a0016064.
- Resende, M. (2003). Quatro Etapas nas Terapias de Orientação Regressiva: Indução, Vivência, Ab-Reacção e Reestruturação. In M. Simões, M. Resende & S. Gonçalves (Coords.). *Psicologia da Consciência* (pp. 217-232). Lisboa: Lidel.
- Rigby, S., Thornton, E., & Young, C. (2008). A randomized group intervention trial to enhance mood and self-efficacy in people with multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 13(4), 619-631. Doi: 10.1348/135910707X241505.
- Serra, J. (2003). *Psicoterapia Integrada: um modelo para o processo terapêutico*. Coimbra: Quarteto.
- Simões, M. & Peres (2003). Estados Modificados de Consciência e TRVC (Terapia pela Reestruturação Vivencial e Cognitiva). In M. Simões, M. Resende & S. Gonçalves (Coords.). *Psicologia da Consciência* (pp. 283-293). Lisboa: Lidel.

- Sutherland, G., Andersen, M., & Morris, T. (2005). Relaxation and Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis: The Example of Autogenic Training. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 249-256. Doi:10.1007/s10865-005-4661-2.
- Vale, J. (2010). EM – Esclerose Múltipla: Manifestações Clínicas. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 131-155). Lisboa: Biogen Idec.

A FORÇA QUE FAZ FORTE A GENTE CONSIDERADA FRACA

ADELAIDE DO ESPÍRITO SANTO

A presente comunicação parte de um estudo sobre o impacto da incapacidade na (re)construção da identidade da pessoa com deficiência motora, que desde 2008 temos vindo a desenvolver.

Ao longo desse estudo pudemos constatar o quanto a incapacidade, seja originada por doença crónica ou por deficiência, afecta a qualidade de vida do indivíduo, e também que a percentagem de incapacidade não se relaciona com a autonomia alcançada pela pessoa e muito menos com o seu sentimento de bem estar. Quer a autonomia quer a qualidade de vida parecem depender de uma “força que faz forte a gente considerada fraca”, força essa que se prende com um conjunto de características pessoais, tais como, determinação, auto-eficácia, humor, independência, capacidade de iniciativa, características essas que podem ser promovidas através de interacções positivas com outros significativos.

Mitos sociais

É do conhecimento comum que a sociedade determina quais os desvios que implicam a diminuição ou a amplificação do valor pessoal, uma vez que está organizada segundo um sistema de representações que, supostamente, oferece ordem e sentido ao mundo perceptível. Tudo o que é percebido como anómalo, insólito, estranho, converte-se em fonte de perigo, por ser percebido como inquietante, fora de controlo. A defesa encontrada para enfrentar esta fonte de perigo é a marginalização, a negação do estranho ao grupo.

A pessoa com alguma incapacidade é vista como tendo um corpo anormal, que foge ao controle, visto que na sociedade actual impera, como afirmam Shum *et al.* (2006) citando Silver (1998), “*o mito do controlo*”, a crença social – errada - de que resulta possível ter o corpo que queremos, (o que) leva a ignorar e a ocultar experiências tais como a dor, a doença, o envelhecimento”. (Shum *et al.* 2006, p.26).

Para além do mito do controlo, a sociedade actual cultiva um outro, o da independência pessoal, dando ênfase aos direitos individuais e não tanto à responsabilidade ou à moral, esquecendo que a

individualização deverá ser entendida, segundo Dubar como “*a participação activa dos cidadãos naquilo que lhes diz respeito, a tomada de consciência das identidades pessoais nas decisões colectivas*” (Dubar, 2006, p.189)

Tal como o mito do controlo, o mito da independência prejudica a aceitação social da pessoa com incapacidade porque, como realçam Shum *et al.* (2006, p.26) “*as pessoas com incapacidade fazem-nos lembrar a relatividade deste conceito e a dependência que temos das outras pessoas em certos momentos e circunstâncias das nossas vidas*”.

Não é, portanto, de estranhar que as pessoas com doenças crónicas se sintam duplamente afectadas: na sua condição de saúde e na sua condição social.

Na realidade, a percepção que cada um tem acerca da sua incapacidade é formada a partir da percepção que tem sobre a aceitação social do seu corpo, a qual varia com o momento em que a incapacidade se tornou patente e com a forma como o núcleo familiar reage a essa incapacidade.

Incapacidade, Suporte Parental e Resiliência,

Helena Martins (2005) apoiando-se em estudos de Sandler (2001), Werne e Smith (2001) sobre a importância do suporte social como factor moderador na relação entre o stress e a inadaptação, considera que os pais, apoiados por redes familiares ou comunitárias, conseguem adotar estratégias para ajudar a promover a auto-estima e a auto-eficácia dos seus filhos, assim como projetar expectativas positivas face ao futuro desses filhos. Aceitando a definição de resiliência dada por Helena Martins (op.cit.), como uma capacidade do indivíduo para recuperar após exposição ao trauma ou adversidade, daí decorre que a rede de apoio pode influir na forma como os pais enfrentam a adversidade e assumem a educação do filho em situação de risco, sendo a resiliência uma variável a considerar na socialização.

Considerando, tal como Queiroz (s./d.), que o maior problema social da incapacidade resultante de qualquer afeção crónica pode ser o que ela representa no projecto de vida do indivíduo, a promoção do estilo educativo resiliente torna-se, então, um factor a considerar como boa prática, em famílias com filhos com doenças crónicas. Contudo é necessário não esquecer que essas famílias só conseguem adquirir esse estilo educativo quando elas próprias se inserem numa rede de apoio alargada.

Com efeito, a análise aos enunciados discursivos de pessoas que temos vindo a estudar, e que correspondem àquelas consideradas pela sociedade como os “heróis” ou “rochas de coragem” porque apesar da adversidade conseguem a sua independência, são pessoas cuja educação se centrou em ultrapassar situações de desvantagem e promover a sua autonomia, facto esse que lhes concedeu um elevado grau de resiliência.

Nos seus enunciados os participantes no estudo, referenciados com a letra P seguido de um número, realçaram a atenção recebida e a forma como os pais as aceitaram e nelas confiaram:

- O meu pai tinha uma relação de confiança responsável . (P1)

- Sempre me protegeram muito. Saíam comigo para todo o lado. Mas sempre me incitaram a fazer tudo. (P2)

- O pai é aquele apoio. Queres? Então vamos fazer. Está sempre disponível, sempre. A mãe protege mais, tem mais medo das feridas, mas está sempre lá. (P5)

- Tudo o que tu fizeres a mãe apoia-te, desde que não seja para o teu mal. A minha mãe sempre me apoiou, sempre me ajudou.(P3)

Estes registos ilustram a capacidade destes pais para promover a auto-estima e auto-eficácia dos seus filhos, centrando a educação na ultrapassagem da situação de desvantagem e na promoção da autonomia, o que, pensamos, ser uma explicação para as características de resiliência projectada nas entrevistas pelos participantes no estudo.

As pessoas estudadas projetam nos seus discursos um conjunto de características que correspondem às características que vários autores (Melillo, 2005; Werner & Johnson, 1999) enunciam a propósito das pessoas resilientes: persistência, humor, independência, capacidade de iniciativa, força de vontade.

Estas características são porventura, reforçadas, pela espiritualidade e pelos interesses culturais, que juntos se constituem como uma armadura para as pessoas que, tendo ou sentindo limitações devido a doenças crónicas, lutam contra as adversidades e não desistem dos seus projectos de vida.

Embora essas pessoas tenham limitações mostram capacidade de iniciativa e de interesses sociais propondo-se para programas de voluntariado, prescindindo de tempo de lazer.

De sublinhar, que segundo os autores atrás citados uma das características mais reveladoras das pessoas resilientes é a determinação, que faz com que as pessoas perante as adversidades não tenham uma atitude de desistência e encarem o futuro com algum optimismo.

Pelo exame às diferentes histórias de vida das pessoas estudadas damos conta que os participantes que referem a infância como má, o fazem tendo em conta relações familiares difíceis, com pouca atenção dos pais mas, mesmo assim, realçam a importância da proteção dos irmãos, dos avós de tios ou mesmo de padrinhos, os quais surgem nos seus discursos como guias.

-...eramos muitos, nove, e o meu pai bebia, o vinho fazia com que houvesse zanga a mais e pão a menos. A sorte era uma tia minha que vivia em frente, era em casa dela que se fazia os trabalhos da escola e se matava a fome. Todos quisemos ser homens e mulheres de bem para a honrar, a ela e à nossa mãe. (P 12)

- o meu avô era uma pessoa muito recta, a minha mãe ficou viúva muito cedo, teve de lutar para nos manter e dar os estudos, e era o meu avô que ficava connosco, comigo e com o meu irmão, foi o meu avô que nos mostrou o caminho. (P18)

Mesmo nos participantes cujas histórias de vida apresentam algumas manifestações de traços depressivos, a tenacidade é característica que surge recorrentemente e que vai contrariar esses traços depressivos

- *Tento dar às minhas filhas o que não tive. Espaço e atenção.*(P4)

OBSERVAÇÕES FINAIS

Em síntese, no modelo cultural hodierno o culto do controlo assim como o da independência pessoal imperam, pelo que o corpo doente atemoriza porque representa a negação destes cultos. A sociedade percepciona a pessoa com alguma incapacidade como não integrante da norma e como tal incapaz de apreender o mundo-social, ou se o faz, apreende-o de forma diferente. Assim sendo, parecem existir duas realidades (pessoas normais/ pessoas com incapacidade) separadas por percepções distorcidas que impedem de partilhar códigos de comunicação e levam à desigualdade de oportunidades. Os estereótipos sobre a incapacidade interferem na relação que a própria família estabelece, e na forma como percepcionam o futuro do seu membro com incapacidade, o que condiciona o seu projecto de vida.

Embora o nosso estudo seja de carácter exploratório mostra-nos que a família é o primeiro, e mais importante, espelho social. Como consequência, a família deveria ser apoiada e acompanhada, a nível preventivo, para não submergir face aos estereótipos sociais e ser ajudada na valorização das competências do seu membro com incapacidade, impulsionando neste, atitudes de resiliência necessárias para a obtenção da sua autonomia através de estratégias educativas que promovam a auto-estima e a auto-eficácia.

Tendo em conta o aumento da esperança de vida, assim como a taxa de envelhecimento da população, mais tarde ou mais cedo todos vamos sofrer algum tipo de doença crónica que vai originar alguma incapacidade, pelo que consideramos ser importante ter em consideração que estratégias promotoras de auto-estima e auto-eficácia aliadas a programas de apoio a familiares contribuem para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis uma vez que, o maior problema social da incapacidade pode ser o que ela representa no projecto de vida do indivíduo

REFERÊNCIAS

- Dubar, C. (2006). *A Crise das Identidades. A Interpretação de uma Mutação. Trad. do Francês*. Porto: Afrontamento.
- Martins, H.M. V. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco – Resiliência e Desenvolvimento*. Tese de Doutoramento não Publicada. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

- Melillo, A. C. (2005). Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliência. In A. C. Melillo, E. N. Suárez & Rodriguez (Ds.), *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Pallanca, G. F., Verde, B.J., & Gurreri, G. (1981). Hémodialyse et sexualité In *Handicapé et sexualité*. Paris: Masson, Paris.
- Queiroz, A. (s/d.) In -Deficiência, saúde pública e justiça social; Revista Estudos Feministas.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008a000300020&lng=pt&nrm=iso Consultado em Maio 2011
- Sandler, I.N. (2001) Quality and ecology of adversity as common mediators of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology*, 29, 19-63.
- Shum, G. M.; Rodríguez Á. C & Mayorga I. P. (2006). *Mujer, discapacidad y violencia. El rostro oculto de la desigualdad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Verde, J.B.(1998). La Sexualidad del disminuido (motor) físico: la deficiencia del yo corporal. In J.B. Verde; G. Govigli & C. Valgimigli. (Orgs). *La sexualidade del deficiente* (pp. 15-24). Barcelona: Ediciones ceac.
- Werner, E.E.; Johnson, J.L. (1999). Can we apply resilience?. In M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: positive life adaptations* (pp. 259-268). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Werner, E.E.; Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery*. Ithaca, N.Y: Cornell University Press.

PSICÓLOGO NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – INTERVENÇÃO POSITIVA

MARIA ESTRELA-DIAS & JOSÉ PAIS-RIBEIRO

Atualmente, em Portugal, assiste-se ao aumento da esperança média de vida, ao envelhecimento da população, à diminuição da natalidade, a pessoas em situação de incapacidade ou de doença incurável e, ainda, a alterações na organização e funcionamento familiar. Em resposta a este panorama foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social

De acordo com o Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho a Rede propõe como objetivo geral: a prestação de cuidados continuados integrados, independentemente da idade, a pessoas em situação de dependência. E, como objetivos específicos propõe: a melhoria de condições de vida e bem-estar, a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder e que se encontram no domicílio, o apoio aos familiares ou prestadores informais na prestação de cuidados e, ainda a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços.

No seguimento destes objetivos, o mesmo decreto-lei, define os cuidados continuados integrados como o conjunto de intervenções de saúde e de apoio social que visam promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência. Os serviços prestados envolvem: cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescritos e administrados fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, convívio e o lazer.

Considera-se importante a intervenção de psicólogos na área da saúde, pois tal contribui para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes, a redução de internamentos hospitalares, a diminuição da utilização de medicamentos e a utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (APA, 2004). A psicologia da saúde dá relevância à promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças (Simon, 1993).

Ser Positivo Beneficia a Saúde

Martin Seligman (1998) iniciou o movimento da psicologia positiva, onde o tratamento não consiste apenas em consertar o que está danificado mas, desenvolver potencialidades humanas que são

determinantes na prevenção e no tratamento da doença mental. Este campo emergente valoriza na sua prática clínica o funcionamento humano positivo para contrariar as próprias desordens (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005).

Assim, a psicologia positiva considera importante uma vida aprazível que valorize emoções positivas, uma vida com compromisso que através dos seus traços individuais positivos alcance os desafios, e uma vida com significado (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Concretamente, valoriza o bem-estar e a satisfação com a vida no passado, a alegria e a felicidade do presente, o otimismo, a esperança e a fé sobre o futuro, a capacidade de amar, a coragem, as competências interpessoais, a sensibilidade, a perseverança, o perdão, a originalidade, a sabedoria e o talento, a responsabilidade, o altruísmo, o civismo e a temperança (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Recentemente, um crescente número de estudos investiga a relação entre afeto positivo e saúde aumentou. Os estudos referidos em seguida explicam a relação entre as variáveis:

- ✓ Altos níveis de afeto positivo protegem contra o acidente vascular cerebral, enquanto níveis elevados de depressão aparecem significativamente associados com a incidência de acidente vascular cerebral (Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001).
- ✓ A felicidade tem um efeito positivo nos níveis de cortisol e na frequência cardíaca (Steptoe, Wardle, & Marmot, 2005).
- ✓ O apoio social, a gratidão e o comportamento altruísta estão associados ao aumento da sensação de bem-estar, e o stress crónico e os estados emocionais negativos aumentam a frequência cardíaca e a pressão arterial (Rozanski & Kubzansky, 2005).
- ✓ O otimismo é um traço relativamente estável e há uma associação inversa com o risco de morte cardiovascular (Giltay, Kamphuis, Kalmijn, Zitman, & Kromhout, 2006).
- ✓ O bem-estar emocional, a alegria, a felicidade, o vigor, a energia, a satisfação com a vida, a esperança, o otimismo e o sentido de humor estão associados a uma redução da mortalidade cardiovascular (Chida & Steptoe, 2008).
- ✓ A emoção positiva está associada a um menor declínio do estado funcional após hospitalização (Ostir, Berges, Ottenbacher, Clow, & Ottenbacher, 2008).
- ✓ Um menor nível de perceção de prazer na vida aparece associado a maiores riscos de incidência da doença cardiovascular e mortalidade (Shirai, Issa, Ohira, Ikeda, Noda, Honjo, Inoue, & Tsugane, 2009).
- ✓ O risco de doença cardiovascular é reduzido e há maior resistência à infeção, perante o apoio social percebido, o otimismo e a preferência por respostas adaptativas de confronto (Steptoe, Dockray, & Wardle, 2009).

- ✓ Níveis mais baixos de emoção positiva, durante o período de seguimento, aparecem relacionados com declínio crescente no estado funcional dos homens (Brummett, Morey, Boyle, & Mark, 2009).
- ✓ Níveis baixos de afeto positivo foram associados a problemas de auto-cuidado e atividades habituais (Versteeg, Pedersen, Erdman, van Nierop, de Jaegere, & van Domburg, 2009).
- ✓ O aumento da emoção positiva foi significativamente associado a uma probabilidade maior de recuperação do estado funcional, em comparação a nenhuma mudança ou diminuição da emoção positiva (Seale, Berges, Ottenbacher & Ostir, 2010).
- ✓ A satisfação com a vida e o bem-estar emocional aumentam o uso de estratégias apropriadas para lidar com a doença (Ruiz, Sanjuan, Pérez-Garcia, & Rueda, 2011).

Intervenção Positiva nos Cuidados Continuados Integrados

Na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde a maioria dos utentes é idosa e os diagnósticos clínicos mais frequentes são: dependência nas atividades da vida diárias consequentes a acidente vascular cerebral, fraturas, traumatismos, úlceras de pressão, amputação dos membros.

Estes diagnósticos, por sua vez, são muitas vezes acompanhados por ansiedade face ao envelhecimento e à morte, luto, medo de dependência e, outras psicopatologias como delirium, demência, perturbações mnésicas, perturbações do humor e perturbações da ansiedade. Nas situações mais graves, o sentimento predominante é de desespero.

Assim, o psicólogo começa por avaliar o estado mental do utente, facultar apoio à família, estabelecer a proposta de intervenção psicológica junto da equipa multidisciplinar e, reunir com o utente/família para dar conhecimento do processo de reabilitação.

Tendo as emoções positivas um papel protetor na saúde existe a necessidade de integrar emoções e traços positivos nos programas de reabilitação e, não apenas reduzir os sintomas depressivos (Davidson, Mostofsky, & Whang, 2010).

As sessões de psicoterapia como propósito perceber as forças e as virtudes do utente e familiares e, assim, definir objetivos terapêuticos, contribuir para a melhoria do estado de humor, a clarificar expectativas desajustadas e promover a colaboração do utente no seu processo de reabilitação. Encontra-se subjacente a este processo de psicoterapia positiva o efeito de desconstrução, significando que as emoções positivas ajudam o indivíduo a desfazer os efeitos das emoções negativas e a encontrar significados positivos em situações de stress (Fredrickson, Branhnan, & Tugade, 2000).

As estratégias de intervenção da psicoterapia positiva incluem a promoção gradual de esperança, a construção de forças protetoras (coragem), o desenvolvimento de competências interpessoais (introspeção, otimismo, autenticidade, perseverança, responsabilidade pessoal, determinação) e, a

narração construtiva que reconta as próprias histórias de vida de uma nova perspectiva (Csikszentmihalyi, 1993).

A proposta de intervenção psicológica inclui grupos psicoterapêuticos, pois tal permite desenraizar a crença de que os nossos problemas são únicos, descobrir pontos em comum, instalar a esperança, promover a interação social, promover o planeamento realista de objetivos e, também, privilegiar a aprendizagem e o treino de competências (Lima, 2004). A duração e a frequência das sessões deve ser mais flexível uma vez que, a maioria, são pessoas idosas e com algum declínio cognitivo.

Elaboração de um plano de intervenção positiva com utentes em reabilitação

Sessão: “Acolhimento e Aquecimento”

Objetivos: Estimular um clima de confiança, empatia, segurança e partilha; Favorecer a análise e reflexão das expectativas do grupo. Exercício: Aquecer os músculos, rodar articulações, alongamentos; Construir um quadro com a informação pessoal e respectivas expectativas.

Sessão: “Sentido de Vida (Positivo)”

Objetivos: Estimular a reflexão sobre o conceito de sentido da vida; Analisar os sentimentos envolvidos e os significados/papéis associados. Exercício: Exploração de imagens com diversos momentos do ciclo de vida; Construir um cartaz síntese sobre os ingredientes para um sentido da vida positivo.

Sessão: “Atribuir sentido positivo à adversidade”

Objetivos: Reflectir sobre mitos na terceira idade; Avaliar as consequências positivas de mudar tais pensamentos por outros mais adaptativos e realistas. Exercício: “Barómetro de mitos”. Propõem-se possíveis formas alternativas de pensar e mudanças comportamentais.

Sessão: “Expressões cognitivas e emocionais positivas”

Objetivos: Desenvolver a atenção selectiva a acontecimentos positivos, através de auto-monitorização. Exercício: Uso de imagens; Roleplaying: Qual a sua recordação agradável mais antiga?

Sessão: “Conhece-te a ti mesmo positivamente”

Objetivos: Valorizar resultados positivos do seu desempenho; Explorar estratégias de *coping* adaptativas. Exercício: “Chuva de ideias”: Acredita que tem/teve uma missão pessoal? Que qualidades desenvolveu através dessa experiência.

Sessão: “Olhar positivo”

Objetivo: Repor reforços positivos: cuidar de si, aumentar as actividades agradáveis e diminuir as actividades desagradáveis. Exercício: Registar um acontecimento diário positivo; “Relógio pessoal”: comparar “tempo real” ao “tempo ideal”.

Sessão: “Agradecer e Perdoar”

Objetivo: Refletir sobre a importância do Agradecimento e do Perdão. Exercício: Escrever uma carta dizendo a essa pessoa o quanto está agradecido ou pedindo perdão.

Sessão: “Transcendência do Eu”

Objetivos: Refletir sobre a espiritualidade como crescimento pessoal. Exercício: Oração; Meditação (respiração diagramática); Relaxamento emparelhado com imagem de paz.

Sessão: “Resolução de Problemas”

Objetivos: Promover a aprendizagem de resolução de problemas através da modelagem. Exercício: Visualizar um filme com o uso de modelos, semelhantes ao grupo. Os modelos mostram a resolução de problemas, são reforçados e auto-reforçam-se pelos seus êxitos.

Sessão: “Postura Pró-Activa”

Objetivos: Criar de objectivos a atingir a curto, médio e longo prazo; Formular alternativas de possíveis meios para o conseguir. Exercício: Liste outra (s) maneira (s) de ainda se sentir útil; Role-playing: Imagine-se a agir nesse momento e transmita o seu sentimento.

CONCLUSÃO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados procura melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Uma vez que a literatura refere que as emoções positivas têm um papel protetor na saúde, espera-se com a presente comunicação ter oportunidade de refletir sobre a intervenção psicológica positiva neste contexto de saúde e, com isso, contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico dos utentes e familiares que recorrem aos cuidados continuados integrados.

REFERÊNCIAS

- APA On Line (2004). Psychology: Promoting Health and Well-Being through High Quality, Cost-Effective Treatment.
- Brummett, B. H., Morey, M. C., Boyle, S. H., & Mark, D. B. (2009). Prospective study of associations among positive emotion and functional status in older patients with coronary artery disease. *The Journal of Gerontology. Psychological sciences and social sciences*, 64 (4), 461-469.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70 (7), 741-756.

- Csikszentmihalyi, M. (1993). *The Evolving Self*. New York: HarperCollins.
- Davidson, K. W., Mostofsky, E., & Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: the Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31 (09), 1065-1070.
- Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Diário da Republica nº 109 – I Série A. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). *Motivation and emotion*, 24, 237-258.
- Giltay, E. J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166 (4), 431-436.
- Lima, M. P. (2004). *Posso participar? Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Âmbar.
- Ostir, G. V., Berges, I. M., Ottenbacher, M., Clown, A., & Ottenbacher, K. J. (2008). Associations between positive emotion and recovery of functional status following stroke. *Psychosomatic Medicine*, 70 (4), 404-409.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2001). *Psychosomatic Medicine*, 63 (2), 210-215.
- Rozanski, A. & Kubzansky, L. D. (2005). Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67, 847-853.
- Ruiz, M. A., Sanjuan, P., Pérez-Garcia, A. M., & Rueda, B. (2011). Relations between life satisfaction, adjustment to illness, and emotional distress in a sample of man with ischemic cardiopathy. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (1), 356-365.
- Seale, G. S., Berges, I. M., Ottenbacher, K. J., & Ostir, G. V. (2010). Change in positive emotion and recovery of functional status following stroke. *Rehabilitation Psychology*, 55 (1), 33-39.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5 – 14.
- Seligman, M. E. P., Rashid, & Parks, A. C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Shirai, K., Issa, H., Ohira, T., Ikeda, A., Noda, H., Honjo, K., Inoue, M., & Tsugane, S. (2009). Perceived level of life enjoyment and risks of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan public health center based study. *Circulation*, 120 (11), 956-963.

- Simon, M. A. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Steptoe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77 (6), 1747-1776.
- Steptoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceeding of the National Academy Science of United States of America*, 102 (18), 6508-6512.
- Versteeg, H., Pedersen, S. S., Erdman, R. A., van Nierop, J. W., de Jaegere, P., & van Domburg, R. T. (2009). Negative and positive affect are independently associated with patient-reported health status following percutaneous coronary intervention. *Quality of Life Research*, 18 (8), 953-960.

A AVALIAÇÃO DO TEMPERAMENTO ATRAVÉS DA *EAS TEMPERAMENT* *SURVEY* PARA ADULTOS

MARIA CRISTINA CAMPOS DE SOUSA FARIA

O estudo sobre o temperamento surge do interesse em conhecer de modo mais profundo as características da personalidade. Os seres humanos são visivelmente distintos uns dos outros, seja pela interferência da *nature* ou da *nurture*. Apresentam não só um corpo único, que comunica e se expressa de forma diversificada, mas também, diferentes traços de personalidade e várias maneiras de viver a saúde e sofrer as suas doenças. Contudo, as perspectivas dos cientistas sobre a mudança e a continuidade do temperamento dependem muito dos seus pontos de partida: (1) os investigadores da infância tendem a ignorar o posterior custo do desenvolvimento do temperamento; (2) os investigadores da personalidade procuram as origens do desenvolvimento dos traços de personalidade esperando consistências entre temperamentos na infância precoce e nos traços de personalidade adultos; (3) as pesquisas dos pediatras mostram menos interesse na continuidade dos traços de desenvolvimento, do que na previsão clínica relevante dos acontecimentos do temperamento precoce; (4) os cientistas do temperamento tomam posições diferentes no assunto da continuidade e, assim, esperam maior estabilidade para as características temperamentais, do que para qualquer outro traço de personalidade (Faria, 1993). Por outro lado, os estudos também têm mostrado que as diferenças individuais ao nível do temperamento são preditivas de problemas de comportamento, isto é, os indivíduos podem ser vulneráveis ou resilientes aos factores de risco, de stresse, abuso de substâncias, convicções criminosas ou comportamento desordeiro, problemas de distúrbios alimentares, ansiedade, fobias, depressão pós-parto e suicídio (Joyce, 2010). Por conseguinte, a avaliação psicológica do temperamento constitui uma mais-valia para o conhecimento da personalidade dos indivíduos saudáveis e doentes. Conhecer a personalidade e predizer o seu comportamento com rigor viabiliza a condução eficiente da planificação e da realização de acções de prevenção do risco e de promoção da saúde, individualizadas e contextualizadas. Neste sentido, o presente estudo tem como principal objectivo analisar a estrutura factorial e as qualidades psicométricas do instrumento *Emotionality, Activity, and Sociability (EAS) Temperament Survey* de Buss & Plomin (1984), mostrando a sua viabilidade de aplicação na população portuguesa

Temperamento

Temperamento e personalidade são conceitos frequentemente confundidos. Hall, Lindzey & Campbell (2000) referem a este propósito que *O temperamento é a matéria-prima, juntamente com a inteligência e o físico, da qual é criada a personalidade.* (229). Os autores consideram ainda que na sua generalidade o temperamento encontra-se relacionado com as disposições estritamente ligadas a determinantes biológicas ou fisiológicas, que mudam relativamente pouco com o desenvolvimento. Nesta perspectiva, podemos dizer que no caso do temperamento se destaca mais o papel da hereditariedade, do que em outros aspectos da personalidade. A definição de temperamento proposta por Allport nos anos 60 explica o temperamento como um fenómeno característico de natureza emocional individual, remetendo para a sua susceptibilidade à estimulação emocional, à sua energia usual e capacidade de resposta, à qualidade do seu humor predominante e a todas as particularidades de flutuação de humor. Assim, o fenómeno tem de ser visto como dependente da feitura constitucional e do seu cariz hereditário na origem. As várias teorias do temperamento (Buss, 1995; Chess & Thomas, 1987; Clark & Watson, 1999; Eysenck, 1974; Goldsmith *et al.*, 1987; Rothbart, 1986; *cit.* Ito, Gobitta & Guzzo, 2006), têm-no definido como a expressão prematura de diferenças individuais na personalidade, onde é destacado o fundamento biológico no qual a personalidade se estrutura. É como dizem Graziano, Jensen-Campbell e Sullivan-Logan (1998, *cit.* Ito, Gobitta & Guzzo, 2006, 145), “*o temperamento é o núcleo em torno do qual a personalidade se desenvolve*”. Na classificação de Cloninger os quatro elementos básicos do temperamento são: a procura de novidades e sensações; o evitamento de dano e perigo; a necessidade de contacto e aprovação social; e a persistência; mas, para Akiskal, os temperamentos podem ser compreendidos como padrões predominantes de humor ou “estilos afectivos” (hipertímicos, depressivos, ciclotímicos e irritáveis) (*cit.* Recondo, 2004, 341). Por outro lado, os constructos “temperamento”, “carácter” e “personalidade” são termos muito próximos mas não são idênticos. Para ultrapassar a dificuldade de discriminação entre eles, Strelau (1987, *cit.* Martínez, 2002, 618) considerou cinco características que diferenciam bem o temperamento da personalidade: (1) *Determinantes do desenvolvimento* (Temperamento: biológico. Personalidade: social); (2) *Estádios de desenvolvimento* (Temperamento: infância. Personalidade: idade adulta); (3) *População de referência* (Temperamento: animais e pessoas. Personalidade: pessoas); (4) *Qualidades essenciais do comportamento* (Temperamento: ausentes. Personalidade: presentes); e (5) *Função central reguladora* (Temperamento: sem importância. Personalidade: importante). Apesar de algumas divergências entre os autores sobre o conceito de temperamento, essencialmente centradas em questões sobre matérias de saber até que ponto o temperamento é hereditário, qual a sua base biológica ou maleabilidade e que implicações pode ter para a eficácia da influencia do temperamento na educação e em terapia, podemos encontrar algum acordo. Joyce (2010) faz referência a vários autores e considera que, numa perspectiva psicológica, existe um certo consenso relativamente à definição de temperamento no que diz respeito aos seguintes factores: (1) o temperamento tem uma base biológica

e desde o início da vida humana são evidentes as diferenças individuais; (2) estas predisposições são relativamente estáveis apesar de também serem influenciadas por factores ambientais; (3) o temperamento é compreendido como maleável, pois, as escolhas comportamentais do indivíduo podem ser alteradas em função do entendimento que os indivíduos fazem das qualidades do seu próprio temperamento; e (4) o temperamento está relacionado, mas, não é sinónimo de personalidade.

Na formulação da sua teoria do temperamento, Buss & Plomin (1984), consideram a proximidade entre a personalidade e o temperamento, e que este pode ser entendido segundo quatro perspectivas: emocionalidade; actividade; sociabilidade; e impulsividade, acabando esta última por ser mais tarde abandonada. Na emocionalidade consideram dois altos níveis de energia das emoções, o medo e a raiva ou cólera, que surgem como precursoras do desenvolvimento da ansiedade. Admitem que na Infância a primeira componente do neuroticismo é a emocionalidade. No que diz respeito à actividade, esta é percebida simultaneamente com o andamento, ritmo de prossecução e vigor. O temperamento de sociabilidade requer uma análise das recompensas sociais, pelo que, está relacionado com a classe de recompensas e inclui a partilha de actividades e a capacidade de resposta dos outros. No desenvolvimento da sociabilidade, a vergonha e a timidez surgem distintas da capacidade de socializar-se. Sugere-se que a extroversão representa uma combinação perfeita entre a sociabilidade e um alto nível de vontade social. Os autores defendem que a sociabilidade envolve mais interacção de reforços (a mera presença dos outros, a sua atenção, a capacidade de resposta e estimulação) do que respostas de satisfação (respeito, elogio, simpatia e afecto). Embora a vergonha seja distinta da sociabilidade, na infância a primeira componente de extroversão é a sociabilidade e o alto nível de timidez. Sobre o que distingue o temperamento dos outros traços de personalidade, Thomas e Chess (1977) sugerem que o temperamento equivalente a estilo comportamental, pois, este refere-se mais *ao como* do que *ao quê* (aptidões e conteúdos) ou *ao porquê* (motivação) do comportamento. Os debates sobre a emoção incluem geralmente três componentes diferentes: expressões, sentimentos e energia. Os sentimentos incluem as cognições, tão centrais para explicações correntes do comportamento. Para Buss & Plomin (1984) a energia é a componente crucial, devido ao facto de ser o elemento da emoção que apresenta diferenças hereditárias individuais. Parece ser consensual que os processos ligados ao temperamento estão enraizados em sistemas biológicos, e que a emoção é fundamental para a compreensão do temperamento. Nesta perspectiva, o temperamento é visto como um subdomínio da personalidade, contudo, a personalidade estende-se para além de incluir o temperamento para conter as cognições específicas, as crenças e os valores. A visão contemporânea considera que o temperamento inclui os processos de atenção disposicional, como o esforço de atenção, mas não inclui as cognições específicas. As cognições específicas podem ser influenciadas pelo temperamento, como quando um indivíduo que tem um temperamento terrível tem tendência a desenvolver atitudes pessimistas sobre o futuro, mas, numa personalidade temperamental e não temperamental os domínios permanecem separados (Evans & Rothbart, 2007). A um nível mais geral os constructos motivação, emoção e

atenção são mais explorados através da definição de constructos específicos do temperamento e em níveis mais baixos, como o domínio do afecto negativo.

A estrutura do modelo de temperamento emergente é determinado através da estrutura relacionada com os traços de personalidade. Os estudos mais recentes sobre a personalidade remetem-nos para o modelo de personalidade dos cinco factores: *Extraversion*, *Agreeableness*, *Conscientiousness* *Neuroticism* versus *Emotional Stability*, and *Intellect/Imagination* (ou *Openness* no Modelo dos Cinco Factores (McCrae, 1993/1994, cit. Evans & Rothbart, 2007,869). No final da década de 90, os autores deram particular destaque ao estudo das relações que podem ser estabelecidas entre os factores de personalidade incluídos no *Big Five* ou Cinco Grandes Factores (neuroticismo, extroversão, realização, socialização e abertura para a experiência) e o temperamento. Neste seguimento, a propósito das relações entre temperamento e personalidade, Jan Strelau desenvolveu a *Teoria Regulativa do Temperamento*, que defende que o temperamento encontra-se ligado a “traços básicos, relativamente estáveis, expressos principalmente nas características formais de reacções e comportamento. Esses traços estão presentes desde cedo na criança e podem ser encontrados em animais. Primariamente determinado por mecanismos de origem biológica, o temperamento está sujeito a mudanças causadas pela maturação e pela interação entre indivíduo e genótipo específico - ambiente” (Strelau, 1998,165, cit. Ito, Gobitta & Guzzo, 2006, 145). Uma outra faceta do temperamento, é que ele pode ser considerado um factor de risco ao interagir com outros factores. Estudos identificaram que os principais factores de risco que predispõem o indivíduo à vulnerabilidade pessoal e à adversidade são: a irritabilidade temperamental, a falta de sociabilidade, a falta de segurança emocional e ligações afectivas fortes com uma pessoa, a falta de apoio no ambiente escolar e uma situação social (Strelau& Elias, 1994; Clarke & Clarke, 1994; cit. Ito, Gobitta & Guzzo, 2006). Neste sentido, uma avaliação psicológica do temperamento pode constituir-se como um bom diagnóstico das vulnerabilidades de determinados indivíduos e das suas dificuldades em dar respostas adaptativas em situações mais ou menos aversivas do quotidiano, possibilitando uma intervenção psicológica o mais precocemente possível, que permita ultrapassar as suas dificuldades, prevenir os comportamentos de risco e promover a sua saúde física e mental.

Na pesquisa bibliográfica efectuada verificámos a importância que o temperamento tem para a melhor compreensão da personalidade de cada indivíduo e da sua orientação para trajectórias de saúde ou de doença. Nesta investigação procuramos contribuir para a adaptação do instrumento de avaliação psicológica *Emotionality, Activity, and Sociability (EAS) Temperament Survey* (Buss & Plomin, 1984) para a população portuguesa, dando a conhecer a sua estrutura factorial e as suas qualidades psicométricas.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 350 estudantes do Instituto Politécnico de Beja, 281 do género feminino e 69 do masculino, sendo na sua maioria solteiros (78% solteiros, 18,27% casados e 3,71% na situação de união de facto, viuvez ou divorciado) e estudantes a tempo inteiro (70,57% de estudantes e 29,43% de estudantes trabalhadores). Os estudantes encontram-se distribuídos pelo 1º ano de pós-graduação ou mestrado (31,14%); 2º ano de formação inicial (59,14%) e 3º ano de formação inicial (9,71%), são originários de catorze cursos ministrados no Instituto Politécnico de Beja, sendo oito de formação inicial e cinco de formação de mestrados ou pós-graduações em áreas da Saúde, Educação, Multimédia e Ciências Sociais e do Comportamento. A idade dos participantes varia entre 18 e 53 anos, sendo a média de idades de 25,7 anos, com um desvio padrão de 5.83. Para o total da escala dos 20 itens os resultados mostraram que se tratava de uma população que na sua maioria apresentava traços temperamentais (*Temperamento EAS*: mínimo=14; máximo=87; média=55,3 e desvio padrão=8.4. Quanto às sub-dimensões os resultados sugerem uma *Sociabilidade* bastante significativa (S:mínimo =5; máximo =20; média =14.6; dp =2.7); uma *Actividade* significativa (A:mínimo=5; máximo=20; média=11.3; dp=2.6); uma *Emocionalidade de Angústia* fraca (EA= mínimo=4; máximo =19; média=8.7; dp. 2.9); uma *Emocionalidade de Cólera* significativa (EC: mínimo=.2; máximo=18; média=10.6; dp.=4.9) e uma *Emocionalidade de Medo* significativa (EM: mínimo=3; máximo=23; média=10.4; dp. 2.9). Face ao exposto, podemos inferir que a população estudada apresentava uma personalidade temperamental mediana com destaque para a sociabilidade e expressão de alguma actividade, cólera e medo.

Material

Buss e Plomin (1984, *cit.* Nærd. A.; Roysamb, E. & Tambs, K., 2004) defendem que o temperamento tem uma forte componente hereditária, contudo, reconhecem que embora a hereditariedade possa colocar a personalidade numa determinada direcção, o curso do desenvolvimento é também influenciado pelo ambiente. O temperamento é concebido como uma subclasse de traços de personalidade caracterizados pela simples aparência durante o primeiro ano de vida, persistindo mais tarde ao longo da vida. Os traços que correspondem a este critério são a *emocionalidade* (angústia primordial que se diferencia na cólera e no medo a partir dos seis meses de idade), *actividade* (pura expansão da energia física) e *sociabilidade* (uma preferência para estar mais com os outros do que estar só) que deram origem à sigla EAS.. A escala *Emotionality, Activity, and Sociability (EAS) Temperament Survey* de Buss & Plomin (1984), é um instrumento de auto-resposta constituído por 20 itens, que descrevem a percepção dos indivíduos sobre o modo como se sentem ou

comportam em determinadas situações e se relacionam com os outros socialmente. A escala avalia três temperamentos ou traços de personalidade: a *actividade* (itens 2,7, 10 e 17), a *sociabilidade* (itens 1,6,15 e 20) e a *emocionalidade*. Na avaliação da emocionalidade são consideradas as suas três componentes, as subdimensões *cólera* (itens 5,8,13 e 18), *angústia* (itens 4, 9, 14, 11 e 16) e *medo* (itens 3, 12, 14 e 19).. Apresenta três itens reversos (6, 18 e 19). .Depois de ler uma pequena introdução explicativa sobre a forma de preenchimento, o respondente expressa a sua percepção sobre as suas características temperamentais, descritas em cada afirmação apresentada, através de uma escala de tipo *Likert* de cinco posicionamentos (1= *nada característico de mim próprio(a)*, 2= *pouco característico ou típico de mim próprio(a)*; 3= *bastante característico ou típico de mim próprio(a)*; 4= *muito característico ou típico de mim próprio(a)* e a 5= *multíssimo característico ou típico de mim próprio(a)*). A pontuação total no teste varia de 20 a 100, direccionando o resultado com maior pontuação no sentido de uma personalidade temperamental. Para realizar a aplicação da escala EAS numa população portuguesa utilizou-se adaptação realizada por Faria (2003) que respeitou os habituais procedimentos que devem ser realizados na adaptação linguística da versão inglesa para a versão portuguesa.

RESULTADOS

Através do *t teste* efectuado, onde se relacionou o total da nota obtida no instrumento e suas dimensões com o género, verificou-se que não havia diferenças entre homens e mulheres. O valor obtido para o Coeficiente *alpha de Cronbach* é de (.71), o que quer dizer que se obteve um bom indicador de consistência interna do instrumento. Os valores obtidos respectivamente para o *Coeficiente de Spearman-Brown* (.62), *Correlação Split-half* (.45), *Coeficiente de Guttman (Rullon)* (.61), *Coeficiente Alpha- half1 items* (.67) e *Coeficiente Alpha- alph2 itens* (.47) são de certa forma abonatórias da consistência inter/fidelidade da escala de Temperamento EAS. Da análise factorial realizada com rotação varimax, foram identificados cinco factores (*Quadro 1*) que explicam uma parte considerável da variância, ou seja, 56,36%.

Quadro I – OS CINCO FACTORES DO EAS *TEMPERAMENT SURVEY* PARA ADULTOS

F 1: Emocionalidade Angústia

21.175 % do total da variância explicada			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
6	Sou uma pessoa solitária.	<i>Emocionalidade Angústia</i>	-.432
9*	Sinto-me com frequência frustrado(a).		.773
11*	Todos os problemas diários deixam-me perturbado(a) ou irritável.		.755
12	Sinto-me frequentemente inseguro(a).		.783
13	Existem muitas coisas que me aborrecem.		.745
14	Quando me sinto amedrontado(a) entro em pânico.		.712
16*	Fico emocionalmente transtornado(a) com facilidade.		.712

F2: Actividade

10.296 % do total da variância explicada			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
2*	Habitualmente pareço estar sempre com pressa.	<i>Actividade</i>	.748
7*	Gosto de estar todo o tempo ocupado(a).		.505
10*	A minha vida decorre de uma forma apressada.		.638
17*	Frequentemente, sinto-me como estivesse a rebentar de energia.		.498
19	Tenho menos medos do que a maior parte das pessoas da minha idade.		-.535

F 3: Sociabilidade

9.260 % do total da variância explicada			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
1*	Gosto de estar com pessoas.	<i>Sociabilidade</i>	.758
15*	Prefiro trabalhar com os outros do que sozinho(a).		.618
20*	Acho que o contacto com as outras pessoas é mais estimulante do que qualquer outra coisa.		.694

F 4: Emocionalidade Medo

8.591 % do total da variância explicada			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
3*	Assusto-me com facilidade.	<i>Emocionalidade Medo</i>	.740
4	Fico frequentemente aflito(a).		.558
5	Quando me desagrada o que me dizem digo-o de imediato às outras pessoas.		-.486

F 5: Emocionalidade Cólera

7.036 % do total da variância explicada			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
8*	Sou conhecido(a) por me exaltar facilmente.	<i>Emocionalidade Cólera</i>	.571
18*	É preciso muito para me fazerem zangar.		.789

*Itens da subdimensão da escala original.

A análise factorial efectuada seleccionou os mesmos cinco factores da escala original, contudo, agrupa os itens de forma ligeiramente diferente, mantendo só os quatro itens da subdimensão *Actividade*. Esta nova abordagem obriga-nos a repensar a estrutura da escala EAS para a versão portuguesa e abre a porta a novos estudos sobre a avaliação do Temperamento na população portuguesa.

REFERÊNCIAS

- Buss, A., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early Developing Personality Traits*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Faria, M. (1993). *Comunicação Individual e Comunicação Social – a sua relação como Auto-conceito, Temperamento, Apoio Social e Êxito*. Dissertação de Mestrado de Ciências da Educação,

na especialidade de Psicologia da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (np).

Hall, C.; Lindzey, G., & Campbell (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre: ARTMED

Ito, P., Gobitta, M. & Guzzo, R. (2006). Temperamento, neuroticismo e auto-estima: estudo preliminar. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 143-153.

Joyce, D. (2010). *Essentials of Temperament Assessment*. New Jersey: John Wiley and Sons. ISBN:9780470594032.

Martínez, A. (2002). Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*. 13, 617-643.

Nærd, A., Roysamb, E., & Tambs, K. (2004). Temperament in Adults – Reliability, Stability, and Factor Structure of the EAS Temperament Survey. *Journal of Personality Assessment*, 82 (1), 71-79

Recondo, R. (2004). Resenha do livro Temperamento forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor, de Diogo Lara. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(3), 341-343.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.

VISÃO SUBNORMAL: UM OLHAR MAIS PROFUNDO

TERESA MARA PONTES DE FARIAS, FERNANDO TAVARES SARAIVA, MARIA SOCORRO

MOREIRA DE FIGUEIREDO SARAIVA & TEREZINHA TEIXEIRA JOCA

A partir da Convenção de Salamanca, em 1994, foi lançada a proposta de Educação para Todos. Buscando acompanhar as tendências das Políticas Nacionais de Educação, que instituem que as Universidades devem propor e efetivar condições de inclusão e acessibilidade de alunos com necessidades especiais, a Universidade de Fortaleza - UNIFOR, através da Vice-Reitoria de Ensino de Graduação, oferece à comunidade acadêmica o Programa de Apoio Psicopedagógico – PAP, a fim de assistir de forma ampla a comunidade acadêmica, maximizando a acessibilidade dos alunos com necessidades educacionais específicas e contribuindo com a abertura de espaço para estágio em Psicologia Escolar no próprio Campus.

Instituído por meio da Resolução R27/05, o Programa de Apoio Psicopedagógico – PAP, que é diretamente coordenado pela Divisão de Assuntos Pedagógicos da Vice-Reitoria de Ensino de Graduação – VREGRAD/DAP, constitui-se como um Programa de ação orientadora compartilhada, voltado para o atendimento e acompanhamento de alunos da UNIFOR que apresentem necessidades educacionais especiais ou deficiências caracterizadas, bem como suporte a professores, funcionários e pais de alunos no desenvolvimento de competência para praticar a inclusão educacional no ensino superior. A responsabilidade por tal atendimento, de acordo com Santos (citado em Magalhães, 2002), necessita ser assumida integralmente e forma universalizante.

Atualmente, as políticas públicas trabalham com a proposta de incentivo ao exercício de cidadania por parte do sujeito com deficiência, através da extrapolação da questão da inclusão educacional e social para além dos muros da educação básica, adentrando as Instituições de Ensino Superior – IES, as quais, não raramente, se encontram tão ou até mais despreparadas do que as escolas de ensino básico, no que se refere ao acolhimento de tal demanda. A gama de especificidades e deficiências que bate à porta de tais instituições é inúmera, percorrendo deficiências físicas, sensoriais, intelectuais, de conduta e emocional, gerando reflexão junto à comunidade acadêmica quanto à necessidade de busca por uma melhor solução, capaz de conduzir a um atendimento mais adequado de tais demandas, para que, desta forma, possa ser oferecido um processo de ensino/aprendizagem mais assertivo e proporcionador de oportunidades igualitárias.

Universidade de Fortaleza.

A partir da prática dos três primeiros autores, que são psicólogos em formação e têm a responsabilidade tutorial no programa de atender à demanda das pessoas com deficiência visual, surgiu a necessidade de adentrar-se na literatura sobre o assunto e, aproveitando os conhecimentos da primeira autora que trabalha em um centro de assistência visual, enriquecer os diálogos sobre visão subnormal. Para que pudéssemos compreender melhor a literatura, buscamos conhecer um caso com mais afinco de um aluno que faz parte de nossa clientela, no PAP.

Neste estudo em específico, iremos nos deter à deficiência visual e olhar mais profundamente para a visão subnormal, partindo do acompanhamento, através do PAP, de um estudante de graduação, Rafael (nome fictício a fim de salvaguardar o sigilo), com visão subnormal, que foi diagnosticado pela clínica oftalmológica com retinose pigmentar. A proposta do estudo de caso realizado é compreender os motivos pelos quais alguns portadores de baixa visão tornam-se facilmente autônomos e seguros de si, enquanto outros não. O que se deseja investigar é a relevância de aspectos emocionais em tal contexto. A partir de tal propósito, foi realizada revisão bibliográfica de estudos e discursos produzidos em relação à visão subnormal, buscando estabelecer relações entre as áreas de conhecimento da Psicologia e da Oftalmologia. No entanto, foi encontrada escassa produção sobre a vivência de dificuldades em relação à visão subnormal, atestando para a relevância do presente trabalho.

Conhecendo essa visão que se diz subnormal

Historicamente, até a década de 1970, apenas se fazia distinção entre as pessoas que viam e as que não viam, então considerados cegos. A partir deste período, segundo Amiralian (2004), é possível observar, no Brasil, uma preocupação por parte dos especialistas em relação à questão da visão subnormal. Ainda de acordo com a referida autora, foi constatado que muitas crianças consideradas cegas liam o Braille com os olhos, fato que levou os especialistas a proporem uma reformulação da maneira como o diagnóstico de deficiência visual deveria ser abordado, passando a enfatizar a capacidade do indivíduo em relação à utilização de sua percepção visual. Os especialistas, portanto, voltaram seu olhar para a possibilidade de uso do resíduo visual por parte daqueles indivíduos antes considerados apenas como cegos, passando a investir no desenvolvimento de recursos ópticos que auxiliassem o uso de tal resíduo visual.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1980, sugeriu uma classificação das deficiências visuais baseada na medida da acuidade visual (AV) e da amplitude do campo visual. Compreendendo a acuidade visual (AV) como uma medida utilizada para determinar a visão útil do indivíduo. Dessa forma, a visão subnormal está associada a um nível que, mesmo com a utilização de correção comum (uso de lentes e óculos), impede a pessoa de realizar e/ou executar tarefas no seu dia-a-dia. Para uma melhor compreensão e atuação, a Organização Mundial de Saúde (OMS), classificou a deficiência visual em cinco categorias:

- visão tipo 1: Visão de acuidade visual média corrigida de 20/70;
- visão tipo 2: Visão baixa e começa em 20/200;
- visão tipo 3: Cegueira e é inferior a 20/400;
- visão tipo 4: Cegueira pior que 5/300;
- visão tipo 5: Cegueira na qual não existe mais a percepção luminosa;

Um campo visual entre 5° e 10° (em comparação com um campo visual normal de cerca de 120°) é classificado na categoria 3, e abaixo de 5° na categoria 4, mesmo que a pequena mancha de visão central seja perfeita (Veiztman, 2000).

Quanto mais cedo for diagnosticado o problema da baixa acuidade visual, mais oportunidades terão os pais, professores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, ou seja, toda uma equipe multidisciplinar, para habilitar e/ou reabilitar as funções visuais do paciente e facilitar o desenvolvimento neuropsicomotor, que irão ajudar na realização das tarefas do dia-a-dia.

Apenas os usuários de lentes de contato ou óculos sabem o que é uma visão embaçada, quando estes retiram as mesmas. A acuidade visual é medida com correções visuais, que a tecnologia aperfeiçoa a cada dia. Isto significa que, apesar do uso de lentes de contato ou óculos, o indivíduo não pode ver claramente. Quanto mais a visão é embaçada, mais desconforto e insegurança acarretam ao indivíduo. Esta baixa acuidade, geralmente, apresenta-se acompanhada de desequilíbrios emocionais, tais como fobias, medos, inquietações, angústias, auto-estima baixa etc.

Receber tal diagnóstico quebra com os sonhos da família e do sujeito, pois a sua percepção de si mesmo e sua autoestima sofrerá com sua nova condição, havendo uma tendência à negação e não aceitação desta nova realidade. Segundo Medeiros (2009), as famílias, que tantas vezes se sentem indefesas perante a adversidade, respondem de forma desajustada, compreensivelmente. As duas respostas familiares mais comuns são o abandono ou a super proteção.

No que se refere ao modo pelo qual dificuldades afetivo-emocionais podem estar relacionadas à baixa visão, Amiralian (2004) comenta que a própria falta de identificação do indivíduo como uma pessoa com baixa visão pode trazer severas complicações para a organização de sua personalidade e para seu processo de aprendizagem. Tal identificação não se propõe a rotular o sujeito, mas sim de compreender que possibilidades ele revela. Pois, segundo a autora, esta falta de identificação ocorreria devido ao fato de estas pessoas serem tratadas, ora como cegas, e em outros momentos como pessoas visualmente normais, sem haver uma compreensão clara e definida de tais indivíduos como pessoas com baixa visão.

Apesar de estudos especializados que atestam o contrário, para a comunidade em geral parecem ser reconhecidas apenas duas possibilidades de ser: ser cego ou ser daqueles que enxergam. A autora problematiza tal questão ao afirmar que, desta forma, diversas dificuldades afetivo-emocionais ou de

aprendizagem, que poderiam ser mais efetivamente trabalhadas quando relacionadas à condição real do sujeito no que se refere às suas limitações de percepção visual, são tratadas como outros problemas, não raramente de maneiras inadequadas.

As diferenças visuais não impossibilitam a aprendizagem do sujeito e nem a sua capacidade de estabelecer relações com o mundo. Entretanto, o meio tem forte influência em como este sujeito, que passa a desenvolver uma perda de visão ou que apresente uma baixa acuidade visual, vai processar a sua constituição como ser. Como assinala Lira e Schilindwein (2008), “é no contexto cultural que a criança aprende, desenvolve os sentimentos em relação a si mesma, as atitudes em relação aos outros e a familiaridade com o meio ambiente” (p. 173).

O sujeito além de necessitar a sua superação biológica e desenvolver novas formas de perceber o mundo, ele dialoga com as questões sócio históricas que percebe a deficiência como uma forte barreira no desenvolvimento pessoal ou como novas formas e possibilidades de se desenvolver e ser no mundo. Como enfatiza Vygotski (1989), “importa que a educação seja orientada em direção à plena validade social e a considere como um ponto real e determinante, e não que se nutra de idéia de que o cego está condenado a menos valia” (p.54).

A pessoa com capacidade visual limitada, muitas vezes, é vista com piedade, com necessidade de dependência e proteção. Os profissionais da educação e a família não alcançam as suas potencialidades. De acordo com Lira e Schilindwein (2008), “há uma tendência cultural da pessoa vidente considerar este indivíduo como limitado e, conseqüentemente, incapaz ou deficiente” (p. 176). No tocante a tal processo de estigmatização e do quanto o mesmo pode se tornar prejudicial ao pleno desenvolvimento do indivíduo, Amiralian (2004) comenta que “para as pessoas com baixa visão, [...] a condição de deficiência passa a ser a única pela qual a pessoa passa a ser reconhecida e da qual se apropria” (p. 26). Podemos perceber tal aspecto nas colocações de Anderson (nome fictício a fim de salvaguardar o sigilo) sobre as questões vividas com sua família, antes de ter o diagnóstico. “Quando me serviam algo na mesa e eu não via que já estava servido e perguntava pelo prato, respondiam, já está aí seu burro, seu preguiçoso, acorda! Parece que vive no mundo da lua [...]”. Muitas vezes, a família nega a patologia através de comportamentos vendados para não perceber o que parece tão claro, mas que irá causar muita dor à toda família.

Essas pessoas não estão limitadas em relação a sua percepção de mundo, mas esta diminuição ou perda de visão, de acordo com Lira e Schilindwein (2008), passa a exigir desse sujeito “a utilização de outros meios para estabelecer relações com os objetos, pessoas, coisas do mundo que a rodeiam” (p.183). O que leva a reestruturações profundas e pessoais. Segundo Vygotski (1997), “o que decide o destino da personalidade, em última instância, não é o defeito em si, mas suas conseqüências sociais, sua realização sociopsicológica” (p.44-45).

Chegando à Retinose Pigmentar – RP

Dentre as patologias de baixa acuidade visual e cegueira adquirida destacaremos a Retinose Pigmentar, que foi apresentada por um de nossos estudantes acompanhados pelo PAP e que trouxemos como caé uma patologia ocular de origem congênito-hereditária que se desenvolve na infância. Basicamente ela representa a degeneração progressiva da camada pigmentar da retina e sua progressão é diferente de caso a caso,

Dentro da progressão dos sintomas da RP, a cegueira noturna, ou seja, a dificuldade ou incapacidade de enxergar com pouca luz precede geralmente a visão de túnel por anos e, muitas vezes, décadas. Algumas pessoas com RP não se tornam legalmente cegos até os 40 ou 50 anos de idade e mantêm alguma visão por toda sua vida, enquanto outros ficam completamente cegos por RP já na infância.

As pessoas afetadas, por esta patologia, apresentam inicialmente dificuldades de adaptação ao escuro (cegueira noturna), em seguida redução do campo visual periférico (visão de túnel) e por fim, no final do curso da doença, a perda da visão central.

Há, também, a RP acompanhada de surdez parcial ou total, conhecida como síndrome de Usher. Muitos pacientes com RP desenvolvem catarata precoce, e outros além da RP podem ter miopia, hipermetropia, astigmatismo e estrabismo.

De acordo com a literatura, não é conhecida até agora, nenhuma forma por tratamento clínico ou cirúrgico de intervenção para cura da RP. E diante da progressão da patologia ser tão diversa, passamos a questionar e a observar em nossa clientela a diversidade na forma de encarar o diagnóstico de RP e a forma como passou a encarar a vida. Revelando que muito dessa tendência a chegar rápido a cegueira ou retardá-la encontra-se vinculado à resiliência. Silveira e Sequeira (2002) asseveram que,

“os factores determinantes da saúde mental nos indivíduos com cegueira, poderão não ter a ver com a cegueira em si, enquanto privação sensorial, mas com factores que se prendem, eventualmente, com a perda súbita de controlo sobre o meio envolvente físico, social e económico, provocante incerteza e receio perante o futuro” (p. 467).

Os autores citados, ainda, afirmam que os sintomas de ansiedade e depressão podem ser muito comuns em indivíduos que experimentam a perda de visão. Podendo a pessoa desenvolver um estado de dependência e tendência ao isolamento social.

Diante das perdas visuais o comportamento dos indivíduos é muito diverso. E muitos agem de forma resiliente, enfrentando o meio e conquistando muito mais do que se espera do indivíduo. Neste sentido, compreende-se resiliência, de acordo com Masten e Reed (citado em Snyder & Lopez, 2009), como classe de fenômenos caracterizados por padrões de adaptação positiva em contextos adversos ou de grande risco.

Pensando assim, o PAP como programa promotor de inclusão e acessibilidade em uma Instituição de Ensino Superior, busca possibilitar a reflexão desses sujeitos de baixa visão sobre suas capacidades e sua autonomia necessária e proporcionar um espaço resiliente. Tavares (citado em Pinheiro, 2004) afirma que,

“o desenvolvimento de capacidades de resiliência nos sujeitos passa pela mobilização e ativação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou seja, pela sua capacidade de auto-regulação e auto-estima. “Ajudar as pessoas a descobrir as suas capacidades, aceita-las e confirmá-las positiva e incondicionalmente é, em boa medida, a maneira de as tornar mais confiantes e resilientes para enfrentar a vida do dia-a-dia por mais adversa e difícil que se apresente” (p. 69).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de nossos estudos, observações e atendimentos aos sujeitos de baixa acuidade visual, percebemos que, a visão subnormal parece-nos ser mais uma forma de prisão, dependência e submissão, e percebemos a necessidade da atuação do psicólogo junto a equipe de reabilitação, pois no dia em que todo o conhecimento científico, toda prática política e toda profissão da área de saúde e *psi*, caminharem no sentido de ajudar as pessoas a acreditarem em si, em seus recursos pessoais, apesar de todas as diferenças, o mundo será visto, vivido e sentido de uma forma diferente. Somente assim, nos sentindo capazes, passaremos a afastar tudo aquilo que impede a tomada de consciência das implicações humanas na gênese da dor e do sofrimento do ser e do existir, para atingir a liberdade e a autonomia.

Finalizando, mas sem concluir um tema tão complexo, podemos dizer que, a partir de atitudes de desenvolvimento da capacidade resiliente do sujeito e o empoderamento, através de um ambiente propício, deste que apresenta a baixa acuidade visual, haverá uma percepção mais positiva de si e uma nova forma de enfrentar as limitações e novas formas de perceber e agir no mundo, desenvolvendo um olhar mais profundo, para além das barreiras enfrentadas por essa nova condição de vida.

REFERÊNCIAS

- Amiralian, M. L. T. M. (2004). Sou cego ou enxergo? As questões da baixa visão. *Educar em Revista*, 23, 15-28.
- Magalhães, R. C. (Org.) (2002). *Reflexões sobre a diferença: uma introdução à educação especial*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha.
- Maggio, E. (1998). *Maria noite, Maria dia*. São Paulo: Ed. Moderna.

- Medeiros, A. M. (2009) *A Perda da Visão na Adolescência*. [<http://www.bengalalegal.com/perda-de-visao>, data 20.10.2011].
- Pinheiro, D. P. N. (2004). Psicologia em Estudo. A Resiliência em Discussão, *Maringá*, 9(1)67-75.
- Silveira, M. J., & Sequeira, A. (2002). A saúde mental na inserção social da pessoa com cegueira adquirida. *Análise Psicológica*, 20(3),449-470.
- Snyder, C.R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e pratica das qualidades humanas*. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed.
- Vygotski, L. S. (1989). Obras escogidas. Tomo V. *Fundamentos de defectologia*. Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
- Vygotski, L. S. (1997). Obras escogidas. Tomo V. *Fundamentos de defectologia*. Madrid: Visor.

RESILIÊNCIA E ESTRESSE: REVISÃO NARRATIVA E APROXIMAÇÕES TEÓRICAS

ANDRÉ FARO 1, MARCOS PEREIRA 2 & MARCUS LIMA 1

A resiliência é um conceito relativamente recente, que tem se mostrado bastante útil para que sejam tratados temas ligados à adaptação positiva a eventos estressores e ao manejo do estresse (Souza & Cervený, 2006). Porém, em medida proporcional a sua utilidade, é um assunto ainda pouco explorado e possuidor de abordagens diversas de estudo (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Por ser trabalhada principalmente no âmbito do desenvolvimento, a resiliência pode ser entendida, de forma geral, como um mecanismo psicológico que facilita a superação de adversidades, promovendo, em meio à vivência de um ambiente estressógeno, um desfecho positivo para o indivíduo (Serbin & Karp, 2004).

Ao lado de sua amplitude conceitual, as definições de resiliência geralmente se baseiam em dois tipos básicos de explicação: a) é reflexo de um desenvolvimento normal em um indivíduo que, apesar de seu histórico de riscos e agravos durante a vida, demonstra um bom nível de adaptação ao seu ambiente, condição em que entre outros sujeitos causaria traumas psicológicos importantes; e b) a habilidade de se adaptar às situações estressoras, transmitindo a existência de recursos internos e externos flexíveis que favorecem a manutenção do ajustamento ao ambiente, boa inserção social e bem-estar subjetivo (Rutter, 2006; Souza & Cervený, 2006).

Na primeira concepção é defendido o traço disposicional e relativamente estável da resiliência, sendo para alguns autores um componente personológico (Anaut, 2005). O segundo remete ao caráter transacional deste fenômeno, pregando-se que a resiliência é um recurso de ajustamento situacional, composto por aspectos aprendidos na história do indivíduo, mas que pode se aperfeiçoar a cada contato com contextos adversos (Rutter, 2007).

Dentre os dois pressupostos básicos apresentados, neste estudo se acredita que o segundo, entendido como um mecanismo psicossocial adaptativo situacional que possui capacidade acumulativa, torna-se mais adequado para a compreensão da variabilidade adaptativa intra- e interindividual do estresse, opinião que é corroborada por outros autores ligados à psicologia social e a psicologia da saúde (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Pinquart, 2009; Rutter, 2006; 2007).

1 -Universidade Federal de Sergipe (UFS); 2- Universidade Federal da Bahia (UFBA).

A resiliência é vista tanto como o processo de aquisição de habilidades de ajustamento, como a resultante transitória deste processo adaptativo. É um fenômeno que permanece em construção durante o desenvolvimento do indivíduo, atuando como um mediador da relação entre o indivíduo e os estressores que lhe acomete (Rutter, 2007). Noutras palavras, situa-se no contato entre a pessoa e o estímulo estressor, sendo ora um fator atenuante de caráter psicológico para fazer frente aos estressores, ora um conjunto de recursos pré-disponibilizados e ativáveis durante episódios de estresse.

No seu histórico, a resiliência alcançou maior difusão nos estudos com crianças que vivem ou viveram em ambientes estressógenos crônicos (i.e. famílias esquizóides), tendo seu objetivo usualmente voltado para entender as diferenças observadas nos perfis de saúde durante a infância, como também a relação entre um desenvolvimento anormal e as consequências sobre a adaptação na adolescência e a adultidade (Rutter, 2006; Serbin & Karp, 2004). A exemplo do que foi dito, Campbell-Sills, Forde e Stein (2009), ao analisarem a relação entre estresse e maus-tratos infantis, detectaram que a presença de eventos desse tipo diminuiu significativamente o índice de resiliência em adultos, mesmo quando controladas as características sociodemográficas da amostra. No mesmo sentido, Serbin e Karp (2004), em uma revisão acerca da resiliência e o ambiente familiar no desenvolvimento de desajustamento infantil e em fases posteriores, apontaram que as consequências que advêm sobre crianças que viveram em ambientes nocivos (i.e. agressões, desamparo e pobreza) reduzem o nível de resiliência e, por isso, incrementam os riscos de apresentar problemas de ajustamento e comprometimento da saúde física e psicológica durante a infância e ao longo da vida. Simeon *et al* (2007) objetivaram, em um estudo experimental, identificar indicadores psicológicos e biológicos válidos para a resiliência de adultos e constataram que traumas infantis e o estilo de enfrentamento fuga/evitação se correlacionaram negativamente com o índice de resiliência; já apego positivo, bom relacionamento interpessoal (*reward dependence*), nível adequado de cortisol e alto desempenho cognitivo se mostraram positivamente relacionados.

Enquanto conceito, o estresse é apreendido como um fenômeno psicossocial com repercussão biológica, que surge mediante a percepção de ameaça imaginária ou real, interpretada como capaz de trazer possíveis prejuízos à integridade mental ou física de um sujeito (Miller, Chen, & Cole, 2009; Santos, 2010). Diante de tal situação, o indivíduo mobiliza recursos cognitivos, afetivos e sociais a fim de lidar com o contexto ou estímulo estressógeno, buscando o restabelecimento ou provimento de um estado bem-estar subjetivo (Folkman & Moskowitz, 2004). Essa perspectiva, desenvolvida sob os princípios da teoria transacional do estresse (Lazarus & Folkman, 1984), traz à pauta a importância dos recursos adaptativos que são ativados frente à experiência estressora, pois são eles que medeiam a interpretação e moderam a intensidade do desfecho da reação de estresse.

No tocante ao estresse, a resiliência pode ser entendida como um fator componente dos mecanismos psicossociais de adaptação e anterior à mobilização de comportamentos adaptativos que visam à minimização do impacto do estressor, ou seja, é um *buffer* do desfecho do estresse. Em seu

processo de desenvolvimento, a resiliência parece ser um fenômeno construído na história subjetiva do indivíduo, com a possibilidade constante de incrementar o nível de “armazenamento” de recursos de ajustamento, cuja origem é derivada de eventos positivos ou negativos que transcorrem durante a vida (Rutter, 2006). Deste modo, entende-se que a cada experiência estressora um número variado de informações sobre estressores e estratégias adaptativas passa a ser armazenado para futuras experiências, aperfeiçoando a capacidade de resiliência, em um processo que busca reunir dados acerca dos meios mais eficazes e estabelecer, portanto, novos parâmetros comparativos psicológicos, sociais e biológicos para experiências posteriores (Hawkey *et al*, 2005; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Serbin & Karp, 2004).

Conforme salientado por Anaut (2005), há certa expectativa de que o indivíduo resiliente possua três características básicas: a) consciência de si e auto-estima elevada; b) consciência da capacidade de auto-eficácia e c) um repertório de modos de resolução de problemas variado. Pinquart (2009) destacou que na literatura se espera que os indivíduos resilientes possuam altos níveis de auto-eficácia, *locus* de controle interno, sejam autodirigidos, otimistas, perseverantes e confiantes, tenham habilidade de resolver problemas e sejam flexíveis. Cabe lembrar que esses não seriam aspectos exclusivos, mas, sim, condições que promovem uma melhor adaptação a situações estressógenas inespecíficas, produção de afeto positivo e estratégias adequadas para lidar com o advento do estresse (Anaut, 2005). Tais condições, enfim, não seriam necessariamente eficazes diante de todos os estressores possíveis, mas por serem flexíveis e com a tendência de aperfeiçoamento contínuo, têm a capacidade de agregar novos modos de superação a cada nova experiência (Hawkey *et al*, 2005; Rutter, 2006).

De acordo com o exposto, o que se usualmente coteja a respeito da resiliência não é um consenso. Em geral, há autores que defendem a medida de habilidades adaptativas como um todo único, situacional e adaptável ao longo da vida (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Pinquart, 2009). No entanto, Pesce *et al* (2005) deram destaque à proposta de Wagnild e Young (1993), cuja intenção foi detectar uma habilidade geral de nível de resiliência em meio a dois outros subfatores (competência pessoal e aceitação de si mesmo e da vida), os quais parecem refletir o *quantum* adaptativo que o indivíduo dispõe.

Em suma, a resiliência parece agir no sentido de indicar para estratégias de adaptação subseqüentes o quanto e o quê será necessário mobilizar enquanto recursos adaptativos para lidar com o evento (i.e. se o suporte social é viável, uma vez que em outra situação similar promoveu conseqüências positivas) (Gillespie, Chaboyer, & Wallis, 2009; Rutter, 2006; Pinquart, 2009; Souza & Cervený, 2006). Entende-se que esse fenômeno surge como um filtro intermediário entre a percepção e o estresse, ativando conteúdos cognitivo-emocionais que tentam fornecer os meios disponíveis ao sujeito na busca por alcançar o melhor nível de ajustamento possível.

Confirmando a idéia da resiliência enquanto mecanismo psicossocial adaptativo mediador do estresse, Mikolajczak, Roy, Luminet e Timary (2008) analisaram a relação entre resiliência e o estresse através da medida do nível de cortisol salivar de indivíduos em situação de exposição social (i.e. falar em público), acompanhados em três tempos distintos (antes do evento, durante a exposição e no período de recuperação). Como esperado, os autores encontraram que a resiliência se correlacionou negativamente com o índice de estresse e a quantidade de secreção de cortisol. Todavia, um dado que chamou atenção foi que a influência da resiliência sobre o cortisol ocorreu apenas na antecipação ao evento estressor, ou seja, foi capaz de alterar o desfecho do estresse no processo de avaliação e ativação dos mecanismos adaptativos, enquanto que durante a exposição não houve diferença estatisticamente significativa. Diante disso, os autores concluíram que a resiliência atua como um fator antecipatório e/ou concomitante ao processo de percepção, avaliação e interpretação do estímulo estressógeno, ideia que está em conformidade com a hipótese de mediação colocada para a resiliência na presente investigação.

Pesquisas sobre resiliência também constataram que esse fenômeno varia de acordo com o contexto psicossocial dos indivíduos na produção do estresse. Como exemplo, Bonanno, Galea, Bucciarelli e Vlahov (2007) estudaram, dentre outros objetivos, a associação entre o perfil sociodemográfico e a resiliência e encontraram que variáveis como sexo, idade, raça, educação e renda, além de mecanismos psicossociais como o suporte social, influenciaram a variabilidade do índice de resiliência dos indivíduos que residiam próximo ao local do atentado terrorista de 11 de setembro de 2001 nos Estados Unidos.

Entretanto, outros autores, apesar de destacarem a existência de associação, não encontraram relevância na relação entre contexto psicossocial, resiliência e estresse. Sobre isso, Gillespie, Chaboyer e Wallis (2009), analisando estresse no trabalho, resiliência, idade, experiência de trabalho e escolaridade em uma amostra de enfermeiras, detectaram que a idade e o tempo de trabalho em um setor específico do hospital se correlacionaram positivamente com a resiliência, porém, quando inseridas as variáveis em um modelo de regressão linear, somente o tempo de trabalho foi um preditor da resiliência. Campbell-Sills, Forde e Stein (2009), apesar de detectarem significância na relação entre características sociodemográficas e resiliência na relação entre o estresse e maus-tratos infantis, ressaltaram que a variância explicada por todas as variáveis incluídas chegou a 13%, ou seja, restou 87% da variabilidade a ser explicada.

Diante desses achados, que mostraram a multiplicidade de fatores para a determinação da capacidade adaptativa, alguns autores sugeriram a análise mais acurada da relação interativa entre a resiliência e outros mecanismos psicossociais de adaptação na produção de desfechos sobre a saúde (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006; Gillespie, Chaboyer, & Wallis, 2009; Pinquart, 2009), com o efeito conjunto sendo, inclusive, um importante passo que os estudos em resiliência devem buscar (Rutter, 2007).

Reforçando a observação, destaca-se o estudo de Brown (2008), que buscou do delineamento dos fatores que promovem resiliência entre jovens afro-americanos frente a situações de estresse. O autor encontrou que o suporte social e a socialização racial explicaram cerca de 10% da variância da resiliência, o que foi considerado elevado pelos autores, enquanto que características do contexto psicossocial, como o sexo e a idade, não apareceram como preditores. Com proposta de análise semelhante, Yi, Smith e Vitaliano (2005) detectaram, em uma amostra de atletas mulheres, que a resiliência esteve distintamente relacionada ao uso de determinadas estratégias de enfrentamento, a saber, o foco no problema e a busca de suporte social foram mais frequentes entre as que denotaram maior resiliência, sendo que a fuga/evitação e culpar os outros foram as estratégias mais utilizadas pelas atletas menos resilientes.

Em síntese, parece que a questão fundamental em que pode contribuir a resiliência no tocante à elaboração do modelo teórico objetivado neste estudo é a elucidação do quanto os recursos adaptativos adquiridos têm o poder de influenciar o nível de estresse. Neste sentido, a resiliência permitiria, diante de estressores situacionais, utilizar modos anteriores de manejo, como também facilitaria a busca por formas de adaptação mais eficazes no processo de estresse. Acredita-se, então, que a criação de um modelo que consiga explicitar como funcionam estas variáveis na determinação da resposta final do estresse também virá a contribuir com a melhor compreensão de como a resiliência atua enquanto um recurso adaptativo disponível ao indivíduo.

REFERÊNCIAS

- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682. Retrieved from <http://psycnet.apa.org>
- Brown, D. L. (2008). African American resiliency: Examining racial socialization and social support as protective factors. *Journal of Black Psychology*, 34(1), 32-48. doi: 10.1177/0095798407310538
- Campbell-Sills, L., Cohana, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599. doi:10.1016/j.brat.2005.05.001
- Campbell-Sills, L., Forde, D. R., & Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 1-6. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.01.013
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456

- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 968-976. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.08.006
- Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Engeland, C. G., Marucha, P. T., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2005). Stress, aging, and resilience: Can accrued wear and tear be slowed? *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 46(3), 115-125. doi: 10.1037/h0087015
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Mikolajczak, M., Roy, E., Luminet, O., & Timary, D. de. (2008). Resilience and hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity under acute stress in young men. *Stress*, 11(6), 477-482. doi:10.1080/10253890701850262
- Miller, G., Chen, E., & Cole, S. W. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology*, 60, 501-524. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.16355
- Pesce, R. P., Assis, S.G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896. Retrieved from <http://www.scielosp.org>
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 53-60. doi: 10.1016/j.appdev.2008.10.005
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209. doi:10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Santos, A.F. (2010). *Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse*. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (BA).
- Serbin, L. A. & Karp, J. (2004). The intergenerational transfer of psychosocial risk: Mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psychology*, 55, 333-63. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145228
- Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F. W., & Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 1149-1152. doi:10.1016/j.psyneuen.2007.08.005

- Souza, M.T.S. & Cervený, C.M.O. (2006). Resiliência psicológica: Revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (1). Retrieved from <http://www.psicorip.org>
- Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 165-178. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01137.x
- Yi, J. P., Smith, R. E. & Vitaliano, P. P. (2005). Stress-resilience, illness, and coping: A person-focused investigation of young women athletes. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 257-265. doi: 10.1007/s10865-005-4662-1

HOMENS, MULHERES E ESTRESSE: REVISÃO CONCEITUAL E DISTRIBUIÇÃO SOCIAL

ANDRÉ FARO 1, MARCOS PEREIRA 2 & MARCUS LIMA 1

Talvez, a mais comum constatação em pesquisas sobre o estresse é o fato de haver diferenças individuais em torno da variável sexo. Todavia, é válido ressaltar que esta alegação está contida em inúmeros dados que, numa observação acurada, produzem diversos parâmetros de análise.

Por exemplo, encontra-se na literatura um maior número de estudos que indicam que as mulheres são mais suscetíveis ao estresse em comparação aos homens em vários contextos (Denton, Prus, & Walters, 2004; McDonough & Walters, 2001), como também são particularmente mais propensas a desenvolver doenças auto-imunes, doenças crônicas não-terminais e psicopatologias ligadas ao estresse (Rausch, Auerbach, & Gramling, 2008). Por outro lado, são os homens o principal alvo da maioria das doenças associadas a quadros de estresse crônico, exibindo maior prevalência de doenças cardiovasculares, doenças crônicas terminais e os cânceres mais frequentes na população mundial (Kudielka & Kirschbaum, 2005), além de possuírem maior taxa de mortalidade e menor expectativa de vida em praticamente todos os levantamentos populacionais (Kajantie, 2008; Nielsen, Kristensen, Schnorh, & Gronabek, 2008). Então, diante desses retratos singulares de saúde, considera-se que diferenças de vulnerabilização em torno do sexo requerem atenção especial nas investigações sobre o estresse.

A fim de sumarizar tais diferenças, é possível exemplificar o funcionamento distinto de homens e mulheres em três domínios: biológico, social e psicológico. Com efeito, o principal achado no domínio biológico é que os homens exibem reações neurofisiológicas com maior intensidade, tendo sido encontrado que os níveis de catecolaminas e o cortisol são significativamente mais altos se comparado a mulheres em situação semelhante ou a homens que não estão sob estresse (Kudielka, & Kirschbaum, 2005). Embora este dado se contraponha ao fato das mulheres relatarem com maior frequência sintomas do estresse (Matud, 2004), é viável supor que os homens apresentam maiores prejuízos em virtude do excesso de ativação hormonal (Kudielka & Kirschbaum, 2005), desenvolvendo predominantemente as doenças físicas associadas ao estado de estresse crônico, tais como infartos, acidentes cardiovasculares, diabetes e aterosclerose (McEwen & Lasley, 2007).

1 -Universidade Federal de Sergipe (UFS); 2 Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Sobre as mulheres, observou-se que diante de estressores agudos elas demonstram mais lento restabelecimento dos índices hormonais, maior frequência cardíaca e picos hormonais mais severos (Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum, 2004; Otte *et al.*, 2005). Estes achados se aliam ao dado de que as mulheres tendem a ser mais vulneráveis a doenças agudas fatais e a desordens sistêmicas por desequilíbrio hormonal duradouro (Matthews, Davis, Stoney, Owens, & Caggiula, 1991; Nepomnaschy, Sheiner, Mastorakos, & Arck, 2007). De qualquer modo, a maior expectativa de vida das mulheres, apesar de adoecerem com maior frequência em quase todas as fases vitais (Kaplan, Anderson, & Wingard, 1991), parece estar ligada ao papel protetor de alguns hormônios femininos (McEwen, 1999), a exemplo do estrogênio, cuja constatação foi que minimiza o nível de cortisol e reduz a ativação do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenais (Kajantie, 2008), reduzindo o estresse e aprimorando a capacidade de adaptação neurofisiológica.

Não obstante a serem interessantes, as diferenças biológicas entre os sexos ainda denotam a necessidade de maior aprofundamento nas pesquisas, visto que frequentemente são estudadas em associação a outras variáveis (i.e. renda e raça), o que dificulta distinguir se é o próprio sexo como condição biológica que vulnerabiliza ou são outras influências combinadas com esta característica, tais como a contextualização social de gênero e a responsividade psicológica (Lundberg, 2005). Logo, uma análise que se pode fazer é que apesar da crença da maior vulnerabilidade das mulheres, permanecem várias questões em aberto a respeito da generalização da vulnerabilidade ao estresse (Kudielka & Kirschbaum, 2005). Com isso, os domínios social e psicológico da suscetibilidade entram em cena para detalhar a relação entre sexo e estresse.

No domínio social, os estudos indicam que os homens com mais altos níveis de estresse são as vítimas padrão de morte prematura (Nielsen *et al.*, 2008), violência física (Scarpa, Harden, & Hurley, 2006) e acidentes fatais (Nielsen *et al.*, 2008). Quanto às mulheres, estressores derivados do sexismo são colocados como a questão vital a ser lidada no âmbito da teoria do estresse (Moradi & Subich, 2003). Com efeito, o sexismo impõe maior exposição aos estressores de origem interpessoal e institucionais, produzindo maiores ameaças ao bem-estar e saúde das mulheres (Klonoff, Landrine, & Campbell, 2000). Paralelo a essa constatação, é bastante documentada a relação entre a maior inserção social das mulheres e o acúmulo progressivo de estressores (Areias & Guimarães, 2004; Denton *et al.*, 2004). Para alguns autores, este problema surgiu em decorrência do crescimento da participação do sexo feminino no universo socioeconômico e a mudança do *status* de ser mulher na sociedade ocidental contemporânea, que não se fez de modo indolor, uma vez que antigas demandas atribuídas exclusivamente ao sexo feminino não se dissiparam e, ainda por cima, sobrepuseram-se novos desafios para atender ao seu *status* de igualdade com o sexo masculino (Geller, Graf, & Dyson-Washington, 2003; Santos & Alves Júnior, 2007). Em resumo, ao invés de equacionar a carga estressora, o sexo feminino aglutinou obrigações sob o rótulo da paridade social.

Contingente à constatação de que a exposição social e o fluxo neurofisiológico diferem para os sexos, um aspecto parece ser consenso: a resistência aos estressores, que tende a mudar em homens e mulheres, está ligada à capacidade de adaptação psicossocial. No geral, viu-se que os homens exibem mais intensas reações de estresse frente à inferioridade intelectual ou avaliação de desempenho individual, o que remete ao fato que tendem a responder com o modelo “luta x fuga”. Já as mulheres se mostram mais sujeitas ao estresse diante de conflitos interpessoais e a rejeição social, e denotam maior propensão a reagir através de ações de auto e heteroproteção, além da criação e manutenção de redes sociais, ao que foi denominado como modelo de reação *Tend-and-Befriend* (Taylor, 2006).

No domínio psicológico, outra questão vista na literatura é o importante efeito dos mecanismos psicológicos de adaptação. Nesta linha, toma-se como exemplo Gonzáles-Morales, Peiró, Rodríguez e Greenglass (2006), que estudaram estresse e estratégias de enfrentamento em situações de estresse no trabalho. Os autores encontraram que o sexo atuou como um preditor da relação exposição-saúde, sendo que as mulheres exibiram menores índices de estresse quando fizeram o uso de estratégias de enfrentamento voltadas para o apoio social, enquanto que os homens denotaram menor estresse com a mobilização das estratégias focalizadas no problema.

Em suma, constata-se que independente do sexo que demonstre maior vulnerabilidade em determinada situação, o papel da interpretação e o manejo particular dos estressores têm se revelado como peças-chave para a compreensão da variabilidade intra e intergrupar do estresse. De modo geral, ao se fazer a avaliação do conjunto de evidências apresentadas até o momento, dois aspectos vitais merecem ser pontuados para o delineamento de futuros estudos: primeiro, a interação entre o sexo e outras variáveis e, segundo, a influência da mediação cognitiva na responsividade ao estresse.

A respeito da primeira observação, a interação entre o sexo e outra variável relacionada ao entorno social parece incrementar o impacto dos estressores e a vulnerabilidade ao estresse (Rausch *et al*, 2008), embora não seja comum, nas pesquisas, identificar isoladamente a variável de maior efeito (Geiger, 2006). Por exemplo, Sellers e Shelton (2003) destacaram que homens negros são mais suscetíveis aos efeitos negativos do racismo do que as mulheres, o que responde por seus maiores níveis de estresse, e Moradi e Subich (2003) citaram que o sexismo é mais deletério para mulheres negras que o racismo. Sobre a segunda observação, há indícios de que a variabilidade do estresse segundo o sexo parece ser mais bem explicada através do uso de mecanismos psicológicos de adaptação, quando comparados a fatores biológicos e macrosociais (Baum & Grumberg, 1991; Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2005). Por exemplo, Yeh, Huang, Chou e Wan (2009) encontraram que, entre pacientes em hemodiálise, as mulheres reportam maior nível de estresse devido aos sintomas físicos e fazem maior uso da estratégia de enfrentamento focada na emoção, enquanto os homens denotam maior estresse em virtude de queixas sexuais, utilizando principalmente estratégias de evitação e fuga. Mesmo quando controladas outras características sociodemográficas e clínicas, a relação entre o estresse e o enfrentamento permaneceu.

Portanto, é possível concluir que há dados que sustentam as diferenças individuais no tocante ao sexo e o estresse, mas parece que estas são motivadas por aspectos anteriores à ativação da reação neurofisiológica e a vulnerabilidade biológica, ou seja, o crivo da avaliação cognitiva e a qualidade da inserção social é que sugerem maior poder de determinação da vulnerabilidade ao estresse. Logo, acredita-se que um promissor caminho para elucidar as diferenças do estresse no tocante ao sexo é investigar a ação dos mecanismos psicológicos de adaptação, posto que estes desempenhariam papéis decisivos no processo de mediação da adaptação frente às adversidades.

REFERÊNCIAS

- Areias, M.A.Q., & Guimarães, L.A.M. (2004). Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública de São Paulo. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 255-262. Retrieved from <http://www.scielo.br>
- Baum, A., & Grunberg, N. E. (1991). Gender, stress, and health. *Health Psychology*, 70(2), 80-85. Retrieved from <http://dionysus.psych.wisc.edu>
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science , & Medicine*, 58, 2585-2600. doi:10.1016/j.socscimed.2003.09.008
- Geiger, H.J. (2006). Health disparities: what do we know? what do we need to know? what should we do? In Schulz, A.J. , & Mullings, L. *Gender, Race, Classe, & Health: Intersectional Approaches*. (pp. 261-88). Jossey-Bass: San Francisco, California.
- Geller, P.A., Graf, M.C., & Dyson-Washington, F. (2003). Women's health psychology. In A.M. Nezu, C.M. Nezu , & P.A. Geller (Orgs.), *Handbook of Psychology: Health Psychology* (Vol., 9) (pp. 219-244). Hoboken, NJ: John Wiley , & Sons.
- González-Morales, M. G., Peiró, J. M., Rodríguez, I., & Greenglass, E. R. (2006). Coping and distress in organizations: the role of gender in work stress. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 228-248. doi:10.1037/1072-5245.13.2.228
- Kajantie, E. (2008). Physiological stress response, estrogen, and the male-female mortality gap. *Current Directions in Psychological Science*, 17(5), 348-352. doi: 10.1111/j.1467-8721.2008.00604.x
- Kaplan, R. M., Anderson, J. P., & Wingard, D. L. (1991). Gender differences in health-related quality of life. *Health Psychology*, 70(2), 86-93. doi:10.1016/j.socscimed.2006.06.017

- Klonoff, E. A., Landrine, H., & Campbell, R. (2000). Sexist discrimination may account for well-known gender differences in psychiatric symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 93-99. doi: 10.1111/j.1471-6402.2000.tb01025.x
- Kudielka, B. M. & Kirschbaum, C. (2005). Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. *Biological Psychology*, 69, 113-132. doi:10.1016/j.biopsycho.2004.11.00
- Kudielka, B. M., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (2004). HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: impact of age and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 83-98. doi:10.1016/S0306-4530(02)00146-4
- Lundberg, U. (2005). Stress hormones in health and illness: the roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1017-1021. doi:10.1016/j.psyneuen.2005.03.014
- Matthews, K. A., Davis, M. C., Stoney, C. M., Owens, J. F., & Caggiula, A. R. (1991). Does the gender relevance of the stressor influence sex differences in psychophysiological responses? *Health Psychology*, 70(2), 112-120. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/>
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415. doi:10.1016/j.paid.2004.01.010
- McDonough, P. & Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*, 52, 547-559. doi:10.1016/S0277-9536(00)00159-3
- McEwen, B.S. & Lasley, E.N. (2007). Allostatic load: when protection gives way to damage. In A. Monat, R.S. Lazarus, & G. Reevy (Orgs.). *The Praeger Handbook on Stress and Coping*. (pp. 99-111). Londres: Praeger.
- McEwen, B.S. (1999). Stress and hippocampal plasticity. *Annual Review of Neuroscience*, 22, 105-122. doi: 10.1146/annurev.neuro.22.1.105
- Moradi, B., & Subich, L. M. (2003). A concomitant examination of the relations of perceived racist and sexist events to psychological distress for african american women. *The Counseling Psychologist*, 31(4), 451-469. doi: 10.1177/0011000003031004007
- Nepomnaschy, P. A., Sheiner, E., Mastorakos, G., & Arck, P. C. (2007). Stress, immune function, and women's reproduction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1113, 350-364. doi: 10.1196/annals.1391.028
- Nielsen, N. R., Kristensen, T. S., Prescott, E., Larsen, K. S., Schnohr, P., & Grønbaek, M. (2006). Perceived stress and risk of ischemic heart disease causation or bias? *Epidemiology*, 17(4), 391-396. Retrieved from <http://journals.lww.com>

- Otte, C., Hart, S., Neylan, T. C., Marmar, C. R., Yaffe, K., & Mohr, D. C. (2005). A meta-analysis of cortisol response to challenge in human aging: importance of gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 80-91. doi:10.1016/j.psyneuen.2004.06.002
- Rausch, S. M., Auerbach, S. M., & Gramling, S. E. (2008). Gender and ethnic differences in stress reduction, reactivity, and recovery. *Sex Roles*, 59, 726-737. doi: 10.1007/s11199-008-9460-0
- Santos, A.F., & Alves Júnior, A. (2007). Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 107-116. doi: 10.1590/S0102-79722007000100014
- Scarpa, A., Haden, S. C., & Hurley, J. (2006). Community violence victimization and symptoms of posttraumatic stress disorder. The moderating effects of coping and social support. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 446-469. doi: 10.1177/0886260505285726
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/Aids: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195. Retrieved from <http://www.scielo.br>
- Sellers, R. M., & Shelton, J. N. (2003). The role of racial identity in perceived racial discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1079-1092. Retrieved from <http://psycnet.apa.org>
- Taylor, S. E. (2006). Tend and befriend. Biobehavioral bases of affiliation under stress. *Psychological Science*, 15(6), 273-277. Retrieved from <http://taylorlab.psych.ucla.edu>
- Yeh, S. J., Huang, C., Chou, H., & Wan, T. T. H. (2009). Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles*, 60, 44-56. doi: 10.1007/s11199-008-9515-2.

SAÚDE E DOENÇA CRÓNICA: NOVOS PARADIGMAS EM CONTEXTO DE TRABALHO

CLÁUDIA FERNANDES 1, ANABELA PEREIRA 2 & CARLOS SILVA 2

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010, 2011) afirma que doenças crónicas de declaração não obrigatória, como sejam as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, têm aumentado consideravelmente na população de países desenvolvidos. Só em Portugal e nos dados disponíveis no último relatório (WHO, 2011) 86% das mortes são devido a doença crónica, sendo que destas 24% são em pessoas com menos de 60 anos. Com o aumento da vida activa e o aumento da idade da reforma, estes dados vêm reclamar atenção para as estratégias de prevenção e de gestão da doença crónica em posto de trabalho assim como para a promoção de locais de trabalho saudáveis e inclusivos. Pessoas portadoras de doença crónica conseguem levar uma vida activa e produtiva quando são apoiadas (Detaille et al, 2010). No entanto, a doença crónica tem um impacto multivariado na vida de cada pessoa (Varekamp et al, 2006) que poderá resultar em limitações na realização das actividades diárias pessoais e profissionais, e que, em última análise poderá levar a perda do posto de trabalho ou incapacidade temporária ou permanente para o trabalho (e.g. Detaille et al, 2010; Van den Brink-Muinen et al, 2007; Varekamp et al, 2006; WHO, 2010, 2011).

Promoção de Locais de Trabalho Saudáveis

A promoção de locais de trabalho saudáveis (PLTS) e consequentemente a promoção da saúde dos trabalhadores abarca diversas medidas de intervenção que podem ir desde a promoção e o aumento da consciência global, a medidas preventivas e/ou medidas curativas. Estas medidas podem ser direccionadas a diferentes níveis, e.g. sociedade, sectores de actividade, locais de trabalho e indivíduos. No quadro abaixo apresentamos alguns exemplos destes tipos de medidas e níveis de intervenção.

1- CATIM – Centro de Apoio Tecnológico à Indústria Metalomecânica; 2 -Universidade de Aveiro.

Quadro 1. Medidas de promoção da saúde no trabalho e níveis de intervenção

Promoção da Saúde	Nível				
Promoção	Sociedade		Local Trabalho		Individual
	<ul style="list-style-type: none"> Programas Nacionais de Prevenção Programas sectoriais de intervenção Aumento da consciência societal para a promoção de locais de trabalho saudáveis 		<ul style="list-style-type: none"> Valorização da “Saúde” no local de trabalho Acções proactivas em posto de trabalho de promoção de locais de trabalho saudáveis 		<ul style="list-style-type: none"> Acesso a formação e educação contínuas Promoção da saúde global Planeamento de carreiras
Prevenção Primária	<ul style="list-style-type: none"> Prevenção da exclusão do trabalho através de programas Europeus (e.g. recorrendo Fundo Social Europeu) Prevenção da exclusão através de outros programas e.g. em parceria com associações 		<ul style="list-style-type: none"> Promoção da Saúde Intervenções de nível Organizacional Suporte social Redesenho de postos de trabalho (e.g. ergonomia) 		<ul style="list-style-type: none"> Apoio em episódios críticos e em tratamentos Reabilitação precoce Gestão do stress
Prevenção Secundária	<ul style="list-style-type: none"> Deteção precoce de Capacidade para o Trabalho reduzida Deteção precoce de riscos emergentes na sociedade e em posto de trabalho 		<ul style="list-style-type: none"> Acesso a serviços de prevenção em posto de trabalho Exames periódicos e deteção precoce de sintomatologia 		<ul style="list-style-type: none"> Deteção precoce de fadiga, burn-out e depressão Antecipação de períodos de maior carga e/ou intensidade de trabalho
Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> Legislação sobre reabilitação e acesso aos serviços de reabilitação 		<ul style="list-style-type: none"> Parcerias entre os serviços de saúde e as empresas Parcerias prestadores de serviços (e.g. ginásios) e empresas Promoção de regalias como complemento ao salário (e.g. serviços de saúde) 		<ul style="list-style-type: none"> Regresso ao trabalho após períodos de baixa Reabilitação vocacional activa e tratamento de doença crónica (e.g. depressão)

Adaptado e traduzido de: Hämäläinen & Lindström, 2006; WHO, 2011.

A prevenção primária tem como objectivo a prevenção da exclusão do mercado de trabalho em geral, poderá incluir medidas de apoio a trabalhadores portadores de doença (crónica ou não) nas fases iniciais da mesma, apoio nas actividades de reabilitação, apoio em períodos de crise ou em qualquer fase que sejam demonstrados indícios de possibilidade de redução do bem-estar ou de existência de problemas de cariz social.

A prevenção secundária em posto de trabalho está relacionada com o acesso dos trabalhadores a serviços de saúde, higiene e segurança no trabalho, a exames periódicos direccionados, por exemplo, a grupos de risco (e.g. idade, função, estado geral de saúde, índice de capacidade para o trabalho). Existem indícios fortes na literatura que a formação tem um papel importante na manutenção/aumento dos níveis de capacidade para o trabalho dos indivíduos (Gould et al., 2008; Hämäläinen et al., 2006; Suhrcke et al. 2005).

As medidas de cariz político/estratégico como sejam a criação/adaptação de legislação, a adopção de recomendações e de Directivas Comunitárias e a respectiva fiscalização/inspecção *in loco* ajudam a elevar o grau de exigência imposto a cada empresa no respeitante à implementação de medidas de promoção da saúde, higiene e segurança dos trabalhadores. A promoção de campanhas de

sensibilização para determinados públicos ou factores de risco também poderão ter impactos a diferentes níveis, veja-se por exemplo as campanhas Europeias da Comunidade Económica, da ILO – *International Labour Organization*, da WHO – *World Health Organization*, ou Nacionais da ACT – Autoridade para as Condições de Trabalho, entre outras.

O Trabalho e as Organizações Saudáveis

Devido às mudanças na sociedade e nos mercados de trabalho, os diferentes *stakeholders* entre os quais, empregados e empregadores, países e regiões, têm que desenvolver estratégias para lidarem de forma construtiva com este contexto. A manutenção da empregabilidade e a capacidade para o trabalho estão fortemente relacionados com a viabilidade financeira e a sustentabilidade de sistemas de segurança e protecção social. Por conseguinte a promoção de locais de trabalho saudáveis pode contribuir em parte para a modificação das formas do trabalho, manutenção/aumento da capacidade para o trabalho, aumentar a integração ou volta ao posto de trabalho (e.g. trabalhadores com doença crónica, trabalhadores com mais idade).

A promoção de locais de trabalho saudáveis e o aumento/manutenção da CT têm que ter em atenção as alterações demográficas vividas na Europa e em Portugal, e com especial enfoque em alguns sectores de actividade devido a especificidades como sejam regiões de implantação, riscos associados, tendências, a participação crescente da mulher no mundo de trabalho, as alterações ao conceito de família, alterações dos padrões de vida familiar, factores de risco emergentes (e.g. riscos psicossociais, novas formas de trabalho como sejam o trabalho temporário, trabalho flexível, aumento doença crónica em posto de trabalho, padrões de vida familiar).

O prolongamento da vida activa dos trabalhadores apresenta desafios acrescidos a esta gestão e a aspectos relacionados com a produtividade, idealmente o “trabalho” deveria ter flexibilidade e permitir ajustamentos de acordo com estas mudanças na idade e eventualmente sintomatologia de doença crónica, nomeadamente no concernente a: conteúdo e forma do trabalho, ambientes físico e social do trabalho, autonomia, controlo, formação e informação, etc.

O contexto macro económico de crise financeira conduziu a processos de reestruturação organizacional, e.g. downsizing, actualização tecnológica, e como forma de adaptação as Organizações recorrem cada vez mais a formas de contratos de trabalho não tradicionais como sejam por exemplo, o recurso a trabalho temporário, percebido pelos trabalhadores, muitas das vezes, como uma forma “menor” de trabalho. E na realidade com menos formação e integração no local de trabalho, não se conseguem criar rotinas ou laços com os “colegas” de trabalho.

No Quadro 2 apresentamos um resumo dos efeitos adversos das mudanças do conteúdo e do conceito de trabalho.



Traduzido de Hämäläinen & Lindström, 2006.

Figura 1. As relações entre trabalho, saúde e empregabilidade

Um bom ambiente de trabalho tem impactos positivos não só na saúde e bem-estar geral dos trabalhadores, mas também na produtividade e rentabilidade das organizações (Detaillé, 2010; Duffany et al, 2011; Gould et al., 2008; Lowe, 2003; Hämäläinen & Lindström, 2006; Varekamp & Van Dijk, 2010; WHO, 2011). No último relatório Europeu sobre as condições de trabalho (Eurofound, 2010) os dados apontam para diferenças entre os países no respeitante a aspectos organizacionais do trabalho, no conceito e na forma. As estratégias deverão ser adaptadas a cada país, sector, organização e em última instância indivíduo, com o objectivo de maximizar os impactos positivos e os níveis abrangidos.

Quadro 2. Alguns efeitos adversos das mudanças do conceito e no conteúdo do trabalho

Adaptada e traduzida de: Detaille, 2010; Duffany et al, 2011; Lowe, 2003; Hämäläinen & Lindström, 2006; Varekamp & Van Dijk, 2010; WHO, 2010, 2011.

Efeitos adversos na saúde do desemprego	Efeitos adversos na saúde da reestruturação dos postos de trabalho/organizações	Efeitos adversos na saúde de contratos de trabalho “não tradicionais” (e.g. trabalho temporário, trabalho parcial)
<ul style="list-style-type: none"> • Pressão arterial elevada • Aumento da depressão e da ansiedade • Aumento do número médio de consultas médicas • Aumentos dos sintomas relacionados com doença coronária • Diminuição da saúde mental e aumento dos níveis de stress • Diminuição dos níveis de CT e aumento do número de patologias percebidas por auto-avaliação • Aumento de problemas familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da satisfação com/no o trabalho, redução do empenho e aumento do stress • Sentimentos de injustiça (e.g. em processos de downsizing) • “Os que ficam” enfrentam desafios como: novas tecnologias, exposição a novos riscos físicos e psicossociais (e.g. redução autonomia, aumento intensidade do trabalho, alteração das relações sociais em posto de trabalho, mudanças nos contratos de trabalho, alterações do comportamento) • Mudanças no contrato psicológico e perda de confiança • Stress prolongado com sintomas psicofisiológicos • Aumento do recurso a trabalho temporário por parte dos empregadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Níveis mais elevados de acidentes de trabalho comparativamente com os “contratos tradicionais”. • Níveis mais elevados de stress, baixa satisfação • Mais frequente em funções que requerem menos habilitações e competências indiferenciadas • Aumentos dos riscos ocupacionais devido a aumento da intensificação do ritmo de trabalho • Formação inadequada • Falta de comunicação muitas vezes motivada pelo tipo de vínculo contratual • Incapacidade/desconhecimento dos trabalhadores para organizarem as suas próprias protecções • Alta mobilidade dos trabalhadores • Capacidade reduzida de aumentar a qualidade de vida (e.g. dificuldade obter crédito, aumentar formação, encontrar casa) •

Um bom ambiente de trabalho tem impactos positivos não só na saúde e bem-estar geral dos trabalhadores, mas também na produtividade e rentabilidade das organizações (Detaille, 2010; Duffany et al, 2011; Gould et al., 2008; Lowe, 2003; Hämäläinen & Lindström, 2006; Varekamp & Van Dijk, 2010; WHO, 2011). No último relatório Europeu sobre as condições de trabalho (Eurofound, 2010) os dados apontam para diferenças entre os países no respeitante a aspectos organizacionais do trabalho, no conceito e na forma. As estratégias deverão ser adaptadas a cada país, sector, organização e em última instância indivíduo, com o objectivo de maximizar os impactos positivos e os níveis abrangidos.

CONCLUSÕES

Um local de trabalho que permita aos colaboradores balançarem de forma harmoniosa as diversas esferas da vida leva a um aumento generalizado da qualidade de vida. A gestão da doença crónica (a diversos níveis, de acordo com o abordado acima) ajuda a que a vida activa dos trabalhadores portadores seja prolongada com qualidade aliada à manutenção dos níveis de produtividade e a satisfação em contexto laboral.

O desenho das intervenções deve ser (re)pensada de forma a acrescentar valor às perspectivas epidemiológicas mais tradicionais, que na sua maioria se focam na causa e no efeito, descurando muitas das vezes o contexto, mecanismos de feedback, flexibilização das intervenções, entre outras. Deve também ser incorporado nas práticas dos serviços de promoção da saúde das empresas (e.g. serviços de saúde, higiene e segurança no trabalho; Medicina ocupacional) práticas de avaliação e seguimento rigorosas e científicas, que permitam a análise dos dados com outra profundidade e clareza.

Torna-se importante que os médicos e enfermeiros tomem mais atenção aos factores organizacionais do local de trabalhos dos pacientes com doença crónica de forma a uma melhor articulação e maximização dos possíveis resultados a serem alcançados com medidas de intervenção.

As estratégias de intervenção deverão ser concertadas e contextualizadas a cada país, região, sector, visto estar provado que existem diferenças nestes grupos (Eurofound, 2010). Uma das conclusões deste trabalho é que existem diferenças significativas na forma como cada país organiza o trabalho e as formas de articulação entre a vida familiar e trabalho, indiciando diferentes rotinas e factores a serem tomados em conta (ou não) no desenho e implementação de soluções.

Os factores organizacionais relacionados com o trabalho podem ter impactos quer positivos, quer negativos na saúde e bem-estar organizacional e individual. A sua gestão e a promoção de locais de trabalho saudáveis deverão ser temas centrais nas nossas Organizações se queremos manter uma força de trabalho activa, motivada, satisfeita e produtiva.

REFERÊNCIAS

- Detaille, S., Gulden, J., Engels, J., Heerkems, Y., & van Dijk, F. (2010). Using intervention mapping (IM) to develop a self-management programme for employees with a chronic disease in the Netherlands. *BMC Public Health*, 10(353). doi:10.1186/1471-2458-10-353
- Eurofound (2010). *The Fifth European Working Conditions Survey 2010*. Brussels: Eurofound.
- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J., & Koskinen, S. (2008). *Dimensions of Work Ability: Results of the Health 2000 Survey*. Helsinki: FIOSH.
- Hämäläinen, R., & Lindtröm, K. (2006). Health in the world of work. In *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Stahl, T., Wisman, M., Ollila, E., Lantinen, E. & Leppo, K. (Eds.). Finland: Ministry of Social Affairs & Health and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lowe, G. (2003). *Healthy Workplaces and Productivity: A Discussion Paper*. Toronto: Economic and Evaluation Division, Health Canada.
- Suhrcke, M., McKee, M., Arce, R., Tsovala, & S., Mortensen, J. (2005). *The Contributions of Health to the Economy in the European Union*. Brussels: European Commission.
- Van den Brink-Muinen, Spreeuwenberg, P., & Rijken, P. (2007). *National Panel of the Chronically Ill and Disabled*. Netherlands: Netherlands Institute of Health Services.
- Varekamp, I., & van Dijk, F. (2010). Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases. *Occupational Medicine*, 60, 287-293.
- Varekamp, I., Verbeek, J., & van Dijk, F. (2006). How can we help employees with chronic disease to stay at work? A review of intervention aimed at job retention and based on an empowerment perspective. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 80(2),97-97.
- WHO (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. Geneva: WHO Press.
- WHO (2011). *Non Communicable Diseases Country Profiles 2011*. Geneva: WHO Press.

ESTUDO PSICOMÉTRICO PRELIMINAR DA CDRS-R NUMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES PORTUGUESES

ALEXANDRA FERNANDES, ANA PAULA MATOS, SÓNIA CHERPE & INÊS RIBEIRO

Conceptualizada como uma Perturbação do Humor, tal como a Perturbação Distímica e a Perturbação Bipolar, a Depressão *Major*, à qual está associada o humor depressivo e a perda de prazer ou do interesse em quase todas as actividades do dia-a-dia, traduz-se num desequilíbrio cognitivo-emocional, que afecta gravemente a saúde mental do indivíduo e o seu funcionamento prévio. Um estudo aponta para taxas de prevalência da Depressão *Major* nos adolescentes situadas, em média, nos 42% para amostras clínicas e nos 3% aos 8% para amostras comunitárias (Petersen *et al.*, 1993, cit. in Martins, 2000). Na adolescência, os autores têm encontrado dois grandes picos de prevalência da Depressão *Major*, entre os 13 e os 15 anos e, entre os 17 e os 18 anos de idade (Radloff, 1991, cit. in Martins, 2000). Destaca-se ainda, nesta mesma etapa do desenvolvimento, o aparecimento de um padrão de diferenciação entre os géneros, no qual as raparigas, em comparação com os rapazes apresentam taxas de incidência desta perturbação mais elevadas (Birmaher, 1996, cit. in Martins, 2000). As consequências futuras da Depressão nos mais jovens são nefastas, englobando desde problemas escolares, dificuldades conjugais, problemas interpessoais e taxas elevadas de desemprego na adultez, a comportamentos anti-sociais, consumo de substâncias e tentativas de suicídio, algumas das quais acabam por consumir-se.

Com o presente estudo pretendemos determinar, preliminarmente, numa amostra de adolescentes portugueses, as características psicométricas de uma entrevista semi-estruturada, a *Children's Depression Rating Scale – Revised* (CDRS-R) (Poznanski & Mokros, 1995), que tem o propósito de avaliar, especificamente a sintomatologia depressiva na infância e na adolescência.

A CDRS-R engloba dezassete itens, reportando-se à última semana e incluiu sintomas somáticos, cognitivos, afectivos e psicomotores, todos eles presentes nos critérios de diagnóstico para a Depressão *Major* do DSM-III (APA, 1980), em vigor na época. Dos dezassete itens que compõem este instrumento, os 14 primeiros são avaliados pelo entrevistador, de acordo com as respostas verbais da criança ou do adolescente e os últimos 3 são analisados com base no comportamento não-verbal do sujeito.

Trata-se ainda a uma escala do tipo *likert*, uma vez que a pontuação da maioria dos itens varia entre 1 e 7, à excepção dos itens 4, 5 e 16 que são pontuados de 1 a 5. A pontuação total da CDRS-R varia entre um valor mínimo de 17 pontos e um valor máximo de 113 pontos. A descrição de cada valor está associada ao grau de severidade da sintomatologia depressiva, percorrendo a seguinte ordem: 1 (normal), 2 (sintomatologia depressiva duvidosa), 3 e 4 (sintomatologia média ou ligeira), 5 (sintomatologia moderada) e, finalmente, 6 e 7 (sintomatologia depressiva severa). Os itens que incorporam a CDRS-R foram ainda subdivididos em quatro grupos baseados na experiência clínica, designadamente: humor, somático, subjectivo e comportamento (Poznanski *et al.*, 1984). A CDRS-R contempla ainda 5 graus de avaliação, discernindo crianças/adolescentes não deprimidos, com sintomatologia depressiva duvidosa, com depressão ligeira, com depressão moderada e indivíduos com depressão severa (Poznanski & Mokros, 1995, cit. in Barbosa, Dias, Gaião, & Di Lorenzo., 1997). A escala mostrou uma elevada consistência interna ($\alpha=.85$) em estudos transversais (Poznanski *et al.*, 1984) e um elevado acordo inter-avaliadores ($r=.86$) (Poznanski *et al.*, 1984), embora se tenha registado um baixo acordo inter-informadores, dado que a correlação entre a informação proveniente das crianças/adolescentes e dos pais é de apenas .38 (Mokros *et al.*, 1987, cit. in Brooks & Kutcher, 2001). O teste-reteste indicou também uma forte estabilidade (.81) no intervalo de duas semanas e de seis semanas (Poznanski *et al.*, 1984).

Estabeleceram-se como objectivos gerais deste estudo: a avaliação da consistência interna da versão portuguesa da CDRS-R, através do coeficiente de alfa de *Cronbach*; a avaliação das diferenças entre géneros e das diferenças entre os sujeitos de uma amostra clinicamente referenciada e de uma amostra da população geral; o estudo da associação da sintomatologia depressiva, avaliada pela CDRS-R com outras variáveis, nomeadamente a sintomatologia ansiosa, avaliada pela *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) (March *et al.*, 1997), a sintomatologia depressiva, avaliada pelo *Children's Depression Inventory* (CDI) (Kovacs, 1985) e o estado de saúde mental, avaliado pelo *Mental Health continuum – short form* (Keyes, 2008).

MÉTODO

Participantes

A amostra total do estudo foi constituída por 51 adolescentes, de entre os quais 30 pertenciam a um grupo da população geral e 21 pertenciam a um grupo que frequentava a consulta externa de psicologia do Hospital Pediátrico de Coimbra. Os adolescentes clinicamente referenciados foram diagnosticados maioritariamente, com perturbações do humor (N=3), com perturbações de ansiedade (N=8), com fraco rendimento escolar (N=6) e com problemas de relacionamento familiar (N=4). Tendo em conta as duas amostras, dos 51 adolescentes, 47% eram do sexo masculino e 53% eram do sexo feminino. O nosso estudo abrangeu jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos.

Relativamente aos valores médios obtidos para a idade e para a escolaridade, obtiveram-se os seguintes resultados: a média de idades é de 14.30 anos para o grupo da população geral, com um desvio padrão de 1.42 e de 13.29 anos, com um desvio-padrão de 1.45 para o grupo clinicamente referenciado, verificaram-se assim diferenças estatisticamente significativas para a idade [$t(49)=2.49$; $p=.02$], entre os dois tipos de amostra. Além disso, o 8º ano é o nível médio de escolaridade da amostra, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de amostra.

Material

Para além da entrevista semi-estruturada, a *Children's Depression Rating Scale – Revised* (CDRS-R), neste estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: o *Children's Depression Inventory* (CDI), que foi desenvolvido por Kovacs (1985), como sendo um questionário de auto-resposta constituído por 27 itens, que procura avaliar sintomas depressivos, em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade; a *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) (March, 1997) que visa avaliar sintomas de ansiedade, em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 19 anos e, por último, o *Mental Health Continuum – short form* (MHC-SF) (Keyes, 2008) que é constituído por 14 itens, dos quais três dizem respeito ao bem-estar emocional, cinco ao bem-estar social e seis ao bem-estar psicológico.

RESULTADOS

Estudo da Consistência Interna – alfa de Cronbach

Neste estudo, o coeficiente de alfa de *Cronbach* encontrado foi de .82, revelando que a CDRS-R é uma entrevista fidedigna, tendo em conta o constructo que pretende avaliar, ou seja, a sintomatologia depressiva.

Estudo das diferenças entre géneros relativamente à sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R

Ao nível da sintomatologia depressiva, avaliada pela CDRS-R, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros [$t(51)=-.98$; $p=.33$] para a nota total da entrevista. Todavia, ao considerar-se detalhadamente cada grupo constituinte da entrevista verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino nos grupos comportamento e humor, respectivamente. O género feminino obtém valores superiores, no grupo humor [$t(51)=-2.4$; $M=7.52$ vs. $M=5.54$, $p=.02$]. Por sua vez, o género masculino obtém valores superiores, no grupo comportamento [$t(51)=2.40$; $M=6.21$ vs. $M=4.78$, $p=.02$].

Estudo das diferenças entre a amostra clinicamente referenciada e a amostra da população geral

Em termos da sintomatologia depressiva, avaliada pela CDRS-R, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos provenientes do grupo clinicamente referenciado e do grupo da população geral [$t(51)=-3.81$; $M=35.48$ vs. $M=25$; $p=.001$] para a nota total da CDRS-R.

Verifica-se ainda que os adolescentes clinicamente referenciados apresentam médias superiores, comparativamente aos adolescentes da população geral nos grupos, humor [$t(51)=-2.52$; $M=8.05$ vs. $M=5.57$, $p=.02$], somático [$t(51)=-3.53$; $M=10.81$ vs. $M=8.47$, $p=.001$] e subjectivo [$t(51)=-3.53$; $M=10.52$ vs. $M=5.97$, $p=.002$].

Estudo da relação da CDRS-R com as escalas de auto-resposta (CDI, MASC e MHC-SF)

Através dos resultados obtidos neste estudo evidenciou-se uma correlação moderada e positiva ($r=.63$, $p<.001$) entre as notas totais da CDRS-R e do CDI. Desta forma, valores elevados de sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R estão associados, significativamente, a valores elevados de sintomatologia depressiva avaliada pelo CDI. Para além disso, a sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R e os sintomas depressivos avaliados pelo CDI encontram-se mais fortemente correlacionados entre os adolescentes clinicamente referenciados ($r=.73$, $p<.001$) do que para a amostra da população geral ($r=.35$, $p=.06$).

Encontrou-se ainda uma correlação moderada e positiva, entre as notas totais da CDRS-R e da MASC ($r=.45$, $p=.001$). Desta forma, valores elevados de sintomatologia depressiva, avaliados pela CDRS-R estão associados, significativamente, a valores elevados cotados na escala de ansiedade (MASC). A sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R e a sintomatologia ansiosa avaliada pela MASC encontram-se mais fortemente correlacionadas no grupo clinicamente referenciado ($r=.42$, $p=.06$) do que no grupo da população geral ($r=.19$, $p=.32$).

Finalmente evidenciou-se uma correlação baixa e negativa, porém estatisticamente significativa entre as notas totais da CDRS-R e do MHC-SF ($r=-.34$, $p=.02$). Desta forma, valores baixos de sintomatologia depressiva estão associados, significativamente a valores mais elevados na percepção de bem-estar. A sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R e o bem-estar subjectivo avaliado pelo MHC-SF encontram-se mais fortemente correlacionadas no grupo clinicamente referenciado ($r=-.49$, $p=.07$) do que no grupo da população geral ($r=-.21$, $p=.27$).

DISCUSSÃO

De acordo com os autores originais da CDRS-R (Poznanski *et al.*, 1984), a entrevista revela boas qualidades psicométricas, revelando-se fidedigna quanto ao constructo que pretende avaliar, a sintomatologia depressiva. De acordo com Poznanski *et al.* (1984), a CDRS-R apresentou uma boa consistência interna, com um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .85, para a nota total da entrevista. Neste estudo, o coeficiente de alfa de *Cronbach* encontrado ($\alpha=.82$) assemelhou-se ao obtido no estudo dos autores originais.

No que diz respeito à presença de sintomatologia depressiva, avaliada pela CDRS-R, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no grupo humor (com médias mais elevadas para o sexo feminino) e no grupo comportamento (com médias mais elevadas para o sexo masculino). Os resultados da literatura suportam os obtidos neste estudo, ao revelarem que, geralmente os elementos

do sexo feminino apresentam médias mais elevadas nos problemas de internalização, descrevendo mais sintomas encobertos, como os sentimentos de tristeza e desesperança. Entretanto, no que concerne aos problemas de externalização, tais como, os comportamentos agressivos e delinquentes, os indivíduos do sexo masculino pontuam mais significativamente do que as raparigas (Conger *et al.*, 1992; 1993; Barnes & Farrel, 1992; Crijnen, Achenbach, Verhulst, 1997; Silva & Hutz, 2002, cit. in Predebon & Wagner, 1997). Já no que concerne às diferenças entre o grupo clinicamente referenciado e o grupo da população geral, tendo em conta a nota total da CDRS-R, evidencia-se que os adolescentes da população clinicamente referenciada possuem níveis, significativamente mais elevados de sintomatologia depressiva. Os autores encontraram valores que apoiam os resultados obtidos neste estudo, designadamente taxas de depressão, em média, nos 42% para amostras clínicas e dos 3% a 8% em amostras comunitárias (Petersen *et al.*, 1993).

Com o intuito de testar a validade da CDRS-R para a população portuguesa, revelou-se pertinente estudar a relação desta entrevista com um outro inventário que pretendesse avaliar a sintomatologia depressiva nos adolescentes. Para o efeito, utilizou-se o CDI, o qual se mostrou positiva e moderadamente correlacionado com a CDRS-R (.63), tendo em conta as notas totais de ambos os instrumentos. Laeur *et al.* (1994) encontraram uma correlação alta (.87) entre os resultados totais obtidos na CDRS-R e no CDI.

Relativamente ao grau de associação entre a sintomatologia depressiva, avaliada pela CDRS-R e a sintomatologia ansiosa, avaliada pela MASC, os resultados obtidos supõem uma correlação moderada e positiva (.45). Brady & Kendall (1992) (cit. in Martins, 2000) apontam para taxas de 15,9% a 61,9% de adolescentes com comorbilidade entre a sintomatologia ansiosa e depressiva.

Finalmente, a sintomatologia depressiva apresentou uma correlação baixa e negativa, (-.34) com o bem-estar subjectivo. Sendo assim, resultados elevados na escala que avalia o bem-estar subjectivo estão associados a valores baixos de sintomatologia depressiva, avaliada pela CDRS-R. De facto, a evidência empírica mostra que percepções de bem-estar subjectivo mais positivas estão relacionadas com a adaptação do indivíduo e a comportamentos ligados à saúde. Assim, e sendo o *flourishing* um estado de saúde mental pleno, quanto mais sintomas de *flourishing* o adolescente apresentar, maior será a sua tendência para adoptar comportamentos adaptativos e saudáveis e, pelo contrário, menor será a probabilidade de deprimir (Keyes, 2002).

Dos resultados obtidos, comprovou-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas entre a população clinicamente referenciada e a população geral e os géneros. Os indivíduos clinicamente referenciados apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, reflectindo-se na existência de grupos de indivíduos com níveis mais severos de sintomatologia depressiva. No que concerne aos géneros, verificou-se que os sujeitos do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, reflectindo-se na presença de raparigas com

depressão ligeira e moderada, contrariamente aos rapazes, que apenas se distribuíram entre os grupos, não deprimidos e com sintomatologia depressiva duvidosa.

DISCUSSÃO

O presente pretende ser o primeiro contributo sobre a aplicação desta entrevista, a CDRS-R a uma amostra de adolescentes portugueses. De um modo geral, constatou-se, a partir do presente estudo que a CDRS-R é um instrumento bastante confiável na determinação de sintomatologia depressiva nos mais jovens, dado ter revelado propriedades psicométricas bastante consistentes com outras análises exploratórias realizadas (Poznanski *et al.*, 1984). Como foi, especialmente delineado para a população infantil e juvenil, tem em conta os processos de desenvolvimento abrangidos. Deste modo, este instrumento é utilizado numa variedade de investigações, sendo também pertinente a sua utilização na prática clínica. Pode, também ser utilizada no acompanhamento da evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo (estudos de follow-up). (Wagner *et al.*, 2006, cit. in Gotlib & Hammen, 2009). Em contextos não-clínicos pode ser utilizado como um instrumento rápido e económico para identificar indivíduos que necessitam de intervenção especializada. Por fim, torna-se pertinente a realização de estudos futuros que completem o estudo psicométrico preliminar desta entrevista, apto para utilizar-se em amostras maiores e para outras análises exploratórias.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- Barbosa, G., Dias, M., Gaião, A., Di Lorenzo, W. (1997). Escala para avaliação de depressão em crianças – revisada (CDRS): uma análise exploratória. *Revista de Neuropsicologia da Infância e Adolescência*, 5, 15-18.
- Brooks, S., & Kutcher, S. (2001). Diagnosis and measurement of depression: a review of commonly utilized instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11, 341-376.
- Gotlib, I., & Hammen, C. (2009). *Handbook of depression*. New York: The Guildford Press.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (2); 207-222.
- Keyes, C., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181–192.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.

- Laeur, R., Giordani, B., Boivin, M., Halle, N., Glasgow, B., Alessi, N., Berent, S. (1994). Effects of depression on memory performance and metamemory in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 679-685.
- March, J., Parker, J.D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C.K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Martins (2000). *As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência*. Tese de Mestrado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Poznanski, E., Grossman, J., Buchsbaum, Y., Banegas, M., Freeman, L., & Gibbons, R. (1984). Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 191-197.
- Poznanski, E., & Mokros, H. (1995). *Children's Depression Rating Scale* (Rev. ed.). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Predebon, J., & Wagner, A. (1997). Problemas de Comportamento na Adolescência: Configuração Familiar e Aspectos Sociodemográficos. *Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.

CARACTERIZAÇÃO PSICOPATOLÓGICA DO DOENTE OBESO: AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRÚRGIA BARIÁTRICA

ANDRÉ FERREIRA 1,2, OSVALDO SANTOS 2,3, RUI ARAGÃO 2, GRAÇA RAIMUNDO 1,

MARGARIDA PEGACHO 1 & MANUEL CARVALHO 1

Enquanto doença crónica de génese multifactorial, a obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI (Rebelo & Leal, 2008). É um problema generalizado e em crescimento a nível mundial (Alciati *et al.*, 2007; WHO, 2000), existindo em todo o mundo 1.1 biliões de pessoas classificadas como tendo excesso de peso ou obesidade (Haslam & James, 2005).

A obesidade terá uma etiologia multifactorial, na qual interagem factores como a nutrição, a actividade física, a hereditariedade, factores socioeconómicos, medicação, factores hormonais, biológicos e somáticos (Bouchard, 1997; Hill, 2002).

Os tratamentos que são habitualmente eficazes para a obesidade ligeira ou moderada, tais como as dietas hipocalóricas, terapia comportamental ou medicação, não se traduzem em resultados satisfatórios, principalmente no que se refere ao longo prazo, no combate à obesidade grave (Ayyad & Andersen, 2000; Stunkard *et al.*, 1986).

Actualmente, a cirurgia bariátrica constitui-se como a forma de tratamento mais eficaz a longo prazo, se não a única, para este grupo de doentes (Colquitt, *et al.*, 2005; Elte *et al.*, 2008), ao permitir uma perda de peso relevante e mantida no tempo.

No âmbito de uma abordagem multiprofissional/multidisciplinar, a avaliação psicológica do doente que pretende submeter-se a cirurgia bariátrica, representa uma peça de valor insubstituível da avaliação pré-cirúrgica (Snyder, 2009).

Os métodos e instrumentos utilizados na avaliação psicológica variam bastante (Fabricatore *et al.*, 2006), sendo que a falta de consenso sobre o protocolo de avaliação psicológica pré- (e pós-) cirurgia bariátrica, poderá ser explicada pela ausência de evidência quanto às características psicopatológicas que importam identificar numa fase de preparação para a cirurgia.

1- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE; 2- Departamento de Psicologia da Universidade de Évora; 3- Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso.

A maioria dos doentes com obesidade não apresenta doença psicológica (Lim *et al.*, 2010) e não existe um perfil psicológico único (“típico”) (Malina, 2007), nem um tipo de personalidade particular que os possa caracterizar (Stunkard & Wadden, 1992).

Contudo, na maioria dos estudos, os doentes revelam maior prevalência de perturbações do humor, comparativamente a membros da população em geral (Mühlhans *et al.*, 2009), com prevalências de perturbações do eixo I (do DSM-IV) entre os 27 e os 42% nos doentes com obesidade mórbida (Herpertz *et al.*, 2004).

Quanto à presença de perturbações de eixo II, os dados variam entre 22 e mais de 25% nos candidatos a cirurgia bariátrica (Black *et al.*, 1992; Larsen, 1990; Powers *et al.*, 1992; Powers *et al.*, 1997), sendo estes valores mais elevados do que os encontrados na população não clínica.

Vários investigadores têm relatado níveis superiores de bem-estar físico e mental e de qualidade de vida geral em doentes que foram submetidos a tratamento cirúrgico da obesidade (comparativamente com os níveis correspondentes pré-cirúrgicos), bem como níveis de psicopatologia pós-cirúrgicos mais reduzidos (Arcila *et al.* 2002; Chandarana *et al.* 1988, 1990; Delin *et al.*, 1995; Dubovski *et al.*, 1985; Guisado *et al.*, 2002; Herpertz *et al.*, 2003; Kinsey *et al.*, 1996; Larsen, 1990; LaManna *et al.*, 1992;).

Contudo, existem estudos (Gertler & Ramsey-Stewart, 1986; Larsen, 1990), que referem que as perturbações da personalidade (eixo II) não se alteraram consideravelmente após a cirurgia.

Posto isto, pretendeu-se averiguar as possíveis alterações no funcionamento psicológico dos doentes com obesidade, após a cirurgia bariátrica. No contexto internacional, em que os resultados disponíveis são bastante díspares, e no contexto nacional em que os dados são escassos ou inexistentes, este esforço de investigação resulta como relevante e útil. Mais ainda, este estudo poderá ser de utilidade no esforço de compreensão do funcionamento psicológico dos doentes obesos candidatos a cirurgia bariátrica e, como tal, útil para melhor percebermos quais os aspectos psicológicos que importa avaliar e ter em atenção durante o processo de tratamento cirúrgico da obesidade.

O objectivo geral deste estudo foi analisar a evolução de indicadores psicopatológicos medidos através do *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III* (MCMI-III) no momento pré-cirúrgico, e num momento pós-cirúrgico mínimo de 12 meses e máximo de 25 meses.

MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal e observacional, com base numa coorte de doentes submetidos a cirurgia bariátrica, com processo de candidatura iniciado entre 2008 e 2010. A primeira recolha de dados foi feita por análise documental, com base em registos clínicos recolhidos no contexto da avaliação psicológica do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE. O segundo momento de

avaliação foi feito por inquérito aos doentes cuja cirurgia tinha sido realizada com o mínimo de 12 meses e com um máximo de 25 meses.

Participantes

A coorte inicial deste estudo, com características psicopatológicas já descritas em 2010 (Ferreira *et al.*, 2010), incluía 162 doentes e foi constituída por todos os doentes candidatos a cirurgia bariátrica (banda gástrica ajustável ou *bypass* gástrico de Roux em Y) no Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE, sujeitos a avaliação psicológica pré-cirurgia, entre Março de 2008 e Junho de 2010.

Entre Maio e Agosto de 2011, parte dessa coorte foi reavaliada (de novo com o MCMI-III). Para o efeito, foram seleccionados os doentes já submetidos a cirurgia bariátrica há, pelo menos um ano (no máximo, há 25 meses).

A amostra final, constituída apenas pelos doentes que participaram nos dois momentos de avaliação, excluiu: a) Os doentes que não tinham ainda atingido um ano após a cirurgia bariátrica; b) Os que estavam à espera de reconversão da cirurgia (banda gástrica para *bypass* gástrico); c) Os que não tiveram possibilidades de se deslocarem ao Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE para a realização da avaliação psicológica pós-cirúrgica.

Com base nestes critérios foram incluídos 20 doentes da coorte inicial de 162 doentes.

Material

A avaliação psicológica pré- e pós-cirurgia bariátrica do HESE-EPE, consiste na realização de uma entrevista clínica estruturada, visando a recolha de informação clínica pertinente para o conhecimento do doente, incluindo: historial de peso e do controlo do peso por parte do candidato, idade do início do excesso de peso, peso máximo que já teve, hábitos e padrões alimentares e de actividade física, tentativas anteriores de perda de peso e seus resultados, atitudes e aspectos motivacionais para a perda do peso actual e para a cirurgia, e conhecimento sobre o que o tratamento cirúrgico implica. A entrevista clínica pós-cirurgia bariátrica, também estruturada, é por norma mais breve, desde que não se verifiquem complicações de maior.

No final da entrevista clínica (pré- e pós-cirurgia bariátrica), é solicitado ao doente que preencha (com a ajuda, se necessário, do psicólogo clínico) o *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III* (MCMI-III) (Millon, 1994), de forma a recolher dados sobre a morbilidade psiquiátrica. Recorreu-se à adaptação para português da versão espanhola, visto que esta prova ainda não se encontra adaptada e validada para a população portuguesa.

Procedimentos

O grau de obesidade foi avaliado através do cálculo de IMC (peso/altura²), com os pontos de corte para adultos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000): obesidade grau I, 30-34.9 kg/m²; obesidade grau II, 35-39.9 kg/m²; e obesidade grau III (obesidade mórbida), 40 kg/m² ou superior.

Quanto ao MCMI-III, foi considerado como critério de corte para identificação de perturbação do eixo I o valor de 75 e do eixo II de 85 (ou seja, valores superiores a 75 e 85, respectivamente, como indicação de morbilidade). Para identificar a presença de traços acentuados de personalidade, foi utilizado o valor de 75 como ponto de corte (Millon, 1994). A análise estatística foi realizada em PASWStatistics 18.0.

RESULTADOS

Atendendo aos critérios de inclusão, participaram neste estudo 20 doentes (19 mulheres e 1 homem), submetidos a cirurgia bariátrica há, no mínimo, 12 meses. Foi encontrado um IMC médio significativamente ($p < .0001$) superior no momento pós cirúrgico ($M=28.83$; $n=20$) do que no momento pré-cirúrgico ($M= 43.36$; $n=20$). Segundo os critérios do MCMI-III, entre os doentes com reavaliação pós-cirúrgica, destacaram-se, por mais prevalentes, as seguintes perturbações psiquiátricas (eixo I), no momento pré-cirúrgico: ansiedade (40%), perturbação distímica (20%), perturbação somatoforme (15%), e perturbação delirante (15%). Após a cirurgia, as perturbações do eixo I mais prevalentes foram: ansiedade (40%), perturbações bipolar (15%), distímica (15%), e delirante (15%). Assim, verificou-se aumento da prevalência de perturbação bipolar, e redução da prevalência de perturbação somatoforme. Antes do tratamento cirúrgico da obesidade, as perturbações da personalidade (eixo II) mais prevalentes foram a compulsiva (15%) e a paranóide (10%). Entre os dois momentos de avaliação, verificou-se aumento da prevalência da perturbação da personalidade histriónica (de 5% para 10%), e diminuição da prevalência da personalidade compulsiva (de 15% para 10%).

DISCUSSÃO

Tal como já referido, a prevalência de sintomatologia psiquiátrica em candidatos a cirurgia bariátrica é mais elevada do que as conhecidas para a população não clínica em geral. No presente estudo verificou-se que, após o tratamento cirúrgico da obesidade, apesar de atingidos bons resultados na diminuição do IMC, verifica-se tendência para diminuição na prevalência de psicopatologia de eixo I e, por outro lado, tendência para aumento da prevalência de perturbações da personalidade. Estes dados sugerem que a redução de indicadores psicopatológicos nos doentes obesos não passa apenas

pela redução do peso corporal, e que a aposta na efectividade do tratamento cirúrgico da obesidade a longo prazo implica intervenção ao nível da psicopatologia associada.

REFERÊNCIAS

- Alciati A., D'Ambrosio A., Foschi D., Corsi, F., Mellado, C., Angst, J. (2007). Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment. *Journal of Affective Disorders*, 101, 131-8.
- Arcila, D., Velazquez, D., Gamino, R., Sierra, M., Salin-Pascual, R., González-Barranco, J., & Herrera, M. (2002). Quality of life in bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 12, 661-5.
- Ayyad, C., & Andersen, T. (2000). Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Review*, 1, 113-9.
- Black, D. W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 227-34.
- Bouchard, C. (1997). Genetics of human obesity: Recent results from linkage studies. *The Journal of Nutrition*, 127, S1887-90.
- Chandarana, P. C., Conlon, P., Holliday, R. L., Deslippe, T., & Field, V.A. (1990). A prospective study of psychosocial aspects of gastric stapling surgery. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 15, 32-5.
- Chandarana, P. C., Holliday, R., Conlon, P., & Deslippe, T. (1988). Psychosocial considerations in gastric stapling surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 85- 92.
- Colquitt, J., Clegg, A., Loveman, E., *et al.* (2005). Surgery for morbid obesity. *Cochrane Database Syst Rev*:CD003641.
- Delin, C. R., Watts, J., & Bassett, D. L. (1995). An exploration of the outcomes of gastric bypass surgery for morbid obesity: patient characteristics and indices of success. *Obesity Surgery*, 5, 159-70.
- Dubovski, S. L., Haddenjorst, A., & Murphy, J. (1985). A preliminary study of the relationship between preoperative depression and weight loss following surgery for morbid obesity. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15, 185-96.
- Elte, J. W., Cabezas, M. C., Vrijland, W. W., *et al.* (2008). Proposal for a multidisciplinary approach to the patient with morbid obesity: the St. Franciscus Hospital Morbid Obesity gram. *European Journal of Internal Medicine*, 19, 92-8.

- Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Wadden, T. A., *et al.* (2006). How Do Mental Health Professionals Evaluate Candidates for Bariatric Surgery? Survey Results. *Obesity Surgery*, 16, 567-73.
- Ferreira, A., Santos, O., Pegacho, M., & Carvalho, M. (2010). Caracterização psicológica dos doentes candidatos a Cirurgia Bariátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora. *Endocrinologia, Diabetes & obesidade*, 4 (4), 181-9.
- Gertler, R., & Ramsey-Stewart, G. (1986). Pre-operative psychiatric assessment of patients presenting for gastric bariatric surgery (surgical control of morbid obesity). *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 56, 157-61.
- Guisado, J. A., Vaz, F. J., Alarcón, J., *et al.* (2002). Psychopathological status and interpersonal functioning following weight loss in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 12, 835-40.
- Haslam D. W., & James W. P. (2005). Obesity (Seminar). *Lancet*, 366, 1197-209.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., *et al.* (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? *International Journal of Obesity*, 27, 1300-14.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., *et al.* (2004). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obesity Research*, 12, 1554-69.
- Hill, J. O. (2002). An overview of the etiology of obesity. In C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Eds). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (2º ed) (pp. 460-4). New York, NY: The Guilford Press.
- Kincey, J., Neve, H., Soulsby, C., & Taylor, T. V. (1996). Psychological state and weight loss after gastroplasty for major obesity – some outcomes and inter-relationships. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 113-38.
- LaManna, A., Ricci, G. B., Giorgi, I. (1992). Psychological effects of vertical banded gastroplasty on pathologically obese patients. *Obesity Surgery*, 2, 239-43.
- Larsen, F. (1990). Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity: a prospective psychiatric study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82 (supl. 359), 1-57.
- Lim, R. B., Blackburn, G. L., Jones, D. B. (2010). Benchmarking best practices in weight loss surgery. *Current Problems in Surgery*, 47, 79-174.
- Malina, A. C. (2007). The role of psychology in the ENH-Bariatric Services Program. *Disease-a-Month*, 53 (3), 169-71.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

- Mühlhans, B., Horbach, T., & de Zwaan, M. (2009). Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *General Hospital Psychiatry*, 31, 414-21.
- Powers, P. S., Boyd, F., Blair CR, *et al.* (1992). Psychiatric issues in bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 2, 315-25.
- Powers, P. S., Rosemurgy, A., Boyd, F., *et al.* (1997). Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obesity Surgery*, 7, 471-7.
- Rebelo A., & Leal I. (2008). Factores de personalidade, comportamento alimentar e imagem corporal na obesidade mórbida. In I. Leal, & J. L. P. Ribeiro, I. Silva, S. Marques (Eds.). *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Actas* (pp. 57-60). Porto: Universidade do Porto.
- Snyder, A. G. (2009). Psychological Assessment of the Patient Undergoing Bariatric Surgery. *The Ochsner Journal*, 9, 144-8.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (supl. 2), S524-32.
- Stunkard, A. J., Stinnett, J. L., & Smoller, J. W. (1986). Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. *American Journal of Psychiatry*, 143, 417-29.
- WHO (World Health Organization) (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *WHO Obesity Technical Report Series 894*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO INFANTIL – REVISÃO DE LITERATURA

CLÁUDIA RODRIGUES SEQUEIRA DE FIGUEIREDO

Existem tantas definições de família como as teorias que sobre ela se debruçam, contudo, nesta investigação, será dada maior atenção às teorias mais actuais que definem a família como um lugar privilegiado de formação da personalidade e trocas afectivas, tendo portanto um papel fundamental no desenvolvimento da personalidade da criança e do jovem (Vaz & Relvas, 2007).

Sprey (2001, cit. Conger, Lorenz & Wickrama, 2004) usa a analogia de um rio para descrever a família: tal como um rio, a família é complexa, está em constante mudança e assim como molda, também ela é moldada pelo ambiente em que existe. Durante a história da humanidade o conceito de família tem vindo a evoluir e a sofrer alterações importantes ao nível das diferenciações sexuais, ao nível biológico, ao nível da função do homem e da mulher e ao nível do simbólico e das proibições, tudo isto em função das próprias mudanças sociais. Estas mudanças vão-se traduzir no interior da estrutura familiar, assim como no seu funcionamento (Bayle, 2005).

Do ponto de vista histórico começa-se por olhar a família na Idade Média: uma família sem qualquer privacidade completamente virada para o exterior (família alargada, vizinhos) na qual as emoções e a sexualidade são vistas como meio de procriação. No séc. XVII surge a família patriarcal independente dos outros parentes e do exterior. No começo do séc. XVIII sucede-se a família nuclear, fechada, que partilha fortes laços emocionais. É muito diferenciada da família alargada, preocupando-se com a educação dos filhos e a escolha do conjugue faz-se em função de uma relação de amor. Nesta família o pai perde um pouco o seu papel autoritário e a mulher ganha alguma valorização ao nível familiar, ainda que continue a ter um papel passivo. No séc. XIX, Freud introduz a noção de família edipiana, na qual a diferenciação sexual é valorizada, surgindo uma mulher mãe, possibilitando a emergência do feminino na dinâmica familiar (Roudinesco, 2002, cit. Bayle, 2005). No século XXI a família rural passa a ser uma família urbana num ambiente industrializado, onde os *media* começam a

ter alguma influência nos valores e atitudes familiares. A entrada da mulher no mercado de trabalho aumenta e passa também a ser dado um grande ênfase à satisfação e realização pessoal (Jackson & Leonetti, 2001).

Na actualidade a família é cada vez mais nuclear existindo autores que defendem que a família está em crise, enquanto outros afirmam o contrário, referindo que o que existe são novas formas de família, novas formas de encarar e viver a família (Guerra, 2005).

Do ponto de vista sistémico, a família é encarada como um sistema, um todo que só numa perspectiva holística pode ser compreendida segundo Gameiro (1992): “ *A família é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo de indivíduos isolados (...) a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade desta estrutura*” (pág.11) (cit. Relvas, 1996). A família é um todo que faz parte de outros sistemas e contextos, são estes sistemas sociais inseridos em contextos culturais e comunitários, que afectam o comportamento das próprias famílias (Relvas, 1996; Shaffer, 2005), que por sua vez são constituídas por unidades mais pequenas, sendo a menor de todas o indivíduo. Deste ponto de vista pode-se então falar de uma hierarquização sistémica (Relvas, 1996).

A família é um sistema permeável às influências do meio que varia conforme o nível de organização familiar, sendo que cada família tem um dinamismo próprio que lhe concede individualidade e autonomia própria, sujeita também a forças internas próprias. Nesta linha de pensamento, os pais influenciam os filhos, mas também os filhos influenciam o comportamento e as práticas educacionais dos pais. A família não é apenas um sistema no qual ocorrem mudanças de desenvolvimento, mas a sua própria dinâmica também muda com o desenvolvimento dos seus membros (Shaffer, 2005). Neste sentido, para que possamos conhecer um indivíduo como por exemplo “pai” ou “mãe” temos de o conhecer no seu seio familiar (Relvas, 1996).

Segundo Relvas (1996), ainda que com algumas discrepâncias entre estádios (quantidade, duração, etc.), existem vários autores que descreveram o ciclo vital da família. De um ponto de vista geral, o ciclo é dividido em cinco estádios contínuos: 1.º formação do casal, 2.º família com filhos pequenos, 3.º família com filhos na escola, 4.º família com filhos adolescentes e 5.º família com filhos adultos.

Estas etapas referem-se às chamadas famílias típicas, intactas, que obviamente não contemplam uma outra série de variantes, que hoje em dia são cada vez mais importantes para a compreensão da família, como por exemplo o divórcio. Não obstante, também a realidade de cada família pode não ser tão linear como os estádios descrevem podendo, por exemplo, existir sobreposições de estádios e consequentemente a existência de diferentes níveis de desenvolvimento da mesma família, sendo fulcral atender-se sempre às individualidades de cada uma. (Relvas, 1996).

Ao falar de família fala-se também de tempo e de mudança, dois factores implícitos na mesma. O tempo não é cronológico, é um tempo associado às tarefas do desenvolvimento familiar, aos

momentos estruturais que progressivamente se vão articulando na família, aos momentos em que se jogam diferentes papéis e posições, assim como às proeminências destes (e.g. um pai é sempre um pai mas o que isso significa em termos relacionais vai-se alterando continuamente), podendo-se, portanto, falar de um tempo próprio familiar (Relvas, 1996).

Na análise da família definiram-se ainda dois eixos, o sincrónico e o diacrónico. O eixo sincrónico refere-se ao espaço familiar (relacional), na estrutura da família, nas relações entre os seus membros, nas alianças e limites, no tipo e no modo de comunicação privilegiados. Assim, são criados padrões e normas de interacção que caracterizam cada família. O eixo diacrónico é o eixo do tempo familiar, fundamental para o desenvolvimento da família. Este eixo observa-se na história familiar, no decorrer da sua vida quotidiana e do seu ciclo vital. Entre estes dois eixos existe um equilíbrio que articula os diferentes contextos relacionais familiares, com a continuidade transgeracional e com a adaptação necessária a essa multiplicidade de contextos (Relvas, 1996).

Segundo alguns autores, numa perspectiva do desenvolvimento, a função mais importante da família é cuidar e fazer com que os seus filhos desenvolvam um sentido social. É na família que se dão as primeiras experiências relacionais da criança, tendo esta um papel deveras importante no desenvolvimento social da criança (Thomson, 1998, cit. Laible, Carlo, Torquati, & Ontai, 2004; Jackson & Leonetti, 2001).

Nesta linha de pensamento, pais e profissionais da família e da infância preocupam-se com o bem-estar da criança na família. Mas que família é esta? Tem de ser a família original? Pode ser só a mãe ou o pai? E quando a criança é mal tratada? (Singly, 1996, cit. Leal, 2005).

Actualmente, existem novos tipos de parentalidade que não são mais do que formas que as pessoas conseguiram arranjar para serem pais e mães, sendo elas: a parentalidade por adopção, as monoparentalidades, as parentalidades plurais, as parentalidades mistas (famílias reconstituídas), as parentalidades homossexuais e as parentalidades medicamente assistidas (Leal, 2005).

A adopção é um processo legal que pode ser deveras complexo e refere-se à legalização de um filho, não biológico, concedendo à criança e aos pais adoptivos, os mesmos direitos e deveres de um filho biológico (Leal, 2005).

Com o crescimento do divórcio/separação, das custódias não partilhadas e sendo a parentalidade assumida por apenas um dos pais, o fenómeno da monoparentalidade generalizou-se e passou a corresponder a uma realidade muito heterogénea, sendo a única circunstância comum o facto de a criança apenas habitar com um dos progenitores. Nesta situação deve-se falar em biparentalidade, i.e., na existência de duas famílias monoparentais. Uma separação não implica que exista perda de contacto, relação ou interacção, muito pelo contrário, isto pode acontecer em qualquer tipo de família devido a circunstâncias específicas, como por exemplo razões profissionais. Do ponto de vista

psicológico, o que se impõe não é a coabitação, mas sim a ordem simbólica em que a existência de um pai e de uma mãe se implicam (Leal, 2005).

Nas parentalidades plurais, na sequência da separação, os pais exercem a parentalidade separada, não existindo qualquer cumplicidade no projecto educativo. Deste modo, as crianças têm estilos de vida completamente diferentes quando estão com um progenitor e quando estão com outro. Acontece também que muitas vezes esta parentalidade tem intervenções educativas de novos cônjuges dos pais, avós, outros familiares e amigos (Leal, 2005). As crianças desenvolvem-se melhor quando há cooparentalidade entre os pais, nomeadamente quando se apoiam mutuamente nas práticas parentais e funcionam em unísono e não antagonicamente (Shaffer, 2005).

As parentalidades plurais aludem a relações entre adultos e crianças nas quais se criam vínculos recíprocos e se vão construindo progressivamente relações de independência, sendo que os adultos assumem uma identidade parental em relação àquela criança em especial e esta, dentro das suas possibilidades desenvolvimentais, um papel filial (Leal, 2005).

As parentalidades mistas ou reconstituídas resultam de outro(s) casamento(s) com filhos e irmãos ou meio irmãos. As primeiras investigações neste campo dirigiram-se para a compreensão das consequências para as crianças em viver com padrastos ou madrastas e também saber qual o nível de “sucesso” destas famílias, no que diz respeito à estabilidade, êxito, adaptação e socialização das crianças, entre outros, (Legros & Bernardette, 1988; Lobo, 1995; Théry, 1993, cit. Leal, 2005) comparativamente com a família tradicional tipo. No final dos anos 80 assume-se que esta família recomposta é também um sistema complexo e aberto, que tem de encontrar possibilidades de coesão e transformação simultâneas, independentemente da sua organização (Leal, 2005).

Estima-se que, hoje em dia, na América 22% dos homossexuais assumidos têm à sua guarda crianças e que 6 a 14 milhões de crianças vivem com pais ou mães homossexuais (Patterson, 1992; Drucke, 1998, cit. Leal, 2005). A pouca investigação nesta área aponta para que não existam diferenças significativas entre famílias homossexuais e heterossexuais no que concerne à capacidade dos pais em proporcionar um bom ambiente familiar aos seus filhos (Patterson & Redding, 1996, cit. Leal, 2005).

As parentalidades medicamente assistidas são hoje em dia práticas comuns e podem ser usadas por quem não consegue ter filhos, existindo uma vasta gama de recursos disponíveis (fertilização *in vitro*, esperma de um dador, etc.) Neste caso, semelhante ao que acontece na adopção, existe entre o casal o impacto do segredo e a dúvida se devem contar à criança ou não qual a sua origem (Leal, 2005).

Hoje em dia as alterações da família contemporânea são objecto de preocupação renovada e fonte de inquietação por parte de um grande número de investigadores e psicólogos inclusive (Mucchielli, 2002).

Comportamento e Desenvolvimento Infantil

Na actualidade, existe uma grande preocupação com o comportamento e desenvolvimento saudável da criança sendo que a família, anteriormente abordada, tem um papel fundamental como defensora dessa premissa. Nesta linha de pensamento, muitos autores têm estudado o desenvolvimento e comportamento da criança. Várias escolas estudam o comportamento humano e cada uma delas distingue-se pelos métodos e objectivos específicos sendo as mais expressivas: a etologia, a psicanálise, a psicologia e a psicologia cognitiva (Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2000). Os comportamentos e o psiquismo humano são de uma enorme complexidade e existe um número imenso de variáveis para a sua estruturação. Existem também um sem número de factores que são determinantes, quer para o desenvolvimento global da criança, quer para um simples comportamento isolado (Ribeiro, 2007). O papel da família é visto por alguns autores (Thomson, 1998, cit. Laible, Carlo, Torquati & Ontai, 2004; Jackson & Leonetti, 2001; Shaffer, 2005) como o princípio primário de socialização pois é na família que as crianças começam a adquirir valores, atitudes e comportamentos adequados à sociedade. Assim sendo, o processo de socialização é entendido como o processo pelo qual as crianças adquirem crenças, valores e comportamentos adequados e aceites pela sociedade em que se inserem. (Shaffer, 2005; Laible, Carlo, Torquati & Ontai, 2004). Caso exista uma relação de suporte que sustente e promova a receptibilidade da criança para os valores da família, esta vai proporcionar experiências que permitem generalizar esses valores a outras situações sociais (Kagan, 1979 cit. Jackson & Leonetti, 2001). É na família e nas suas relações internas, que a criança aprende as regras básicas de convivência, as normas e os valores, fazendo sentido que o comportamento e atitude futura do indivíduo seja condicionado por estas aprendizagens mais íntimas (Mead, 1970; Parsons, 1971; Michel, 1983; Sullerot, 1993; Strauss, 1997; Ginn & Arber, 1999, cit. Vaz & Relvas, 2007). Ainda que a família não seja o único agente de socialização da criança, na medida em que escola e pares também têm esse papel de apoio, a família é o mais importante, pois nos primeiros anos de vida, normalmente, é só com ela ou maioritariamente com ela, que a criança convive (Shaffer, 2005). As experiências únicas que a família proporciona fazem com que a relação com os pais e outros familiares mais próximos sejam fundamentais para o desenvolvimento social da criança (Thompson, 1998, cit. Laible, Carlo, Torquati & Ontai, 2004).

Logo que a criança nasce inicia-se um processo de desenvolvimento individual na família, por meio de uma aprendizagem de hábitos, valores e códigos de linguagem que fazem da criança um ser singular, diferente de todos os outros. Neste sentido, o contexto familiar tem uma importância fundamental no desenvolvimento da personalidade da criança e do jovem (Ribeiro, 2007; Vaz & Relvas, 2007).

Em suma, é através da aprendizagem no seio familiar e da parentalidade, que a criança se desenvolve a nível psicológico e social (Vaz & Relvas, 2007). A realidade das interacções familiares podem ajudar a criança a preparar-se para a realidade fora da família (Jackson & Leonetti, 2001).

Segundo alguns autores, a relação e o vínculo que se estabelecem nos primeiros anos de vida entre mãe – bebé, no seio familiar, é fundamental para a diferenciação entre um desenvolvimento saudável ou patológico (Bion, 1962; Winnicott, 1969-75; Bowlby, n/d; cit. Leal, 2005). Outros autores defendem ainda que a relação afectiva durante a infância é o modelo que fica para as relações interpessoais na vida futura, i.e., se estas primeiras relações falharem ou não forem suficientes e a criança não conseguir desenvolver a capacidade de amar e ser amada, as futuras relações vão ser difíceis de conseguir (Tran-Thong, 1987; Malpique, 1990; Sullerot, 1993; Chbani & Pérez-Sánchez, 1998; Sharp & Cowie, 1998; cit. Vaz & Relvas, 2007).

Nesta perspectiva, a criança tem um papel activo e passivo no seu desenvolvimento na medida em que este modelo enfatiza a importância das relações entre os indivíduos e ambientes em constante mudança, levando a mudanças qualitativas. Neste sentido, acontecimentos pessoais ou ambientais (e.g. o divórcio dos pais) podem levar a mudanças qualitativas súbitas. Assim sendo, temos a teoria de Bronfenbrenner dos sistemas ecológicos, que descreve os múltiplos níveis do ambiente que influenciam o desenvolvimento da criança e do adolescente, uma série de estruturas encaixadas umas nas outras. Existem então quatro estruturas: o microsistema que se refere às actividades e interacções que ocorrem no ambiente imediato da pessoa e que gradualmente se vai tornando mais complexo à medida que as crianças entram em contacto com outros contextos (creche, escolas etc.), dos quais a família é sempre integrante; o mesossistema que são as conexões ou inter-relações entre microsistemas, como a escola, os pares, etc.; o exossistema do qual fazem parte os contextos em que as crianças e adolescentes não fazem parte, mas que ainda assim exercem alguma influência no seu desenvolvimento (e.g. ambiente de trabalho dos pais); por fim o macrosistema, o contexto cultural no qual os micro, meso e exossistema estão inseridos. Estes contextos diferem de cultura para cultura e influenciam os tipos de experiências que as crianças vivem em casa, nas escolas, etc. (Shaffer, 2005).

Bronfenbrenner acreditava que o desenvolvimento infantil tende a ser optimizado por fortes relações entre os microsistemas, contudo pode também resultar em efeitos prejudiciais se as relações entre estes forem frágeis (Shaffer, 2005).

Este modelo engloba ainda uma outra dimensão, o cronossistema, enfatizando que as mudanças na criança ou em qualquer um dos contextos ecológicos podem influenciar a direcção do seu desenvolvimento. O impacto das mudanças no ambiente depende igualmente da idade da criança aquando essas alterações (Shaffer, 2005). No caso específico do divórcio, é natural que este seja difícil para as crianças de todas as idades, todavia é menos provável que os adolescentes tenham sentimentos de culpa relativamente à separação que as crianças mais novas muitas vezes apresentam (Hetherington & Clingempeel, 1992, cit. Shaffer, 2005).

Neste domínio será também pertinente referir a Psicopatologia Desenvolvimental cujo objectivo fundamental é “o estudo das origens e percursos dos comportamentos individuais de desadaptação

comportamental, sejam quais forem as idades de início, as causas, as transformações da manifestação comportamental e por mais complexo que o percurso do padrão desenvolvimental possa ser” (pág.635) (Sroufe & Rutter, cit. Slater & Muir, 1999). Ainda que com o problema da “previsão”, esta perspectiva tenta, a partir do comportamento infantil, antecipar a posterior saúde mental do adulto, tendo em conta algumas premissas (Santostefano, 1978, cit. Sroufe & Rutter, 1999): o holismo i.e., o significado de um comportamento só pode ser determinado dentro do contexto psicológico total, dois comportamentos parecidos podem ter significados diferentes e comportamentos semelhantes podem ser equivalentes em contextos diferentes; a directividade, as pessoas não se limitam a reagir de um modo passivo a estímulos ambientais pois reagem e criam experiências baseadas em tudo o que se passou anteriormente; a diferenciação de modos e alvos, os indivíduos desenvolvem-se em direcção a uma crescente flexibilidade e crescente organização, este conceito comportamental cada vez mais flexível proporciona um critério de exame das diferenças individuais na adaptação e nos desvios desenvolvimentais e por último a mobilidade das funções comportamentais já que com o desenvolvimento as formas iniciais de comportamento ficam hierarquicamente integradas dentro de formas mais complexa de comportamento (Werner, 1957, cit. Sroufe & Rutter, 1999). Em períodos de stress, como uma situação de divórcio, os primeiros modos de funcionamento podem manifestar-se (Sroufe & Rutter, 1999).

Segundo a teoria da aprendizagem social de Bandura (1971) e Bandura e Walters (1963, cit. Mack, 2001), as crianças aprendem a comportar-se observando o comportamento das suas figuras de vinculação, modelando-se a esses comportamentos e imitando-os. As crianças constroem os seus modelos internos dinâmicos a partir das relações com as suas figuras cuidadoras. Estes modelos internos dinâmicos são representações do *self*, figuras de vinculação e de relações que foram conceptualizadas como filtros afectivo-cognitivos que irão influenciar o modo como as crianças respondem ao outro e como elas próprias se vêem no mundo social (Bretherton, 1990, cit. Laible, Carlo, Torquati & Ontai, 2004). Assim, se a figura de vinculação for protectora e sensível às necessidades da criança, esta vai construir uma imagem de si própria auto-confiante, capaz de ser amada e irá responder aos outros de uma forma afectuosa e calorosa. Se pelo contrário a figura de vinculação for continuamente insensível às necessidades da criança de conforto e vontade de exploração, a criança vai construir modelos internos dinâmicos de si insegura, não merecedora de amor e irá responder ao outro de um modo ambivalente ou através da rejeição (Laible, Carlo, Torquati & Ontai, 2004). Bandura e Walters (1963, cit. Mack, 2001) sugerem ainda que as crianças aprendem a responder ao stress como observam os pais a reagirem nesses contextos.

REFERÊNCIAS

Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In Leal, I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*, (pp.317 - 346). Lisboa: Edições Fim de Século.

- Conger, R., Lorenz, F., & Wickrama, K.A.S.(2004). Changing Families in Changing Times. In *Continuity and Change in Family Relations*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eccles, J. (1999).The Development of Children Ages 6 to 14. *The Future of Children When School is Out*, 9 (2), 30-44.
- Guerra, P.(2005). Família, Divórcio, Parentalidade Que Relações. In Leal, I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*, (pp.347-401). Lisboa: Edições Fim de Século.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2000). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Climepsi.
- Jackson, R., & Leonetti, J. (2001).Parenting the Child in the Context of the Family, (3rd ed.) In Walk, C. & Roberts, M. *Handbook of Clinical Child Psychology*, (pp.807-805). New York: John Wiley and Sons Inc.
- Laible, D., Carlo, G., Torquati, J., & Ontai, L.(2004). *Children's Perceptions of Family Relationships as Assessed in a Doll Story Completion Task: Links to Parenting, Social Competence, and Externalizing Behavior*. England: Blackwell Publishing.
- Leal, I.(2005).As novas e Velhas Parentalidades. In Leal, I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*, (pp.363 -409). Lisboa: Fim de Século.
- Mack, K. (2001). *Childhood Family Disruptions And Adult Well-Being: The Differential Effects of Divorce and Parental Death*.
- Mucchielli, L. (2002). Monoparentalidade, Divórcio e Delinquência Juvenil: uma relação controversa. In Fonseca, A. *Comportamento Anti-Social e Família – Uma abordagem Científica*,(pp. 213 – 243). Coimbra: Almedina.
- Relvas, A. & Vaz, C. (2007). Monoparentalidade: Uma Família à Parte ou Parte de uma Família. In Relvas, A. & Alarcão, M. (Eds.). *Novas Formas de Família*, (pp. 253-269). Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A.(1996). *O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, M.(2007). *As crianças e o Divórcio*. Lisboa: Editorial Presença.
- Shaffer, D. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento: infância e adolescência*, (pp. 60-64 536 – 547). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Slater, A. & Muir, D. (1999).*Psicologia do Desenvolvimento*. Instituto Piaget.
- Sroufe, L. & Rutter, M.(1999). O Domínio da Psicopatologia Desenvolvimental. In Slater, A. & Muir, D. *Psicologia do Desenvolvimento*, (pp. 635-655). Instituto Piaget.

INTERGERACIONALIDADE: CONTACTO E QUALIDADE DE VIDA NA RELAÇÃO AVÓS/NETOS

VERA FIGUEIREDO & ISABEL LEAL

Nas últimas décadas o estudo das relações avô/neto tem apresentado maior relevância. Esta necessidade de investigação surge devido a diversos factores, nomeadamente, o aumento do papel de avô; o aumento da população com mais de 65 anos (que já são avós); uma percentagem de 50% de crianças que têm os avós vivos e o facto de cada vez mais os avós viverem mais tempo (Bernal & Anuncibay's, 2008). Portugal tem vindo a apresentar um aumento significativo da população com mais de 65 anos (indivíduos com idade adulta avançada, idosos, entre outras designações) ao longo das últimas décadas, facto este, que tem vindo a ser alvo de preocupação, o que levou a originar novas áreas de reflexão, investigação e intervenção (Rebelo, 2007).

Em vários países tem-se vindo a verificar um aumento dos avós que fornecem suporte aos netos, incluindo o sustento dos mesmos, no seio familiar (Hayslip & Kaminski, 2005).

Da convivência intergeracional, da relação avó/neto, surgem importantes contribuições para ambos, sendo este relacionamento considerado como recíproco e complementar. Bernal e Anuncibay's (2008) referem diversas vantagens deste contacto intergeracional: ajuda dos avós, fornecendo estabilidade em épocas de crise familiar, contribuição para o desenvolvimento da socialização da criança, ajuda emocional e económica, contribuição para a transmissão da história, tradições e valores. De acordo com os autores os avós contribuem com essa estabilidade que se revela necessária devido às elevadas taxas de divórcio, facto suportado pelo estudo de Ruiz (2008) que refere que a relação das crianças com os pais em coesão com os avós é benéfica no sentido de melhores resultados ao nível psicológico da criança, no caso de pais separados. Neste estudo, verificou-se ainda que os avós reduzem os problemas comportamentais dos netos no caso de ambientes turbulentos para a criança em casa. De acordo com Bernal e Anuncibay's (2008) a estabilidade fornecida pelos avós aos netos é igualmente necessária devido ao crescente consumo de álcool e drogas na sociedade. Os pais beneficiam então desta relação avô/neto devido ao facto de muitas das vezes o avô funcionar como negociador entre pai e filho, incrementando o seu entendimento mútuo.

Os avós beneficiam igualmente desta relação com os netos, sendo que, os avós que participam e se identificam com o papel de avô desenvolvem um sentido crescente de bem-estar e da moral, sobretudo em momentos de perda pessoal, social e material, que de outra forma os levaria à desmoralização, o que sugere que estes avós têm menos probabilidade de ter problemas ao nível mental, físico e emocional (Bernal & Anuncibay's, 2008). O estudo de Armstrong (2005) ingressou na questão dos netos como recurso para a integração social dos avós, através da qual se verificou que, efectivamente, os netos são uma fonte potencialmente significativa da influência em avós. Apesar de pesquisas anteriores demonstrarem a desvantagem revelada pelos avós ao nível da saúde durante o cuidar dos netos, Hughes, Waite, LaPierre e Luo (2007) afirmam que esta desvantagem tem a sua génese não no cuidar dos netos mas sim em características prévias dos avós. Segundo os autores, estes dados vêm permitir colocar uma maior confiança nos avós no que concerne ao cuidar dos netos e permite que estes sintam maior confiança nesta tarefa, embora se deva ter sempre em conta que um grupo minoritário de avós fica prejudicado no seu bem-estar. Segundo Drew e Silverstein (2007) a perda de contacto dos avós com os netos, devido a diversas situações como por exemplo o divórcio dos seus filhos afecta o bem-estar emocional dos avós. Essas situações, de divórcio, e de segundo casamento têm influência na relação dos avós com os netos na maior parte das famílias (Kemp, 2007). De acordo com o autor, vários estudos de famílias demonstraram como diversas circunstâncias, sejam estas sociais, históricas, familiares ou individuais podem influenciar os laços entre avós e netos, produzindo comportamentos que podem ir desde um comportamento carinhoso e sustentador até um comportamento indiferente e abusivo.

Tal como referido por Bernal e Anuncibay's (2008) e perante os diversos factores apresentados revela-se interessante e pertinente perceber se o contacto com os netos influencia o bem-estar dos avós, incluindo o facto de que a identidade familiar intergeracional está positivamente relacionada com o bem-estar (Reitzes & Mutran, 2004), esta identidade é visionada como algo a manter devido às suas vantagens familiares mútuas e aos benefícios ao nível da sociedade. Verificou-se no estudo de Lo e Liu (2009) que não havia diferenças significativas na qualidade de vida ou depressão entre avós que cuidavam e avós que não cuidavam dos netos. A saúde física era mais pobre em relação à saúde mental em ambos os grupos. No grupo de avós cuidadores, 55,6% reportaram stress psicológico negativo (distress), embora 86, 7% tivessem o apoio de outros membros familiares. O autor refere a necessidade de estudos nesta área com amostras maiores que venham revelar dados mais completos acerca dos avós que prestam cuidados aos netos. Posto isto, seria interessante e pertinente ingressar num estudo relativamente à qualidade de vida dos avós no contacto com os netos.

O objectivo principal do presente estudo consiste em avaliar a qualidade de vida de avós, relacionando esta com a frequência do contacto entre avós e netos.

O objectivo secundário assenta no estudo da avaliação da qualidade de vida relacionando esta com características sociodemográficas dos avós e características da relação avô/neto (Com que frequência o

inquirido está com o seu neto, como o inquirido considera a sua relação com o seu neto e como o inquirido julga o seu papel de avô/avó).

MÉTODO

O presente trabalho de investigação inscreve-se num estudo exploratório descritivo transversal.

Participantes

Participaram 234 sujeitos que são avós, com idades compreendidas entre os 39 e os 90 anos. Para a selecção dos indivíduos, o único critério de inclusão na amostra foi o facto de os participantes serem avós. Tratou-se de uma amostra não probabilista de conveniência.

Material

Para a recolha dos dados, o protocolo de investigação foi constituído por: um questionário sócio-demográfico constituído por duas partes, onde na primeira foi possível recolher dados sobre a idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, número de filhos, número de netos, com quem habitam os sujeitos, e possíveis doenças crónicas existentes. Na segunda parte do questionário sócio-demográfico foi possível obter dados relativos à relação avô/neto. um questionário para avaliar a qualidade de vida (36- Item Short Form Health Survey (SF-36) - desenvolvido por Ware e Sherbourne em (1992) e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000).

Procedimento

Para seleccionar os participantes neste estudo utilizou-se uma amostragem por conveniência, num sistema de bola de neve, onde através de cada sujeito se obteve outro sujeito que apresentasse os requisitos para o estudo em questão. Na entrega dos questionários (em envelopes) aos sujeitos, procedeu-se a uma breve explicação acerca dos objectivos da investigação, bem como a garantia de anonimato (confidencialidade) dos dados a obter. O questionário preenchido foi de auto-resposta, de forma a recolher dados relativos às seguintes variáveis: características sócio-demográficas e Qualidade de Vida.

Para análise e processamento dos dados foram utilizadas técnicas descritivas (média e distribuição de frequências) e inferenciais (ANOVA *one way* e respectivo teste *post hoc* de Scheffé e Coeficiente de Pearson). O nível de significância adoptado foi de 5%. A análise estatística de dados foi efectuada através do *Software* PASW Statistics (v.18, SPSS Inc, Chicago, IL). Foi considerado um nível de significância de $\alpha=0.05$.

RESULTADOS

De acordo com Reitzes e Mutran (2004) diversos factores tais como a forma de organização familiar, o número de netos, o estado civil dos pais e dos avós, a situação profissional, a idade dos avós e a existência de conflitos familiares influenciam o relacionamento avô/neto. Procurou-se perceber se alguns destes dados estariam relacionados com uma melhor ou pior percepção da Qualidade de Vida dos avós para os diversos domínios da Escala SF-36.

A idade dos avós verificou-se negativamente correlacionada com cinco dos oito domínios da Qualidade de Vida. De acordo com o estudo de Ice, Zidron e Juma (2008) e com a presente investigação, o domínio “Funcionamento Físico” e a “Saúde Geral” observaram-se igualmente negativamente correlacionados, revelando que os avós que tinham mais idade apresentavam menor aptidão na realização de todas as actividades físicas e menor percepção de qualidade de vida da saúde em geral. Do presente estudo, emergiram mais três domínios negativamente correlacionados à idade dos avós, o “Desempenho Físico”, a “Dor Corporal” e “Desempenho Emocional”, revelando que quanto mais idade os avós tinham, menor aptidão apresentam na realização do trabalho ou actividades diárias decorrentes da saúde física, revelaram maior dor e desconforto e maior quantidade de problemas ocasionados por aspectos emocionais.

Todos os domínios se revelam consistentes no que concerne ao facto de que com o avançar da idade o ser humano tende a perder capacidades físicas.

Os avós que tinham mais filhos apresentaram menor desempenho físico (mais problemas na realização do trabalho ou actividades diárias decorrentes da saúde física) e menor saúde mental (menor percepção de qualidade de vida da saúde em geral). O mesmo se verifica em relação ao número de netos, com a excepção da dimensão “Dor Corporal”, sendo que, os avós que tinham mais netos tinham menor intensidade de dor.

O estudo de Ice et al. (2008) indicou que o número de crianças no agregado estava correlacionado positivamente com a saúde dos avós em geral. Em relação aos domínios da Escala SF-36 verificou-se uma correlação positiva com o domínio “Saúde Geral”. Contrariamente a estes resultados, no presente estudo verificou-se que o número de netos estava correlacionado negativamente com o “Desempenho Físico” e com a “Saúde Mental”. Quanto maior o número de netos, maior a quantidade de problemas na realização do trabalho ou actividades diárias decorrentes da saúde física e menor percepção da qualidade de vida da saúde em geral estes avós apresentam. Verificou-se uma correlação positiva relativamente ao domínio “Dor Corporal” revelando assim que quanto maior o número de netos menor é a dor e desconforto que os avós sentem, sendo o único domínio da qualidade de vida que o aumento do número de netos se correlaciona positivamente.

A partir dos dados sócio-demográficos foi possível observar uma discrepância relativa em relação ao género dos participantes, havendo maior incidência do sexo feminino. Ainda assim, verificaram-se diferenças significativas relativamente ao género em relação à dimensão “Desempenho Emocional”, sendo que o sexo masculino obteve valores mais elevados (apresentando menos problemas ocasionados por aspectos emocionais), o que não se verificou no estudo de Ice et al. (2008) em que comparativamente aos homens, as mulheres apresentaram maior percepção da qualidade de vida neste domínio.

Os avós casados revelaram valores superiores aos avós que estão viúvos no domínio do “Funcionamento Social” e do “Desempenho Emocional”, mostrando que os avós casados sentem-se mais aptos na realização de todas as actividades físicas e possuem menos problemas ocasionados por aspectos emocionais do que os avós viúvos.

Relativamente à situação profissional, os avós que ainda se encontram no activo apresentam valores superiores aos avós que estão reformados na sub-escala “Dor Corporal”, o que vem de acordo com o estudo de Goodman, Tan, Ernandes e Silverstein (2008) em que os avós que não se encontravam empregados apresentavam mais problemas a nível físico e mental.

McGowen, Ladd e Robert (2006) referem que a satisfação com o papel e o significado que a pessoa tira da sua função pessoal são factores que influenciam a percepção da qualidade de vida dessa mesma pessoa. Uma das questões apresentadas inicialmente prendia-se com a relação entre as variáveis “como os avós julgam o seu papel de avós” e a “Qualidade de vida destes avós”. De facto, a forma como os avós julgam o seu papel de avô/avó revelou diferenças ao nível da Qualidade de Vida dos mesmos, sendo que quanto mais presente julga o seu papel de avô, maior é a percepção de qualidade de vida do avô ao nível do seu funcionamento físico, desempenho físico e dor corporal, sentindo-se mais aptos na realização de todas as actividades físicas, apresentando menos problemas na realização do trabalho ou actividades diárias decorrentes da saúde física e apresentam menos dor e desconforto. Ao nível do desempenho emocional, quanto mais presente o avô julga o seu papel menos os seus problemas emocionais poderão afectar as suas actividades. De acordo com Bernal e Anuncibay's (2008) os avós que se identificam com o papel de avô desenvolvem um sentido crescente de bem-estar, tendo menos probabilidade de ter problemas tanto a nível mental como a nível físico. Nos dados recolhidos para esta variável, verifica-se que na presente investigação, a percepção que o avô/avó tem do seu papel influencia a percepção da qualidade de vida dos mesmos, sendo que, quanto mais presente julga o seu papel de avô melhor percepção de qualidade de vida os avós apresentam.

O estudo ingressou noutra questão relativa à relação avô/neto, procurando encontrar-se uma relação entre a forma como estes avós consideram esta relação intergeracional e a Qualidade de Vida destes avós. Goodman et al. (2008) refere que há estudos que referem que a proximidade entre avós e netos tem uma correlação positiva na qualidade de vida dos avós. Na actual investigação, os avós que

apresentaram níveis mais elevados nas dimensões “funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e vitalidade”, consideram a relação com os seus netos como mais satisfatória, o que não se verifica em relação à dimensão “Desempenho Emocional”, revelando valores mais elevados pelos avós que consideram a sua relação com os seus netos como apenas satisfatória, demonstrando que possuem menos problemas ocasionados por aspectos emocionais. Conclui-se então que os avós que consideram a sua relação com os seus netos como mais satisfatória apresentam uma melhor percepção da Qualidade de Vida, mais saúde, ao invés dos avós que responderam que consideram esta relação como apenas satisfatória, o que vem de encontro a conclusões prévias referenciadas por autores como Saxena e Sanders (2009) que referem que a saúde dos avós é um dos factores que contribui para a qualidade da relação avô/neto.

Além de todas as outras questões anteriormente abordadas, o objectivo principal do estudo incidu sobre a influência da frequência de contacto sobre a qualidade de vida dos avós. De acordo com Veleda, Neves, Baisch e Vaz (2006) diversos estudos apontam para níveis altos da satisfação dos avós devido à frequência de contacto com os netos, pois este contacto cria a possibilidade de envolvimento dos avós nas actividades dos netos.

Embora, em alguns estudos tenham surgido dúvidas que demonstram a desvantagem revelada pelos avós ao nível da saúde durante o cuidar dos netos (Hughes et al., 2007). Os autores afirmam que esta desvantagem tem a sua génese não no cuidar dos netos mas sim em características prévias dos avós, havendo um grupo minoritário de avós que fica prejudicado no seu bem-estar. Perante estas divergências, no estudo actual ingressou-se na questão de que poderiam haver diferenças significativas ao nível da qualidade de vida dos avós, variando esta em torno da frequência em que os avós contactam com os netos. Contrariamente ao estudo de Lo e Liu (2009) que concluiu que não havia diferenças significativas na qualidade de vida entre avós que cuidavam e avós que não cuidavam dos netos, na actual investigação isso não se verifica, os avós que passam mais tempo com os netos apresentam maior aptidão na realização de todas as actividades físicas, menos problemas na realização do trabalho ou actividades diárias decorrentes da saúde física, menos dor e desconforto do que os avós que estão raramente com os netos, talvez por se manterem activos na participação das actividades com os mesmos, tal como Veleda et al. (2006) referenciaram.

Lo e Liu (2009) observaram que a saúde física era mais pobre em relação à saúde mental em ambos os grupos (os avós que cuidavam e os que não cuidavam dos netos). No estudo actual, verificou-se que a saúde física era mais elevada para os avós que passam mais tempo com os netos (funcionamento físico, desempenho físico e dor corporal), revelando que os avós que passam menos tempo com os netos apresentam maior incapacidade em executar tarefas diárias devido a problemas físicos, apresentam um índice de gravidade da dor mais elevado e apresentam mais problemas na realização do trabalho ou actividades diárias decorrentes da saúde física do que os avós que passam mais tempo com os netos. Relativamente à saúde mental, verificaram-se diferenças significativas em apenas um

dos oito domínios (desempenho emocional), que embora não se tenha encontrado diferenças significativas entre os grupos, o escore do grupo de avós que está diariamente com os netos foi superior aos avós que estão raramente com os netos, apresentando menos problemas ocasionados por aspectos emocionais, suportado pelos resultados apresentados por Letiecq et al (2008) referindo que os avós que cuidavam menos tempo dos netos apresentavam mais sintomas depressivos. Conclui-se que quanto mais tempo os avós passam com os seus netos, melhor é a sua percepção de qualidade de vida.

De uma forma geral, desta relação intergeracional surgem oportunidades positivas para os avós, ao nível da Qualidade de Vida.

É pertinente referir que em Portugal verifica-se uma carência de investigação com amostras compostas por indivíduos que sejam avós. Devido ao aumento significativo da população idosa e os contributos provenientes desta relação recíproca e complementar (avô/neto) que por sua vez beneficia a vida familiar, revela-se pertinente prosseguir a investigação neste sentido, criando cada vez mais condições de conhecimento acerca destas relações intergeracionais, conhecimento este que, no seu conjunto permitirá criar melhores condições para a sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

- Armstrong, M. J. (2005). Grandchildren's Influences on Grandparents: A Resource for Integration of Older People in New Zealand's Aging Society. *Journal of Intergenerational Relationships*, 3 (2), 21-15.
- Bernal, J. G., & Anuncibay, R. L. F. (2008). Relevancia psico-socio-educativa de las relaciones generacionales abuelo-nieto. *Revista Española de Pedagogía*, 239, 103-118.
- Coall, D. A., Meter, M., Hertwig, R., Wänke, M., & Höpflinger, F. (2009). Grandparental Investment: The Influence of Reproductive Timing and Family Size. *American Journal of Human Biology*, 21 (4), 455-463.
- Drew, L., & Silverstein, M. (2007). Grandparents' psychological well-being after loss of contact with their grandchildren. *Journal of Family Psychology*, 21 (3), 372-379.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Goodman, C. C., Tan, P. P., Ernandes, P., & Silverstein, M. (2008). The health of grandmothers raising grandchildren: Does the quality of family relationships matter?. *Families, Systems, & Health*, 26 (4), 417-430.

- Hayslip, B. Jr., & Kaminski, P.L. Grandparents raising their grandchildren: a review of the literature and suggestions for practice. *Gerontologist*, 45 (2), 262-269.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., La Pierre, T. A., & Luo, Y. (2007). All in the Family: The Impact of Caring for Grandchildren on Grandparents' Health. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 62 (2), 108-119.
- Ice, G., Zidron, A., & Juma, E. (2008). Health and Health Perceptions Among Kenyan Grandparents. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 23 (2), 111-129.
- Kemp, C. L. (2007). Grandparent-Grandchild Ties. *Journal of Family Issues*, 28 (7), 855-881.
- Letiecq, B. L., Bailey, S. J., & Kurtz, M. A. (2007). Depression among rural native American and European American grandparents rearing their grandchildren. *Journal of Family Issues*, 29, 334-356.
- Lo, M., & Liu, Y. (2009). Quality of life among older grandparent caregivers: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (7), 1475-1484
- McGowen, M., Ladd, L., & Strom, R. (2006). On-line Assessment of Grandmother Experience in Raising Grandchildren. *Educational Gerontology*, 32 (8), 669-684.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV): 543-557
- Reitzes, D., & Mutran., E. (2004). Grandparent Identity, Intergenerational Family Identity, and Well-Being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59 (4), 213-219.
- Ruiz, S. (2008). The immediate and long-term legacy of relationships with grandparents for the well-being of grandchildren. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 69 (6-A), 2407.
- Saxena, D., & Sanders, G. F. (2009). Quality of Grandparent-Grandchild Relationship in Asian-Indian Immigrant Families. *International Journal of Aging & Human Development*, 68 (4), 321-337.
- Veleda, A. A., Neves, F. B., Baisch, A. L. M., Vaz, M. R. C., Santos, S. S C., & Soares, M. C. F. (2006) Os significados e contribuições da convivência entre avós e netos para o desenvolvimento da criança. *Psychologica*, 43, 27-40.

RELAÇÕES ENTRE O FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS IMUNOLÓGICO E PSICOLOGICO EM PACIENTES COM HIV/SIDA

NELSON SILVA FILHO, JOÃO DA COSTA CHAVES JÚNIOR & DANIEL CAMPOS SILVA

Segundo o Ministério da Saúde existem 592.914 casos de SIDA acumulados até junho de 2010 (Ministério da Saúde, 2010). Há vários trabalhos que relacionam a concentração sérica de algumas interleucinas com quadros psiquiátricos (Carvalho, 2004; Castanha *et al*, 2007; Coimbra & Coimbra-Sinigaglia, 2004; Fleck *et al*, 2002; Ministério da Saúde, 2000; Motivala, 2001; Malbergier e Schöffel, 2001; Riedel *et al*, 2006; Raison, Capuron e Miller, 2006; Silva Filho, 2003,) envolvendo alguns dos parâmetros que utilizamos em nosso estudo, contudo, não encontramos na literatura nenhum trabalho que tenha verificado associações entre parâmetros imunológicos, psicodinâmicos e psiquiátricos em uma mesma amostra de pacientes com HIV/SIDA. Estes autores apontaram correlações importantes entre algumas psicopatologias e a concentração de algumas moléculas intermediadoras da resposta imunológica (RI). Existem indicações concretas de que há relações entre o estado atual do aparelho psíquico e o estado atual do sistema imune (SI). Uma parcela expressiva de pacientes com SIDA evoluem para demência, cujo diagnóstico, quase sempre, é realizado a posteriori e pode confundir-se com outros transtornos. Possivelmente quadros descritos como demência (Karl, *et al*, 2011) e depressão não são excludentes, eles fazem parte de um mesmo processo insidioso e progressivo e, se realmente assim for, é necessário um diagnóstico diferencial, uma vez que a condição de demência, conforme propomos neste trabalho, seria precedida por depressão e, o diagnóstico diferencial, possibilitaria uma atuação terapêutica para a redução de danos neurológicos e, conseqüentemente, das seqüelas. Nos pacientes com HIV/SIDA parece haver um processo paradoxal envolvendo mecanismos de tolerância imunológica em concomitância com mecanismos associados a hipersensibilidade e alergia.

MÉTODO

Participantes

Foram re-avaliados 14 indivíduos, avaliados inicialmente durante o trabalho de doutoramento (Silva Filho, 2003), com infecção pelo HIV, oriundos do Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais, da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP- Brasil.

Material

Para chegarmos a um modelo integrado dos fenômenos associados à fisiopatologia da SIDA, utilizamos os parâmetros: o logaritmo do número de cópias de RNA do vírus HIV por ml de sangue, ou da carga viral (LogCV); o número de células CD_4^+ e CD_8^+ por ml no sangue designadas respectivamente por CD_4^+ e CD_8^+ ; a relação CD_4^+ / CD_8^+ ; as concentrações séricas (em pg/ml) do fator de necrose tumoral (TNF- α), do interferon gama (IFN- γ), das interleucinas 2, 4 e 10 (IL-2, IL-4 e IL-10); a pontuação no Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (SISDAO), no Teste de Relações Objetivas (TRO) e no DSM-IV-R (AGF). Utilizamos dois critérios distintos para agrupar os dados. O primeiro, conforme a dinâmica psicopatológica no momento da coleta dos dados. O segundo foi a construção de grupos com características similares quanto às medidas dos parâmetros - método de Ward (Frei, F., 2006). Este critério gerou duas séries de dados. A primeira (série 1) com três grupos e a segunda (série 2) com dois grupos.

RESULTADOS

Pacientes agrupados conforme a dinâmica psicopatológica-Foram utilizados os resultados com $d \geq 0.9$ (Cohen, 1988). Comparando pacientes com depressão crônica do tipo psicótica, sub-tipo maníaco depressivo (PMD) com pacientes com depressão crônica do tipo psicótica, sub-tipo esquizo-afetivo (PEA) observamos: (1) O IL-2 do PMD é menor do que do PEA. ($85.75 < 99.67$); (2) A IL-10 do PMD é maior que do PEA ($39.62 > 36.5$) e (3) O tempo de tratamento do PMD é maior que o do PEA. ($89.00 > 36.33$). Entre os indivíduos (PMD+PEA) e os portadores de depressão crônica do tipo neurótica (N) observamos: (1) O CD_8^+ dos psicóticos (PMD + PEA) é menor do que dos neuróticos. ($766.44 < 1144.00$); (2) O SISDAO dos psicóticos é menor do que os neuróticos. ($1.89 < 3.13$); (3) O TRO dos psicóticos é menor do que o dos neuróticos. ($13.33 < 19.5$) e (4) O DSM – IV-R dos psicóticos é menor do que o dos neuróticos. ($37.68 < 62.50$). A comparação entre PMD e neuróticos permitiu as seguintes observações: (1) O CD_8^+ dos PMD é menor do que os neuróticos ($723.92 < 1144.00$); (2) O SISDAO dos PMD é menor do que os neuróticos ($2.00 < 3.13$); (3) O TRO dos PMD é menor do que os neuróticos. ($14.67 < 19.50$) e (4) O DSM- IV dos PMD é menor do que os neuróticos. ($40 < 62.5$). Ao compararmos os

indivíduos PEA e Neuróticos observamos: (1) O CD_4^+ / CD_8^+ dos PEA é maior do que o dos Neuróticos. ($0.56 > 0.33$); (2) A SISDAO dos PEA é menor do que o dos Neuróticos. ($1.83 < 3.13$); (3) O TRO dos PEA é menor do que o dos Neuróticos. ($12.67 < 19.5$) e (4) O AGF dos PEA é menor do que o dos Neuróticos. ($36.67 < 62.50$). Com estes resultados levantamos as seguintes hipóteses: (1) o SI de indivíduos com depressão crônica tipo psicótica, (PEA e PMD) tem perfil de RI predominantemente Th1, porque tem produção aumentada de TNF- α , citocina que estimula o aumento da população de células NK, e induz atividades apoptóticas, aumentando a probabilidade de instalação de processos inflamatórios e inibindo a resposta Th2 (Abbas *et al*, 2005). Trata-se de uma RI tipicamente Th1; (2) o SI de indivíduos com depressão crônica, tipo psicótica, subtipo maníaco-depressiva (PMD) apresenta um perfil predominantemente Th2, comparado aos PEA, o que implica em maior estimulação da expansão de clones de células B e produção de anticorpos. Inibição de clones de células Th1 e, portanto uma possível atenuação de fenômenos citotóxicos. A diferença de IL10 entre os PMD e os PEA, provavelmente se deva a um perfil de resposta Th2 dos primeiros. Como os PEA são diferentes dos PMD em relação a IL-10, e têm IL-2 mais elevada que os PMD, isto sugere que os PEA têm um perfil de resposta com viés Th1. Como o nível de IL-2 dos PEA não difere dos N inferimos que, tanto os PEA, como os N têm um perfil de resposta Th1. O tempo de diagnóstico também difere entre os PMD e os PEA. O funcionamento do aparelho psíquico destes pacientes apresenta diferenças em termos de equilíbrio adaptativo, eficácia adaptativa e AGF, segundo o DSM-IV- R, em seu eixo 5. Confrontando os indivíduos com depressão do tipo psicótica (PEA e PMD) com os N, este segundo grupo tem melhores indicadores de qualidade do funcionamento psíquico que os demais e, fica evidente que o grupo mais comprometido é o PEA, segundo a pontuação do AGF e do TRO.

Análise do resultado do Teste de Spearman Rank Order Correlations, com $p < 0.5$ -Os resultados do teste de Spearman com as medidas de LogCv, CD_4^+ , CD_8^+ , CD_4^+ / CD_8^+ , TNF- α , IFN- γ , IL-2, IL-4 e IL-10, indicam correlações positivas entre TNF- α e LogCv; IL-4 e IL-10. Negativas entre TNF- α e IFN- γ ; e LogCv e CD_4^+ e CD_8^+ . Foram geradas duas séries de dados quando os pacientes foram agrupados segundo a proximidade dos valores do conjunto das variáveis utilizadas:

Conjuntos de pacientes (A, B e C) agrupados. Não podemos afirmar que as contagens de linfócitos CD_8^+ dos grupos A e B são distintas ($d=0,8$), nem as concentrações séricas de IL-2 quando comparadas aos grupos A e C ($d=0,7$). O grupo A é constituído de indivíduos com níveis de TNF- α (621,80), IL-4 (57,40) e IL-10 (61,40) expressivamente mais altos, e de IL-2 (73,00) mais baixo do que nos indivíduos dos grupos B (TNF- $\alpha=226,00$; IL-2=125,00; IL-4=38,5 e IL-10=25,25) e C (TNF- $\alpha=424,80$; IL-2=88,2; IL-4=28,40 e IL-10=32,40), bem como, contagem de linfócitos CD_8^+ (958,00) mais alta do que o grupo C ($CD_8^+=598,80$). Isto sugere um perfil de RI com viés Th2 (CD_8^+ , IL-4 e IL-10 mais altos), não obstante o TNF- α elevado. Este perfil é compatível com a instalação de processos auto-imunes (Th2) e apoptóticos

(TNF- α). O grupo B é constituído de indivíduos com níveis de CD8+ (1223,5) mais alto do que o grupo C (598,80), e de IL-2 (125,00) mais alto que os grupos A (IL-2= 73,00) e C (IL-2=88,2), e níveis mais baixos de IL-10 (25,25) do que os grupos A (IL-10=61,40) e C (IL-10=32,40), sugerindo viés de resposta Th1, embora atípica - com níveis de TNF- α mais baixos e concentração sérica de IL-4 (38,5) intermediária entre os valores dos grupos A (IL-4=57,4), maior, e C (IL-4=28,4), menor. No grupo C os indivíduos têm contagens de linfócitos CD8+ (598,80) e de IL-4 (28,40) mais baixos; e concentrações de TNF- α (424,80), IL-2 (88,2) e IL-10 (IL-10=32,40) intermediárias entre os grupos A (TNF- α = 621,80), IL-2=73,00 e IL-10=61,40) e B (TNF- α =226,00; IL-2=125,00; IL-10=25,25). Esses dados sugerem um perfil de resposta em que a relação Th1/Th2 está mais equilibrada do que nos grupos A e B. Pode significar também uma situação de menor risco para eventos auto-destrutivos (auto-imunes e apoptóticos).

Agrupamento de dois conjuntos de pacientes (A e B). Os pacientes do grupo A apresentam níveis séricos de TNF- α (621,80), IL-4 (57,40) e IL-10 (61,40) mais altos que os pacientes do grupo B (TNF- α =336,44, IL-4=32,89 e IL-10=29,22), e níveis séricos de IFN- γ (308,00) e IL-2 (73,00) mais baixos que eles (IFN- γ =659,44 e IL-2=104,56). Isto sugere que o perfil de RI do grupo A tem um viés Th2 (níveis mais altos de IL-4 e IL-10) com TNF- α atipicamente elevado para esse tipo de resposta (Th2). Os pacientes do grupo B apresentam um perfil de RI com viés Th1 porque tem níveis séricos de IFN- γ e IL-2 mais altos do que no grupo A, se bem que os níveis séricos de TNF- α alcançam um pouco mais que a metade (0,54) daquele grupo. Na análise dos resultados dos dois agrupamentos não levamos em conta os dados de LogCv. Os resultados das análises sugerem três perfis de RI: um com viés Th1 (B), outro com viés Th2 (A) e um terceiro com um balanço mais equilibrado que os dois primeiros (C), exibindo elementos de perfil Th1 e Th2, sendo este, o que apresenta níveis séricos de TNF- α expressivamente mais baixos do que os outros dois (cerca de duas a três vezes). As concentrações séricas de TNF- α nos grupos A e C, embora diferentes, são bem mais altas do que nos indivíduos do grupo B. Diante disso, propomos que os pacientes portadores de depressão crônica do tipo psicótica, que apresentam níveis mais altos dessa substância (TNF- α), têm maior probabilidade de desenvolver transtornos neuropsicológicos que podem se confundir com sintomas de demência, diferentemente dos pacientes com depressão crônica do tipo neurótica, o que sugere que estes pacientes (PEA e PMD), têm maior probabilidade de sofrerem danos neuronais. Assim, embora com um $d=0,8$ - que significa 47,4% de não superposição entre as duas séries de medidas – admitimos que os pacientes com depressão crônica do tipo psicótica (PEA e PMD) têm, de fato, maiores médias para a concentração séricas de TNF- α , embora as duas séries de medidas das concentrações dessa citocina não tenham atestado isto com a precisão adequada.

DISCUSSÃO

As relações estabelecidas por (Raison *et al*, 2006) entre stress agudo e funcionamento da resposta imune podem ser compreendidas admitindo-se que a exacerbação da RI concomitante com a situação de stress pode produzir condições semelhantes a doenças auto-imunes cujo alvo mais importante, no caso dos pacientes aqui estudados, parece ser as células nervosas, o que produziria dano neurológico, tanto no SNC quanto no SNP, e explicaria a incidência de demência decorrente do processo deletério disparado pela resposta imune aguda. Num primeiro momento a competência das respostas imunológicas seriam amplificadas e também a eficácia adaptativa, num segundo momento, diminuiria a competência das RI e se iniciaria a resposta auto agressiva quando ocorre um aumento de TNF- α que, por sua vez aumentaria a probabilidade de dano neuronal. Demência e depressão são estágios distintos de um mesmo processo patológico. Durante processos depressivos há um aumento de citocinas pró-inflamatórias, o que também ocorre no stress (Vismari et al, 2008). Essas citocinas pró-inflamatórias estão relacionadas com a resposta Th1, cujos efetores são as células T citotóxicas (CTL*) que, mediadas por TNF- α induzem apoptose (morte celular programada). O TNF- α e a IL-4 são capazes de penetrar a barreira hematoencefálica, o que pode produzir o dano neuronal (morte de neurônios) associado a demência. Da maneira como estamos vendo, a demência é uma fase grave e irreversível do processo depressivo. A demência se instala na medida em que as citocinas pró-inflamatórias, que ultrapassam a barreira hematoencefálica, induzem apoptose neural (ou processo de aniquilamento de um conjunto de neurônios), levando o paciente a um comprometimento psico-neuro-cognitivo. Do ponto de vista do aparelho psíquico, a depressão se vincula à pulsão de morte, e é caracterizada pelo comprometimento da afetividade, por meio de uma interdição progressiva, e em parte consciente, dos processos de comunicação com o mundo e por uma focalização exacerbada das energias psíquicas no self enquanto objeto de atenção, em detrimento do mundo externo; e na eventual produção de ideação suicida. O comprometimento progressivo da afetividade pode ser interpretado como um fenômeno auto-destrutivo do self na medida em que nossa identidade enquanto alteridade, é determinada em grande parte, pelas relações que estabelecemos com outros seres humanos e, a afetividade é certamente a dimensão mais importante da comunicação interpessoal produtora de identidade. A construção da nossa identidade envolve necessariamente a construção de imagens internas do mundo, cujo substrato físico e fisiológico são os circuitos neurais (Edelman, 1987) que constituem o locus onde se processam as respostas aos estímulos internos e externos. É o repertório atual de circuitos neurais que possibilita a representação interna do mundo externo e determina nossa capacidade de interagir com ele (o mundo externo). Assim, a dinâmica psíquica da depressão pode ser interpretada como um processo auto-destrutivo, de perda de identidade, que, embora inicialmente possa aumentar agudamente a percepção do mundo externo, introduz progressivamente limitações na interação com ele, o

que compromete a habilidade do sujeito produzir e sintonizar suas imagens internas com o mundo externo e, dirige toda a energia psíquica para o processamento das interações com sua auto-imagem em situação de deterioração. Isto pode ser a base para a produção de ideação suicida num dado momento e, em última análise, também pode ser interpretado como processo de perda de identidade. Conforme já mencionamos, ocorre, em concomitância com este processo, uma série de fenômenos envolvendo modificações na concentração de efetores da resposta imune por meio do aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias tais como TNF- α e IL-4 cujo efeito será o aumento de fenômenos apoptóticos o que certamente, no caso de serem os neurônios as células afetadas, tem consequências psico-neuro-cognitivas.

Essas modificações tendem a destruir neurônios e, por isso podem afetar a eficácia das interações com o mundo externo, diminuindo a plasticidade da resposta neuro-cognitiva, o que se explicita por meio de um comprometimento das funções neuro-cognitivas (pensamento, memória, cálculo, funções executivas, linguagem etc) e da capacidade de construção de imagens internas por falta de substrato neuronal para tal. Interpretamos este acontecimento como uma dinâmica auto-destrutiva porque, ao mesmo tempo em que limita severamente a comunicação com o mundo externo pelo dano em estruturas neurais, diminui a eficácia adaptativa da pessoa. Ficam prejudicadas as leituras do mundo externo e a possibilidade de sintonia com ele, ou seja, há flagrante processo de perda de identidade. Considerando a dinâmica que se estabelece no SI, com a produção de citocinas pró-inflamatórias, passam a ser estimuladas a produção de clones de linfócitos auto-reativos que acabam por interagir com células próprias do organismo (neurônios, por exemplo) destruindo-as. Aqui também se estabelece, ao que tudo indica, uma dinâmica auto-destrutiva cuja instalação pode ser interpretada como um processo de perda de identidade bioquímica. Ou seja, tanto os fenômenos que ocorrem em nível neuronal, quanto imunológico, quanto no aparelho psíquico podem ser interpretados como processos de perda de identidade. Estas conclusões sugerem que o nível de TNF- α seja avaliado na rotina dos pacientes com depressão crônica enquanto um dos indicadores importantes para prognóstico de demência.

REFERÊNCIAS

- Abbas, K. A., & Lichtman, A. H. (2005). *Imunologia Celular e Molecular*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Carvalho A. S. (2004). A infecção pelo HIV – Aspectos psiquiátricos. in: Kapczinski, F., Quevedo, J. Izquierdo, I. *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos* (pp. 445-452). Artmed Editora, Porto Alegre.
- Castanha, R.A., Coutinho, M.P.L., Saldanha, A.A.W., & Ribeiro, C.G., (2007). Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV, *Estudos de Psicologia*, 24(1), 23-32.

- Cohen, J. (1998). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences*. (2nd Ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates,
- Coimbra, G.C., & Coimbra- Sinigaglia, R. (2004). Psicoimunologia. in: Kapczinski, F., Quevedo, J. Izquierdo, I. *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos* (pp. 101-112). Artmed Editora, Porto Alegre.
- Edelman, G. M., (1987). *Neural Darwinism The Theory of Neuronal Group Selection*. Basic Books, Inc. USA.
- Fleck, M.P.A., & Lima, A. F. B. S., Louzada S., Schestasky, G., Henriques, A. Borges, V.R., &Camey, S. (2002). Associação entre Sintomas Depressivos e Funcionamento Social em Cuidados Primários À Saúde. *Revista Saúde Pública*, 36, 431-438.
- Goodkin, K., Fernandez, F., Forstein, M., Becker, J. T., Douaihy, A., Santos, F. H., Silva Filho, N., Miller, E. N., Zirulnik, J., Cubano, L., & Singh, D.,(2011). A perspective on the proposal for neurocognitive disorder criteria in DSM-5 as applied to HIV-associated neurocognitive disorders. *Neuropsychiatry*, 1, 431-440.
- Malbergier A., & Schöffel,A.C. (2001). Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 160-167.
- Ministério da Saúde, Brasil. (2000) *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV / SIDA*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, Brasil. (2008). *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde,; Ano VII, n.1 [26ª à 52ª – semanas epidemiológicas – junho a dezembro de 2009. 1ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2010*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Motivala, S.J. (2001). *Psychological Distress impacts immunity depending upon level of HIV viral load in pre-aids men and women*. Tese de Doutorado, Miami: University of Miami.
- Raison, C., Capuron, L., & Miiier, A.H. (2006). Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *TRENDS in Immunology*, 27(1), 24-31.
- Riedel D, Ghate M, Nene M, Paranjape R, Mehendale S, Bollinger R, Sacktor N, Mcarthur J, & Nath A. (2006) Screening for human immunodeficiency virus (HIV) dementia in an HIV clade C-infected population in India. *Journal of Neurovirology*, 12(1), 34-8.
- Simon R., (2000). Relações entre o diagnóstico operacionalizado, a psicopatologia da depressão e psicoterapia psicanalítica. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8, 165-190.

Silva Filho, N., (2003). *Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o teste de relações objetivas em pacientes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não*. Tese de Doutorado, Botucatu: Universidade Estadual Paulista.

Vismari, L., Alves G. J., & Palermo-Neto, J., (2008). Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 196-204.

A INCLUSÃO DE UMA VISIBILIDADE PARA A SUA EXCLUSÃO: A “NOVA CARA DA SIDA” E A ESTÉTICA DA LIPODISTROFIA

LUIZA FREITAS & GEORGES BORIS

As referências à SIDA como uma doença aguda, de rápida disseminação, a constituir uma ameaça global, marcou o século XX. O tratamento das chamadas doenças oportunistas associadas à SIDA não impedia a morte iminente. A terapia antirretroviral tripla de alta potência (TARV) transformou esse cenário, com redução da mortalidade e aumento da sobrevida, além de proporcionar economia relevante dos gastos hospitalares (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids [ABIA], 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a incluir a SIDA na categoria das doenças crônicas, “que, por sua vez, para efetividade do tratamento, são requeridos altos níveis de adesão” (Matos, Boletini, Keating, Matsumoto e Gandolpho, 2010, p.211). O acesso livre e universal à TARV, mediante a edição de lei federal em 1996, configurou em novos termos a epidemia no Brasil.

Nos primeiros anos do século XXI, já se configurava a fase crônica da SIDA, associada ao novo arsenal tecnológico e ao reposicionamento dos discursos, das práticas e das pessoas no curso da infecção pelo HIV. O Boletim Internacional sobre Prevenção e Assistência à AIDS (2004) se refere a tal cenário da seguinte forma:

até recentemente, a descoberta e o uso destes medicamentos vêm se mostrando bastante efetivos em controlar a ação do vírus no organismo humano, permitindo que o paciente de AIDS volte a trabalhar, a ter uma vida social e uma qualidade de vida melhor do que na época em que a vida com AIDS era fortemente marcada pela doença e pela morte [...]. (p.01)

Esta referência antecede o anúncio do tema eleito para o referido boletim, qual seja a preocupação com os efeitos colaterais da terapia antirretroviral tripla de alta potência (TARV), o chamado “coquetel”.

Em seus termos: “este ano [2004], o tema dos efeitos colaterais, entre os mais marcantes, a lipodistrofia, ganhou notoriedade numa série de eventos científicos e comunitários e passou a ocupar lugar prioritário na agenda de trabalho [...] dos ativistas, dos cientistas e dos profissionais de saúde”. (p.01)

Desde então, na perspectiva das pessoas com SIDA, viver com SIDA é permanente.

Nesse contexto, cabe considerar a militância política da luta contra a AIDS a esse respeito, convocando a voz do presidente do Grupo Pela VIDDARJ, Otávio Valente Júnior:

reconhecemos a importância do acesso universal aos anti-retrovirais [...], mas não podemos nos conformar com os impactos que causam só porque garantem a vida. Os pacientes com HIV/AIDS estão vivos sim, mas muitos carregando um fardo bastante pesado e com efeitos subjetivos importantes. (ABIA, 2004, p. 9)

É evidente que a expressão *um fardo bastante pesado e com efeitos subjetivos importantes* chama a atenção. Tal discussão interessa e será retomada mais adiante. Por hora, a atenção deve se voltar à indagação suscitada por tal voz. Em que implica *estar vivo* para as pessoas que, agora, vivem permanentemente com SIDA? Não se trata de uma indagação pela natureza de sua vida ou por sua suposta essência, mas de uma pergunta pelo processo de constituição de sua alteridade, deste *outro* de nós.

Isso requer uma tomada de posição. Tal indagação já pressupõe a vida como objeto de poder e de saber. O que está posto é uma cadeia de causalidades nesse fato de *estar vivo*, apontando para a inclusão social como a redenção dos problemas enunciados. Parafraseando Foucault (2002a), não é exagero afirmar que implica numa vida objetivada por relações de poder e saber, uma vida “aidética” que foi, em todos os tempos, excluída. A esse respeito, consultar Freitas, L.M.S. de (2003), do “aidético ao “casal sorodiscordante”: percurso histórico do HIV na produção de subjetividades em tempos de biopoder, dissertação de mestrado não publicada da Universidade de Fortaleza, Ceará. Este estudo encontra sua delimitação, justamente, na explicitação desta última afirmativa, que pode ser traduzida na indagação por mudanças ou transformações desde os *aidéticos* até as *pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA)*.

NOS TEMPOS EM QUE VIVER COM SIDA É PERMANENTE

No bojo dos efeitos colaterais da TARV, a lipodistrofia é descrita como “síndrome da redistribuição de gordura ou síndrome lipodistrófica, pois, além de provocar perda e acúmulo de gordura, ocorrem, também, alterações metabólicas significativas” (Matos et al., 2010, p. 211). Ainda em referência aos efeitos colaterais da terapia antirretroviral, a lipodistrofia é “caracterizada por redistribuição anormal da gordura corporal, que pode se manifestar como perda (lipoatrofia) ou aumento (lipohipertrofia) da gordura do corpo” (Araújo, Mendes, Silveira e Seidl, 2011, p. 447). Ou ainda, como a desqualificação explícita dessas

mudanças corporais, quando “[...] são descritas como algo disforme. Não se engorda por inteiro, nem se emagrece por inteiro. (Alencar, Nemes e Velloso, 2008, p. 1845).

Para além dessa visibilidade corporal nesta estética da lipodistrofia descrita na literatura, existe a referência a complicações que podem acompanhar a chamada síndrome lipodistrófica associada a SIDA, quais sejam, “as alterações no metabolismo glicêmico, resistência insulínica e dislipidemia. (Araújo et.al., 2011, p. 447). Tais complicações são abordadas pelas clínicas médicas e não são objeto desse estudo. Contudo, a preocupação com uma decorrente falta de compromisso com a adesão à TARV, que concorra para um prejuízo na efetividade do controle da infecção, é sempre referida pela literatura para além das especialidades. Tal preocupação está relacionada a uma estética da SIDA e aos *efeitos subjetivos* associados a ela.

A lipodistrofia é apresentada como uma estética indesejada, sendo associada à imagem corpórea da doença no século XX e, em decorrência, ao rechaço do corpo aidético. Tal associação é potencializada com uma expressão que aponta para o sinal físico e visível da SIDA – a *cara da AIDS* –, assim como nos primórdios da epidemia: “a TARV mudou a ‘cara da AIDS’, que deixou de ser a ‘cara magra do Cazuzu’ (Agenor Miranda Araújo Neto, famoso cantor brasileiro, mais conhecido como Cazuzu, falecido em 1990 em consequência da SIDA, admitida publicamente no ano anterior) e recentemente começou a ser ‘substituída’ pelas mudanças corporais causadas principalmente pela lipodistrofia”. (Alencar et al., 2008, pp. 1844-1845). Assim, surge uma co-morbidade associada a SIDA – a lipodistrofia – associada à *cara da AIDS*; um sinal, uma marca que pode distinguir esse *outro* de *nós*. Assim, as visibilidades passam a ser apontadas de tal forma: “Se antes a magreza era um sinal da doença, agora o acúmulo de gordura passa a ser um novo sinal físico de sua manifestação” (p. 1845)

A questão da visibilidade associada à solidariedade como condição de combate na “luta contra a AIDS”, nos idos dos anos 1990, implicou um processo de subjetivação de “pessoas vivendo com HIV/AIDS” (PVA). Em síntese, a “luta contra a AIDS”, em seu domínio sobre a vida, tem afastado algumas das iminências da morte e ensinado aos indivíduos a regras do *bem viver* e a defesa da própria saúde e da saúde da população. Em última instância, a inclusão social visa ao adestramento a essas regras do *bem viver*, uma normalização. Esta questão está desenvolvida mais amplamente em FREITAS, Luiza M. S. Lipodistrofia facial e bio-ascese: biopolítica em tempos de Aids crônica e o imperativo da visibilidade. Anais do XI Simpósio internacional IHU: O (Des)governo biopolítico da vida humana. UNISINOS, Rio Grande do Sul. Isto não significa considerar que a vida tenha sido inteira e indefinidamente integrada em procedimentos de domínio, controle e regulação. A vida escapa, continuamente, de tais procedimentos, impondo-lhes modificações. Daí, a constante e sempre atual questão: que relações de poder e de saber têm regulado a vida?

LIPODISTROFIA: A “NOVA CARA DA SIDA”?

Neste ponto é possível retomar a indagação sobre as implicações de *estar vivo* para as pessoas que, agora, vivem permanentemente com SIDA e *estar vivo* sob a regulação de saberes e poderes que visam normalizar a vida com SIDA. Dessa posição, não cabe tomar o rechaço do corpo aidético no século XX e, nem tampouco, o rechaço do corpo em tal estética na lipodistrofia como um dado natural, da natureza ou essência da vida com SIDA. Essa decisão teórica e metodológica interpela a existência de universais para, então, indagar as práticas discursivas sobre a vida, a saúde, a estima e a sociedade admitidos como *a priori* em sua história do rechaço do corpo aidético. Nas palavras de Foucault: “trata-se de abordar sob diversos ângulos uma história da verdade que estaria acoplada, desde a origem, a uma história do direito.” (2008, p.48).

Então, cabe indagar pelos saberes (práticas discursivas) que regulam esse *estar vivo* em sutis relações de poder presentes nas práticas de saúde. Mais diretamente, requer tomar como problema a associação entre política de inclusão social como uma prática saúde que soluciona o rechaço do corpo aidético, que por sua vez está associado à *cara* da SIDA (no Brasil a Síndrome da Imodeficiência adquirida é referida pela sigla AIDS.). Tal política (acesso universal à TARV e a portaria nº 2.582) é justificada por *efeitos subjetivos* decorrentes da estigmatização e preconceitos associados ao rechaço do corpo aidético. Nesse contexto, as práticas de saúde sustentadas nessas políticas de inclusão social do aidético, estigmatizado e excluído, visam à *melhora* da autoestima e da qualidade de vida destes que vivem permanentemente com SIDA. Vale dizer que a adesão ao tratamento com a TARV, somado aos procedimentos de correção da lipodistrofia está sempre associada a tal melhora.

É patente a associação entre preconceito e lipodistrofia como a “nova *cara* da AIDS” nas práticas discursivas seja de forma direta, indicando que “a lipodistrofia tem contribuído para que a AIDS tenha, novamente, *uma cara*, como nos primórdios da epidemia, o que tem possibilitado a associação corpo/doença como mecanismo de identificação das pessoas vivendo com HIV/AIDS no meio social.” (Araújo et al., 2011, p. 448). De outro modo essa associação é referida na literatura apontando que tais mudanças corporais, decorrentes da lipodistrofia, “vêm sendo caracterizadas como ‘a nova cara da AIDS’, levando seus portadores a forte impacto psicológico, associado à hipótese de revelação do diagnóstico de soropositividade.” (Matos et al, 2010, p.212). É no corpo que o sinal, a marca da AIDS, encontra visibilidade – mecanismo de identificação e/ou revelação do diagnóstico desse *outro* de nós, um corpo rechaçado, um aidético, uma alteridade –, visibilidade esta, já dada por tais discursos.

Assim, na sutileza de associação entre “nova *cara* da AIDS”, corpo identificado com AIDS, estigmatização e preconceito, aparecem uma vulnerabilidade e os referidos *efeitos subjetivos* que justificam as políticas de inclusão social. Como mostra este discurso: “a lipoatrofia facial foi citada como

um importante fator estigmatizante para os portadores do HIV, levando-os a uma maior vulnerabilidade para a identificação da soropositividade e, conseqüentemente, acarretando em redução da auto-estima e da socialização.” (Fernandes et. al., 2007, p.2)

Essas práticas discursivas justificaram e sustentaram a definição de políticas e práticas de saúde no Brasil que, desde a edição de lei federal de 1996, garante o acesso livre e universal à TARV e, a partir de 2004, sob a portaria nº 2.582 do Ministério da Saúde que inclui procedimentos estéticos de intervenção na visibilidade do corpo com lipodistrofia associada a AIDS.

As repercussões de tais políticas e práticas são apresentadas em relatos de pesquisas onde é referida a fala dos pacientes, descrevendo “o modo como os indivíduos reais, concretos, pensam” (Matos et. al., 2010, p.213), ou apresentando uma “análise da produção científica sobre aspectos psicossociais em portadores da infecção pelo HIV [...]” (Fernandes et. al. 2007, p.1), a partir de investigações empíricas. Como exemplo relatado nessa pesquisa quando analisa as repercussões dos procedimentos estéticos como *melhora* na “[...] auto-estima do coletivo [...], sentimentos positivos de melhora e perspectivas de futuro, provando, mais uma vez, a necessidade humana de um projeto de vida, que começa a ser esboçado pelos pacientes após a realização do tratamento da lipodistrofia”. (Matos et. al., 2010, p.216)

Então, com a redução da mortalidade, o aumento da sobrevida e os procedimentos estéticos que corrigem “a *cara* da AIDS” haveria uma superação do estigma, do preconceito e da exclusão do aidético? De outro modo, estaria superada a exclusão do aidético – o *outro* de *nós*, o *diferente*, a alteridade, o anormal? Veiga-Neto (2001) ao explicar essa partilha entre o normal e o anormal, lembra que “as marcas da anormalidade vem sendo procuradas, ao longo da Modernidade, em cada corpo para que, depois, a cada corpo se atribua um lugar nas intrincadas grades das classificações dos desvios, das patologias, das deficiências, das qualidades, das virtudes, dos vícios.” (p.107). E, em seguida, adverte que em tempos de neoliberalismo ocorre uma inversão na forma como a vida é tomada como objeto de poder e na forma como a partilha é feita. De modo que a marca para distinguir o anormal do normal não está restrita a um corpo, “mas a toda uma fração social para que, depois, se diga que qualquer corpo dessa fração é normal ou anormal pelo simples fato de pertencer a tal fração.” (p.107)

Assim, “a *cara* da AIDS” já é uma fração social. Quem vive permanentemente com SIDA, em tratamento com a TARV, pertencerá à fração “a *cara* da AIDS”. Os procedimentos estéticos de correção para “a *cara* da AIDS” apenas reduzem o risco de tal pertencimento ser revelado; da identificação com “a *cara* da AIDS” ocorrer em face daquele que não pertence a tal fração social. Isto porque o procedimento corretivo é uma máscara, um disfarce da sua natureza. Desse modo, a *diferença* permanece mantida na exterioridade entre os que necessitam do disfarce, para não revelar sua condição de pertencimento à

referida fração social, e aqueles que nada têm a disfarçar. Portanto, é neste cenário que Veiga-Neto (2005) faz referência a uma lógica em que a inclusão pode ser uma forma de exclusão.

A INCLUSÃO PODE SER UMA FORMA DE EXCLUSÃO

Nesse ponto, é possível retomar as práticas discursivas quando associam *efeitos subjetivos*, decorrentes da estigmatização e dos preconceitos - associados ao rechaço do corpo aidético - com o objetivo de *melhorar* a auto-estima e a qualidade de vida destes que a vivem permanentemente com SIDA. É justamente esta associação produzida nas práticas discursivas e nas práticas de saúde, que argumentam a necessidade das políticas de inclusão social, justificando-as em nome da humanização da saúde. Para tratar de tais *efeitos subjetivos* é interessante considerar o texto abaixo:

A síndrome lipodistrófica acentua ainda mais o processo de submissão à discriminação, pois *os pacientes se acham diferentes* devido às alterações físicas dessa doença e correm o risco de serem reconhecidos enquanto *portadores de HIV/AIDS*, fazendo com que eles se sintam excluídos da sociedade, que pune cada vez mais os considerados desiguais, gerando *conflitos emocionais* que, somados às alterações dessa síndrome lipodistrófica, causam *efeitos psicológicos* que podem prejudicar a adesão ao tratamento. (Matos et. al., 2010, p.216)

O acesso à técnica é argumento do esforço democrático na redução das desigualdades sociais. Contudo, a *diferença* não deve ser confundida com desigualdade. A primeira é remetida ao psicológico, ao subjetivo como uma interioridade; são os *pacientes que se acham diferentes*. A exclusão social dos pacientes seria, então, um problema da interioridade de sua autoestima? De acordo com Veiga-Neto (2005): “Ainda que se possa dizer que, nesse caso, não se trata de uma exclusão social, mas sim de uma exclusão, no nível do sujeito – ou, talvez melhor, da subjetivação dos indivíduos –, não se pode negar que se trata de uma exclusão.” (p.64). Assim, *os conflitos emocionais* já são efeitos de regimes de verdade que formam sujeitos.

Em aliança com o pensamento de Foucault (2002), quando elabora uma história da psicologia, desde 1850 até 1950, ao indicar que a história da psicologia até metade do século XX é a história paradoxal das contradições entre o projeto de reconhecer no homem as mesmas leis que regem a natureza e os postulados que norteiam a construção da psicologia como ciência objetiva. Esse dualismo situou o psicólogo como sujeito que se posiciona como conhecedor da realidade psíquica, que já está dada e independe da ação de tal sujeito conhecedor. Dessa suposta neutralidade e objetividade decorrem as ideias de interioridade e essência psicológica.

Nesse sentido, Foucault (2002b) afirma que naqueles anos a psicologia estabeleceu relações novas com a prática, pois se ofereceu como fundamento científico para práticas como a educação, o trabalho ou a saúde, ao mesmo tempo em que se ofereceu como resposta para os problemas decorrentes destas. Ao mesmo tempo em que fundamenta *conflitos emocionais*, deve promover a recuperação da auto-estima – um *efeito psicológico* que pode comprometer a adesão à terapia anti-retroviral. Por isso, o autor conclui que a psicologia contemporânea é uma reflexão das contradições do homem com ele mesmo e indaga: “O futuro da psicologia não estaria, doravante, no levar a sério essas contradições, cuja experiência, justamente, fez nascer a psicologia?” (p.151).

Por fim, uma citação como convite para atentarmos para “a violência com a qual instauramos nossos regimes de verdade, a partir dos quais se faz possível incluir ou excluir alguém em função da arbitrariedade de nossos valores tão semeados pelas práticas” de saúde. (Benevides, 2011, p.252).

REFERÊNCIAS

- Alencar, T. M. D., Nemes, M. I. B., & Velloso, M. A. (2008). Transformações da “AIDS aguda” para a “AIDS crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 1841-1849.
- Araújo, M. N. R., Mendes, P. R., Silveira, A. P. P., & Seidil, E. M. R. F. (2011). Lipodistrofia e preconceito na nova cara da aids: diálogo com a bioética de intervenção. *Revista de bioética*, 19, 441-456.
- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. (2004). *Boletim internacional sobre prevenção e assistência à Aids*. Recuperado do site: http://www.abiaids.org.br/_img/media/aaa51.pdf
- Benevides, P. S. (2011). As retóricas contemporâneas e a significação da educação inclusiva. *Psicologia & sociedade*, 23, 248-253.
- Fernandes, A. P., Sanches, R., Mill, J., Lucy, D., Palha, P., & Dalri, M. C. (2007). Síndrome da lipodistrofia associada com a terapia anti-retroviral em portadores do hiv: considerações para os aspectos psicossociais. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15, 1-5.
- Foucault, M. (2002a). Loucura e sociedade. In: Foucault, M. *Ditos e escritos I. Problematizações do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*, (pp. 259-267). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2002b). A Psicologia de 1850 a 1950. In: Foucault, M. *Ditos e escritos I. Problematizações do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*, (pp. 133-151). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.

Freitas, L. M. S. de (2003). Do "aidético" ao "casal sorodiscordante": percurso histórico do HIV na produção de subjetividades em tempos de biopoder. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Fortaleza, Curso de Psicologia, Ceará.

Matos, A. C., Boletini, R. S., Keating, T. C., Matsumoto, N. F., & Gandolpho, M. A. (2010). Tratamento da lipodistrofia facial em pessoas vivendo com HIV/AIDS: afastando o preconceito e melhorando a qualidade de vida. *Revista mundo da saúde*, 34, 210-217.

MANEJO DE ESTRESSE E BEM-ESTAR: DESAFIO PARA OS GERENTES EMPRESARIAIS

SEILLE GARCIA-SANTOS, BLANCA WERLANG & MARIA LUCIA TIELLET NUNES

As organizações de trabalho foram diretamente impactadas pelas transformações decorrentes dos avanços tecnológicos e da globalização acontecidas nas duas últimas décadas. Independente do segmento de atuação, as empresas passaram a demandar de seus funcionários aprendizagens e adaptações aos novos modos de trabalho, de comunicação e de interação social. Nesse contexto, e por esses motivos, as formas utilizadas pelas pessoas para enfrentar as mudanças também sofreram alterações, sendo reguladas por tentativas de autossuperação e de apoio ao ritmo e à velocidade do novo mundo dos negócios.

Nesse cenário, as pessoas que exercem funções de gestão nas organizações de trabalho necessitaram reposicionar-se para atender às novas demandas, sem perder a oportunidade de desenvolver novas habilidades. As tarefas clássicas do gerente de planejar, coordenar e definir recursos foram incrementadas por outras competências relativas aos papéis gerenciais que são deliberados pelas capacidades interpessoais, informacionais e decisórias.

Dos gerentes, portanto, passaram a ser exigidas competências mais sofisticadas, destacando-se os conhecimentos dos cenários externos à empresa e das transformações globais em nível econômico, social e cultural; dos processos internos da organização, recursos informáticos e modelos de estratégias, marketing e finanças; gestão de pessoas, manejo de poder, negociação e administração de conflitos; inovação, capacidade de correr riscos em alto grau de incerteza e suportar fortes tensões sem chegar ao estresse. Nesse sentido, corroborando a assertiva de parecer ser necessário ao gerente da atualidade transcender sua condição humana, Motta (2002) enfatiza que o “trabalho gerencial é atípico, não se parecendo com nenhuma outra função ou profissão, sendo ambíguo e repleto de dualidades, cujo exercício se dá de forma fragmentada e intermitente” (p. 19). Para o autor, há gerentes que relatam grande número de trabalhos inusitados numa carga de tarefas imprevistas, reuniões, telefonemas e interrupções constantes de forma descontínua e variável, exigindo-lhes características pessoais que os habilitem para suportar alto grau de pressão.

Desse modo, os gerentes vivem, dia-a-dia, sob o comando das intempéries dos negócios, da urgência do tempo, sem a menor possibilidade de não alcançar os objetivos traçados, pois disso depende a sobrevivência da empresa. Por isso, a pressão sentida e vivenciada é fator de estresse em função do esforço de adaptação recorrente.

Estresse e gerentes

O estudo do estresse laboral ainda é considerado um tema novo e dúbio. O que pode ser observado como condição estressante de trabalho para os estudiosos do tema, para as pessoas em geral, para os dirigentes de empresas e profissionais de recursos humanos, pode ser entendido como produtividade, competência ou capacidade de ser “multitarefa”. Explica Zanelli (2010) que um dos maiores desafios desse campo consiste justamente da busca pelo equilíbrio entre as necessidades, expectativas e os recursos que o trabalhador possui e as necessidades, expectativas e demandas da organização.

Alguns estudos recentes, enfatizados por Lipp (2005), permitem afirmar que adoecimentos derivados do desgaste físico e emocional podem decorrer do ambiente de trabalho. Entendido como um processo gradual de enfraquecimento, o desgaste pode estar associado às exigências do trabalho à pessoa, que incluem além do tipo de tarefa, o contexto em que ocorre, a forma de gerenciamento/supervisão/comando adotada e a organização do trabalho propriamente dita. Obviamente que essa conclusão, aparentemente reduzida e simplista, tenta objetivar a discussão, entretanto o tema é complexo e multidimensional. As organizações do trabalho exigem de seus profissionais alta qualificação, comprometimento, flexibilidade, adaptabilidade, capacidade de relacionamento interpessoal, de trabalho em equipe e criatividade, entre outros atributos incluídos na “polivalência profissional” (mesmo que ela seja subutilizada). A reivindicação por um profissional mais complexo torna o mundo do trabalho também mais complexo, categórico em ações que podem tanto auxiliar as pessoas em seu bem-estar como colaborar como fonte de pressão, que pode levar ao estresse e adoecimento.

Um dos modelos de distribuição do trabalho, bastante utilizado, é aquele em que os trabalhadores são dispostos em funções distribuídas em níveis hierárquicos (mais verticais ou mais horizontais, a depender do tipo de empresa). Assim, o trabalho passa a ser distribuído em tarefas para dar conta da produção de bens ou serviços que atendam às necessidades de consumo da sociedade. Nessa condição, e a depender do significado e sentido dados ao trabalho, da forma de organização do trabalho, das condições de trabalho e das relações sociais originadas no contexto organizacional, as pessoas podem sofrer desgaste físicos e emocionais, sentindo-se exigidas além de suas possibilidades (mesmo que a exigência do trabalho seja aquém de suas capacidades, causando monotonia, subutilização). Nesse caso, podem surgir sentimentos de impotência e de desvalorização, o que leva algumas pessoas, menos resistentes, a degenerar-se rapidamente. Às vezes, o sentimento de impotência é tão grande que as pessoas, ao defenderem-se como podem, naturalizam os acontecimentos, já que, afinal, ter um trabalho

é condição de sobrevivência para grande parte da população (Dejours, 2007; Heloani & Capitão, 2003; Seligman-Silva, Bernardo, Maeno, & Kato, 2010, Zanelli, 2010).

Da observação dessas condições, Seligman-Silva et al. (2010) sugerem que o trabalho pode ser apontado como uma fonte específica de nocividade à vida emocional. As evidências ancoram-se na luta pela sobrevivência, que pode levar a uma jornada excessiva de trabalho e a suportar aspectos do trabalho (relações interpessoais, competitividade, ações desvinculadas da realidade da pessoa, por exemplo), o que, por sua vez, repercute diretamente na saúde daquele que trabalha. O sofrimento emocional passa a ser consequência direta da vida no contexto do trabalho. Por outro lado, não se pode perder de vista que algumas condições pessoais, o aparato que modula a percepção, o controle dos impulsos, o modo de processamento da informação e reflexão daquele que produz nas organizações de trabalho podem proporcionar formas de enfrentamento facilitadoras de realizações e bem-estar (Garcia-Santos, Almeida, Werlang & Veloso, 2010; Sadir, Bignotto & Lipp, 2010).

A organização do trabalho, especialmente, tem sido um tema eleito por diferentes disciplinas (Psicologia do Trabalho, Ergonomia, Sociologia e Administração) na tentativa de compreender a pressão que exerce sobre as pessoas e como se torna fonte de desgaste físico e mental e consequente estresse, conforme Dejours (2007) e Dejours, Dessors e Desrlaux (1993). Entende-se que a organização do trabalho não consiste apenas em divisão do trabalho, ela incorpora relações de poder e hierárquicas decisivas para o desgaste mental das pessoas no trabalho. As decisões organizacionais tomadas pelos dirigentes que associam com mais ou com menos clareza planos estratégicos, contingências, competitividade, rentabilidade e recursos disponíveis (humanos, financeiros e materiais) determinam a organização do trabalho.

Sob essa ótica, entende-se que as empresas da atualidade organizam-se de maneira a responder eficiente e eficazmente às necessidades dos clientes, preservando a qualidade de seus produtos e serviços, enquadrados em sua cultura, seu segmento de atuação, nas condições do mercado altamente competitivo, dos concorrentes e fornecedores e também estão condicionados ao modo de ser de seus dirigentes, entre eles os seus gerentes. Para atender a essa demanda, as atividades gerenciais são cada vez mais complexas e cheias de pormenores requintados que exigem da pessoa que ocupa a função gerencial respostas emocionais em alto grau de controle e manejo de situações inusitadas. Para Limongi-França e Rodrigues (2009) e Zanelli (2010) são essas condições de pressão típicas que levam ao estresse no trabalho.

O cenário exposto deflagra as condições de trabalho do gerente contemporâneo. Porém, levando em conta a importância da posição ocupada pelo gerente para o funcionamento da organização como um todo, é possível discutir, conforme propõe Limongi-França (2009), que controlar o estresse negativo, aprendendo a lidar positivamente com as pressões é um desafio imposto a todo gerente que ao ser equacionado pode permitir a organização conquistar um diferencial competitivo no seu

segmento de atuação. Buscar formas de funcionar que minimizem os efeitos negativos do estresse nos gerentes pode providenciar a identificação de situações, condições psíquicas e competências que influenciem na produtividade, subsidiando planos de ação e programas de desenvolvimento que visem ampliar essas capacidades, aumentando a qualidade de vida no trabalho, o bem-estar e a saúde geral.

De acordo com Dejours (2009), o trabalho é favorável ao equilíbrio mental e, portanto, à saúde de uma pessoa quando existe uma adequação entre a organização do trabalho e a estrutura do indivíduo. Isso é passível de acontecer quando ocorre o entrelaçamento psicodinâmico da relação indivíduo-trabalho, o que permite o equilíbrio entre o prazer de funcionar e a liberdade de fazer, condições que podem ser encontradas nas funções gerenciais das organizações. Quando os gerentes alcançam a posição de referência em suas áreas de atuação e são considerados de alto rendimento por pares e superiores, estão na condição proposta pelo autor de, com autonomia, utilizar suas capacidades em favor da realização de atividades organizadas em congruência com o seu jeito de ser.

Este estudo teve por objetivo verificar como se apresentam as condições de perceber, manejar e tolerar o estresse em gerentes empresariais bem sucedidos no desempenho de suas atribuições.

MÉTODO

Esta pesquisa é de delineamento quantitativo, do tipo transversal e com objetivos descritivos. Para compor a amostra foi realizado um levantamento para, entre as empresas acessadas por conveniência, localizar os gerentes a serem convidados, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos: a) trabalhar como gerente de empresa de grande porte por pelo menos dois anos; b) ter recebido notas de excelência na última avaliação de desempenho da empresa; e c) ser considerado referência na prática de suas atividades por superiores, pares e gerência de recursos humanos.

Participantes

Após o aceite dos gerentes, a amostra passou a ser constituída por 40 participantes, funcionários de sete organizações.

Material

Para coletar as informações e responder ao objetivo do estudo foram utilizados: uma Ficha de Dados Sociodemográficos (FDSD) e o Método de Rorschach – Sistema Compreensivo (Exner & Sendín, 1999; Weiner, 2000).

A FDSD, produzida no Grupo de Pesquisa de Avaliação e Intervenção do Comportamento Psicológico Adaptado e Não Adaptado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, foi utilizada para obter informações pessoais e outras relativas à saúde geral dos participantes e bem-estar.

O Método de Rorschach é composto por dez cartões - cinco acromáticos e cinco cromáticos - que servem de estímulos pouco organizados, levando a pessoa em avaliação a expressar conteúdos associativo-perceptivo-interpretativos representativos de seu mundo interno. É um método projetivo que avalia como a pessoa interpreta o que vê, baseando-se naquilo que percebe por meio de um trabalho de assimilação intrapsíquica, sendo que algumas pessoas, ao fazer as livres associações para decifrar as manchas, utilizam-se mais da percepção e outras mais da interpretação. A aplicação é realizada de forma individual, com a instrução de o examinando relatar o que vê nos cartões (Exner & Sendín, 1999).

As variáveis do Rorschach destacadas para este estudo foram as que permitem obter informações sobre a percepção, tolerância e manejo do estresse. Foram observadas: tipo de vivência; recursos disponíveis (EA); demandas que os estímulos provocam (eb) e demandas sentidas (es); nota D ajustada e Índice de Déficit Relacional (CDI).

Procedimento

Após a coleta de dados, o protocolo de cada participante foi codificado por dois juízes obtendo-se índices adequados de concordância por meio do teste estatístico Kappa (0,85 para os determinantes, 0,94 para os conteúdos e 0,98 para as localizações). Utilizou-se o *software Rorschach Interpretation Assistance Program*, v 5.0, para a estatística descritiva. Os resultados foram comparados com os índices médios da amostra brasileira de Nascimento (2010).

RESULTADOS

Entre os 40 participantes da pesquisa, 22 eram do sexo masculino e 18 do sexo feminino, tinham idade entre 27 e 64 anos. Coordenam cerca de 5.000 pessoas (direta e indiretamente). Na avaliação do bem-estar, 95% da amostra considerou ter boa saúde e os demais disseram ter uma saúde regular. No quesito alimentação, apenas 5% da amostra disse ter uma alimentação adequada, pois os demais referiram que as atividades diárias impedem a dedicação necessária aos cuidados alimentares; o mesmo ocorre em relação ao sono, pois todos os participantes referiram dificuldades em desacelerar o ritmo para conciliar o sono. Apesar dessas condições, quando questionados acerca da qualidade de vida como um todo, 74% da amostra referiu ter boa qualidade de vida e sentir-se bem com o que faz, e 95% dos gerentes disseram estar realizados com o trabalho que executam.

Com os resultados obtidos no Rorschach na avaliação da percepção, tolerância e manejo do estresse, após o cálculo das médias, desvios padrão, índices mínimos e máximos para cada variável em estudo e a comparação com os índices brasileiros de Nascimento (2010), chegou-se às seguintes informações quanto aos gerentes participantes: 55% da amostra possui recursos adequados para reduzir a tensão sentida subjetivamente pelo estresse vivenciado na vida diária, sendo que 45% dos

participantes tendem a experimentar um nível de tensão mais alto e fazer maior esforço de enfrentamento e adaptação às pressões vivenciadas, ainda assim, os gerentes demonstram um funcionamento razoavelmente competente quanto à administração do estresse.

Além disso, foi possível observar que os gerentes da amostra são capazes de focar atenção naquilo que é necessário para equacionar situações ou problemas de maneira equilibrada e com adequada abertura à experiência; manifestam objetividade e praticidade, qualidade e eficiência ao analisar os problemas que lhes são apresentados, realizando operações de síntese adequadas mesmo quando confrontados por situações de maior complexidade o que favorece o enfrentamento de situações de pressão. Também se constatou que utilizam recursos no sentido de pensar ativamente na melhor forma de enfrentar os eventos da vida, estando no controle do que deve ser feito de acordo com a própria vontade e não à mercê de atitudes impulsivas ou provocadas por pressões externas.

DISCUSSÃO

Na atualidade, sob a revolução ocasionada pela globalização e a complexidade que passou a nortear o funcionamento das organizações em um contexto bastante desafiador, tornou-se imperativo ampliar o entendimento sobre quem ocupa a função gerencial. O gerente assumiu posição hierárquica de significativa responsabilidade em razão do quanto sua contribuição pode afetar a organização. Nesse sentido, a capacidade gerencial tem se firmado sobre a capacidade de enfrentar situações de pressão cotidianas que podem levar ao estresse.

Tomar decisões e resolver problemas é uma tarefa habitual do gerente contemporâneo. Por si essa demanda constitui uma condição de estresse, no sentido em que deve ser atendida de algum modo para que o gerente exerça suas atividades e, em conclusão, atinja os resultados almejados, o que foi confirmado neste estudo. Os gerentes participantes reforçam a ideia de que o esforço e a persistência podem fazer surgir resultados inesperados, mesmo em condições adversas, estressantes e desafiadoras como são as que vivenciam no trabalho que executam. O comportamento de administrar as tensões parece ser a característica que se destaca como importante fator de sucesso.

REFERÊNCIAS

- Dejours, C. (2007). Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In C. Dejour, E. Abdoucheli & C. Jayet (Eds.), *Psicodinâmica do Trabalho – Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 45-66). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (2009). *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C., Dessors, D., & Desrlaux, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, 33(3), 98-104.

- Exner, J. E., & Sendín, C. (1999). *Manual de Interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Garcia-Santos, S. C., Almeida, L. S., Werlang, B. S. G., & Veloso, A. (2010). Processamento da informação em gestores de alto desempenho. *Motricidade*, 6(1), 85-102.
- Heloani, J. R., & Capitão, C. G. (2003). Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 102-108.
- Limongi-França, A. C. (2010). *Psicologia do Trabalho: Psicossomática, valores e práticas organizacionais*. São Paulo: Saraiva.
- Limongi-França, A. C., & Rodrigues, A. L. (2009). *Stress e Trabalho: Uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Lipp, M. E. N. (2005). Stress no trabalho: Implicações para a pessoa e para a empresa. In F. P. N. Sobrinho, & I. Nassaralla, *Pedagogia Institucional: Fatores humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Zit.
- Motta, P. R. (2002). *A Ciência e a arte de ser dirigente* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach – Teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M., & Lipp, M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20 (45), 73-81.
- Seligman-Silva, E., Bernardo, M. H., Maeno, M., & Kato, M. (2010). Saúde do Trabalhador no início do século XXI. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (122), 185-186.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zanelli, J. C. (2010). *Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed.

PROMOÇÃO DA SAÚDE AUDIOLÓGICA NOS TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA MARINHA GRANDE

MARIA GODINHO 1, ANA OLIVEIRA 2, ANA AMARAL 3 & MARGARIDA SERRANO 3

A proteção da saúde e a prevenção da doença constitui um direito consagrado na Constituição da República Portuguesa, a qual também preceitua, nos artigos 59º e 64º, o direito à prestação do trabalho em condições de higiene e segurança (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). A legislação portuguesa defende a inclusão da Promoção e Educação para a Saúde, como área de formação global do indivíduo (Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, 2002). A exposição ao ruído pode causar perturbações irreversíveis na audição. Uma das consequências auditivas mais graves é a perda auditiva permanente, decorrente de um processo de exposição a níveis de ruído e tempos de exposição que ultrapassem os limites a que o próprio organismo humano é capaz de resistir (Brito, 1999; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). A surdez que resulta da exposição contínua ao ruído, é das doenças profissionais mais conhecidas e representa, na nossa atualidade, cerca de 1/3 da totalidade das doenças profissionais (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). Cientes de que existe ainda muito trabalho de consciencialização para o uso de proteção auditiva nas atividades laborais, que envolvem risco para os trabalhadores, é nosso propósito implementar a aceitação de um conjunto de valores que permitam a aquisição de competências que sustentem os atos do dia-a-dia, promovendo assim a responsabilidade de cada um pela sua própria saúde auditiva.

Perda Auditiva e Exposição ao Ruído

A perda auditiva é uma das doenças ocupacionais mais comuns nos países industrializados (Bramatti, Morata, & Marques, 2008). É estimado, pelo Instituto Americano para a Segurança e a Saúde no Trabalho, que mais de 30 milhões de trabalhadores (quase 1 em cada 10), estão expostos ao ruído no local de trabalho. Na população europeia, cerca de 20% (aproximadamente 80 milhões de pessoas) está exposta a níveis de pressão sonora inaceitáveis, gerando distúrbios no sono, irritações e outros efeitos adversos na saúde (Correia, 2007).

Em Portugal, a exposição ao ruído ocupacional é, também, uma das principais causas de doenças profissionais. Estimou-se, que no 2º trimestre de 2001, cerca 783.000 trabalhadores estiveram

1-Centro Hospitalar Leiria-Pombal; 2-GAES Centros Auditivos; 3-Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra – IPC.

expostos a níveis de pressão sonora superiores a 85dB(A) (Decibel A - com ponderação do filtro A), o que representou aproximadamente 15,7% da população ativa total (Correia, 2007).

A perda auditiva ocupacional é consequência da exposição ao ruído e é considerada um fator de stress no ambiente laboral, podendo este, desencadear efeitos nocivos na saúde do trabalhador. Destacamos o nervosismo, a irritabilidade, as cefaleias, as insónias, as alterações circulatorias e gastrointestinais (Ministério da Saúde, 2006; Zhang, 2010). A exposição ao ruído tem como consequência prejudicar a capacidade de comunicar, levando ao isolamento familiar e social. Reduz igualmente a capacidade de detetar sinais de advertência no trabalho, aumentando assim o risco de acidentes (Bramatti, Morata, & Marques, 2008; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006; Zhang, 2010).

Promoção da Saúde em Audiologia

A carta de Ottawa define promoção da saúde como sendo o (...) processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo. Esta definição destaca a importância do protagonismo das pessoas e a necessidade de lhes ser inculcada a responsabilidade de desenvolverem aptidões, bem como, o poder de atuar em benefício da sua própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas (Buss, 2000).

Através da investigação sobre comportamentos de saúde, sabe-se hoje, que a maioria dos fatores de risco associado às doenças crónicas e agudas são de natureza comportamental. Estas podem ser influenciadas por posturas, disposições, costumes, valores, sentimentos, crenças, convicções, inúmeras influências externas, modas e correntes que descrevem e definem os estilos de vida de cada pessoa, o que é em grande parte responsável pelo bem-estar biopsicossocial. Assim, os conceitos de promoção da saúde surgem aliados a este fator, de modo a reduzir comportamentos inadequados através de intervenções delineadas para o efeito (Dias, Duque, Silva, & Durá, 2004). O incremento da consciencialização por meio de uma boa política de programas de promoção de saúde, de ações informativas e de rastreios, resulta tanto em benefícios diretos para as empresas como para os trabalhadores, existindo um benefício global. O trabalhador vê a sua qualidade de vida melhorada e a empresa por cumprir com a legislação e por concorrer para uma melhoria da segurança e higiene industrial, sai também beneficiada.

O modelo de Nola Pender serviu de base para a elaboração deste projeto, pelo facto do mesmo ter indicações para implementar e avaliar ações de promoção de saúde. Aborda as características e experiências individuais (comportamentos anteriores a serem mudados e fatores pessoais), os sentimentos e conhecimentos acerca dos comportamentos que se querem alcançar (benefícios da ação, autoconfiança, barreiras que condicionam a ação/comportamento) e o resultado do comportamento

(usando como metodologia ações que possibilitem ao indivíduo manter o comportamento de promoção da saúde esperado) (Cole, 2011; Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Atendendo à problemática do ruído laboral e das consequências da perda auditiva que a ele se associa, cremos ser esta a melhor plataforma de atuação na implementação de um projeto de Promoção da Saúde Auditológica na Indústria. Este projeto permite-nos perceber a realidade do trabalhador, obter conhecimento das suas crenças e hábitos de trabalho, fornecer-lhe informação concisa e esclarecedora das consequências da exposição ao ruído sem uso de proteção auditiva, permitindo a cada um dos indivíduos, a tomada de consciência dos riscos e levando-os a adotar, por sua iniciativa, atitudes e comportamentos mais responsáveis na conservação da sua audição (Cole, 2011; Victor, et al., 2005).

A revisão da literatura aponta alguns estudos que salientam a importância da elaboração de programas de promoção da saúde em Audiologia. Costa, Gama, e Santo (2009) procuraram analisar a eficácia do uso de proteções auditivas num Programa de Prevenção de Perda Auditiva, tendo concluído que o uso continuado e responsável de equipamentos de proteção auditiva individual, permite a prevenção da perda auditiva.

Kim, Jeang, e Hong (2010) realizaram um estudo, seguindo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, onde concluíram que este tipo de abordagem permitia a perceção dos benefícios e das consequências de não usar as proteções auditivas, permitindo que os trabalhadores tomassem consciência dos riscos e adotassem individualmente, ou em grupo, comportamentos mais saudáveis.

Queiroz, Silva, Souza, e Simão (2006) concluíram que com a implementação de um Programa de Conservação Auditiva, os custos da empresa reduziam e os níveis de satisfação dos trabalhadores tendiam a melhorar, implicando uma melhoria da imagem geral da empresa. Afirmam, também, que a produtividade tem tendência a crescer em consequência da diminuição do absentismo laboral.

Projeto de Promoção da Saúde Auditológica na Indústria da Marinha Grande

Justificação do tema: A população da Marinha Grande desenvolve a grande maioria da sua atividade na área da indústria vidreira, cristaleira, plásticos e moldes, abrangendo famílias inteiras por várias gerações, com consequências para a saúde audiológica e com efeitos negativos na qualidade de vida dos trabalhadores.

População-alvo: Antes de alargar o projeto a toda a indústria da cidade da Marinha Grande, proceder-se-á à seleção de uma empresa, representativa desta população, a fim de avaliar a eficácia e eficiência do projeto, por um período de um ano, sem condicionantes em relação ao género. Comprovada a eficácia e eficiência do projeto, este será alargado a toda a indústria da Marinha Grande.

Objetivos: 1 - Consciencializar os trabalhadores de que a saúde é um bem precioso que todos desejam e devem promover; 2 - Sensibilizar os trabalhadores e entidades responsáveis para a necessidade da utilização efetiva e continuada das proteções auditivas durante o horário de trabalho; 3 - Perceber o

porque da resistência no uso da proteção auditiva, caso esta se verifique; 4 - Constatar se existem mudanças de comportamentos, ou seja, a utilização efetiva da proteção auditiva; 5 - Confirmar se este tipo de ações é mais eficaz na indução e aquisição de novos comportamentos promotores da saúde auditiva, comparativamente a uma metodologia passiva, baseada unicamente na disponibilização da informação, sem existir uma participação ativa; 6 - Verificar se existe desenvolvimento de competências pessoais e sociais de conhecimentos sobre a saúde auditiva.

Procedimentos prévios: O primeiro passo visa a preparação do material de formação (*Flyer*, *DVD* demonstrativo das dificuldades auditivas impostas pela exposição ao ruído, *Power Point* com conceitos básicos), a elaboração do questionário de avaliação de conhecimentos e a preparação dos requisitos formais necessários à concretização do Projeto, respeitando os requisitos legais e éticos exigidos (carta de autorização da empresa, carta de consentimento informado do trabalhador, convite para testemunhos presenciais de antigos trabalhadores com perda auditiva e usuários de próteses auditivas).

O segundo passo, consistirá no contacto com instituições fundamentais para a concretização do Projeto, por exemplo, a CIP – Confederação Empresarial de Portugal e o Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais (CNPRP), às quais será proposto que ofereçam uma bonificação fiscal à empresa que aceite participar e que promova comportamentos de saúde, tendo como intuito abranger no futuro outras empresas.

O terceiro passo consiste na seleção da população alvo. Será escolhida uma empresa, representativa da indústria vidreira, a fim de avaliar a eficácia e eficiência do Projeto, com o intuito de, posteriormente ser alargado a toda a indústria da Marinha Grande. As empresas participantes disponibilizarão os recursos materiais e humanos necessários para as atividades propostas, bem como o acesso às medições regulares de ruído, ao histórico auditivo dos trabalhadores e ainda, que divulguem e facilitem a participação dos trabalhadores no Projeto.

O quarto passo consistirá na reserva do espaço “Lagoinha Parque”, para o terceiro sábado a seguir ao início do Projeto.

Descrição das atividades a desenvolver:

Atividade 1 - Durante a primeira semana do Projeto, serão recolhidos os dados audiométricos da medicina do trabalho, as medições de ruído e será entregue e recolhido o questionário de avaliação de conhecimentos (versão A), durante o horário laboral. Será igualmente indigitado um responsável por cada pavilhão da empresa para controlar o uso das proteções auditivas em todos os trabalhadores e que, mensalmente, enviará um *e-mail* sobre utilização efetiva das mesmas, as responsáveis pelo Projeto.

Atividade 2 - Na segunda semana serão realizadas o número de ações de formação necessárias durante o período da manhã, de modo a garantir a continuidade do trabalho na empresa. Os trabalhadores serão

divididos em grupos, tendo em conta os pavilhões onde desenvolvem as suas atividades e os diferentes níveis de exposição ao ruído.

Atividade 3 - Realização de atividades de *team-building* no terceiro sábado do início do Projeto, no “Lagoinha Parque”, que incluirão a simulação de perda auditiva através da utilização de tampões de silicone e abafadores. Todas as atividades realizadas (formação, almoço convívio, espetáculo com humorista, atividades livres como snooker, matraquilhos,...) serão desenvolvidas com estas limitações auditivas para que se desenvolva a consciencialização dos riscos e das consequências da mesma.

Atividade 4 - Avaliação do projeto

1 - Duas semanas após a realização das atividades de *team-building*, será passado o questionário de avaliação de conhecimentos (versão B), em horário laboral; 2 - Será mantido contacto mensal com os responsáveis de cada pavilhão, via *e-mail*, a fim de existir informação sobre o uso da proteção; 3 - Um mês depois da distribuição do questionário de avaliação, haverá nova deslocação das investigadoras à empresa, sem que os trabalhadores tenham esse conhecimento, onde se fará a avaliação da efetividade do uso da proteção auditiva individual e onde se trocarão impressões com os responsáveis de cada pavilhão; 4 - Passados 6 meses do início do projeto, será novamente aplicado o questionário de avaliação de conhecimentos (versão B) e verificar-se-á pessoalmente a continuidade do uso das proteções auditivas; 5 - Caso não se verifiquem mudanças de comportamento, serão avaliados os motivos e tentar-se-á uma abordagem mais centrada no indivíduo, recorrendo à criação de grupos de autoajuda com testemunhos de antigos trabalhadores expostos ao ruído e com problemas auditivos. Se um dos motivos avaliados for a falta de conforto das mesmas, poder-se-á propor à entidade patronal um acordo com uma empresa de Reabilitação Auditiva, para a fabricação de moldes protetores feitos à medida do trabalhador, que garantam as normas exigidas; 6 - Após um ano de implementação do Projeto serão avaliados novamente os dados audiométricos da medicina do trabalho, bem como a ficha individual de saúde de cada trabalhador, a fim de se verificar se existiu uma diminuição de queixas de dor de cabeça, cansaço físico, irritabilidade, stress (físico e psicológico), e absentismo. Avaliar-se-á, igualmente, se os registos das incidências de erros na produção diminuíram e far-se-á a apresentação de um relatório final à entidade patronal, à CIF e CNPRP.

RESULTADOS

Espera-se que os trabalhadores tomem consciência dos riscos e das consequências da exposição ao ruído; que usem de forma continuada as proteções auditivas; que ocorra uma diminuição da sintomatologia associada ao ruído (irritabilidade, dores de cabeça, acufenos, entre outros) e de casos de doenças profissionais relacionadas com exposição ao ruído; que diminua o absentismo que coloque

em causa a produtividade da empresa e que ocorra uma redução de distrações e erros, com consequente aumento da produtividade.

DISCUSSÃO

Sendo a exposição ao ruído ocupacional uma das principais causas de doenças profissionais, pretende-se com este projeto contribuir para a promoção da saúde auditiva dos trabalhadores expostos ao ruído, facultando-lhes informação, treino na colocação de protetores auditivos, esclarecimento de dúvidas, proporcionando-lhes a possibilidade de experienciarem as dificuldades sentidas por indivíduos portadores de perda auditiva, através da simulação desta patologia, desenvolvendo-se a consciencialização dos riscos e das consequências da mesma, incrementando hábitos de proteção individual que se traduz em benefícios para os mesmos, para a entidade patronal e para a sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

- Bramatti, L., Morata, T. C., & Marques, J. M. (Julho - Setembro de 2008). *Ações Educativas com Enfoque Positivo em Programa de Conservação Auditiva e sua Avaliação*. Obtido em 12 de julho de 2011, de Scielo Brazil: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462008000300015>
- Brito, V. (1999). *Incidência de Perda Auditiva induzida por Ruído de Trabalhadores de uma Fábrica*. Obtido em julho de 2011, de CEFAC: <http://www.cefac.br/library/teses/a2eff1432f7ff2a4ed0cc9f34fc1e5d6.pdf>
- Buss, P. M. (2000). *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. (v. n.-1. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, Ed.) Obtido em 15 de julho de 2011, de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>
- Cole, J. (16 de Junho de 2011). *Nola Pender and the Health Promotion Model*. Obtido em 3 de setembro de 2011, de http://www.google.com/#pq=nola+pender+and+the+health+promotion+model&hl=en&sugexp=gsis%2Ci18n%3Dtrue&cp=17&gs_id=1r&xhr=t&q=nola+pender+cole&pf=p&sclient=psy-ab&source=hp&pbx=1&oq=nola+pende
- Correia, N. G. (2007). *Identificação de Factores Genéticos subjacentes à Susceptibilidade à Surdez induzida pelo Ruído*. Obtido em 13 de julho de 2011, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1357/1/19955_ulfc080526_tm.pdf
- Costa, C., Gama, W., & Santos, T. (16 de Agosto de 2009). *Efficacy of the Auditory Protection for insertion into a Program of Hearing losses Prevention*. Obtido em 5 de setembro de 2011, de <http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/13-03-08-eng.pdf>

- Dias, M. d., Duque, A. F., Silva, M. G., & Durá, E. (2004). *Promoção da Saúde: O Renascimento de uma Ideologia?* (A. Psicológica, Ed.) Obtido em 15 de julho de 2011, de ScieloBrazil: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a04.pdf>
- Kim, Y., Jeang, I., & Hong, O. (2 de Março de 2010). *Predictors of Hearing Protection Behavior among Power Plant Workers*. Obtido em 2 de setembro de 2011, de http://www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata_anr/201001/10.pdf
- Lei de Bases da Saúde (2002), Lei n. 48/90, de 24 de agosto de 1990, com alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro de 2002
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (6 de setembro de 2006). *Decreto Lei nº 186/2006* .
- Ministério da Saúde (2006). *Perda Auditiva induzida pelo Ruído (PAIR)*. Obtido em julho de 2011, de Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_perda_auditiva.pdf
- Queiroz, M., Silva, C., Souza, R., & Simão, E. (2006). Obtido em 18 de junho de 2011, de http://www.aedb.br/seget/artigos07/1264_IMPACTO%20DO%20PCA.pdf
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (15 de Fevereiro de 2005). *Análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender*. Obtido em 4 de setembro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- Zhang, Z. (Setembro de 2010). *Guideline for Diagnosing Occupational*. Obtido em junho de 2011, de http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_communications/documents/reference_tools/wpc091006.pdf.

A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR VISTA POR MÉDICOS DE UTI PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM SÃO PAULO, BRASIL

EDUARDO GOLDENSTEIN & MARLISE BASSANI

A entrada da medicina na era da tecnologia e cientificismo é razoavelmente recente. Em geral considera-se que isto se dá a partir da Segunda Guerra Mundial e certamente veio atrelada ao rápido desenvolvimento da bioquímica, da física, da estatística e mesmo das ciências da computação no pós guerra. Se considerarmos a lista de descobertas e inovações da medicina a partir surgimento das Sulfonamidas em 1935 até o surgimento do Viagra em 1988 poderemos ter uma boa noção desta evolução. Em 1941 surgiu a penicilina. Em 1944 a diálise renal. Em 1946 o curare passa a ser utilizado para anestesia geral. Em 1947 surge o acelerador nuclear e a radioterapia. Em 1948 se iniciam as cirurgias de catarata. Em 1950 passa-se a usar o esquema tríplice para tratamento da tuberculose. Ainda em 1950 que estudos estatísticos revelam relação o cigarro e o câncer. Já em 1952 devido a uma epidemia de pólio em Copenhague, nasce a idéia de tratamento intensivo e a Chlorpromazina passa a ser usada no tratamento da esquizofrenia. Em 1954 surge o microscópio Zeiss e com ele começam as microcirurgias. No ano seguinte é realizada a primeira cirurgia cardíaca a céu aberto e começa a vacinação sistemática contra a paralisia infantil. Em 1956 surge a ressuscitação cardiopulmonar. Em 1957 torna-se possível o tratamento da hemofilia. Em 1959 surge a endoscopia. Em 1960 a pílula anticoncepcional. Em 1961 a medicação específica para a doença de Parkinson. Em 1963 iniciam-se os transplantes renais, em 1964 iniciam-se as cirurgias de ponte de safena, em 1967 é realizado o primeiro transplante cardíaco. Em 1969 surgem os primeiros meios de diagnóstico pré-natal de Síndrome de *Down*, em 1970 surgem as Unidades de Terapia Intensivas neonatais e as Terapias Cognitivas, em 1971 medicações que possibilitam a cura de certos cânceres da infância, em 1973 surge o tomógrafo. Em 1978 nasce o primeiro bebê de proveta. E 1979 surge a angioplastia. Em 1984 estabelece-se a relação entre o *Helicobacter* a úlcera péptica. Em 1987 descobre-se o uso da Trombólise para tratar ataques cardíacos. Em 1996 surge a tríplice terapia para AIDS; e, em 1998 surge Viagra para o tratamento da impotência.

Diante deste processo todo, os paradigmas da medicina passaram por modificações importantes. De empírica a medicina passou a ser científica e tecnológica. Por conta do desenvolvimento científico-

tecnológico houve uma diminuição do número de casos de doenças infecto contagiosas e a medicina viu-se obrigada a voltar seus olhos para o diagnóstico e cura das chamadas doenças crônicas. As pessoas passaram a viver mais e, portanto a exigir mais entendimento para suas necessidades e maior conhecimento para suas doenças. Amparados na internet e nas redes sociais, os pacientes passaram a exigir de seus médicos tratamentos mais atualizados e mais coerentes, cobrando dos médicos soluções menos dolorosas e mais eficientes e até demandando deles ações impossíveis de serem realizadas e até mesmo resolução de problemas sócio-psicoemocionais e mesmo econômicos que normalmente não são da área médica.

Ainda por conta desse cientificismo tecnológico e por conta do alto preço pago por ele, a medicina passou das mãos dos médicos que até então gerenciavam economicamente suas vidas, para as mãos tanto do grande Capital quanto para a do Estado, passando os profissionais a prestarem serviços e serem remunerados por esses dois grandes senhores. Os médicos desta forma perderam muito de sua autonomia, passaram a cumprir ordens do Capital e do Estado, criando um vácuo de relacionamento com seus doentes.

Os médicos da atualidade, fascinados eles também pelas promessas de um infinito de possibilidades apregoado pelo desenvolvimento de novos equipamentos e remédios, perderam a confiança nos relatos de seus pacientes, buscando certeza em números, imagens, gráficos, estatísticas. A narrativa do doente passou a ser descaracterizada como fundamental para o exercício da boa prática médica. Os artigos da literatura médica baseados na concepção da medicina baseada em evidências, definitivamente afastou o médico de seu paciente. Uma grande lástima.

Os paradigmas da medicina obrigatoriamente tiveram de ser revistos. O encontro médico-paciente se faz agora em outras bases. O pensamento médico, as necessidades médicas, os próprios médicos tiveram de se adaptar a uma nova ordem. Tiveram e continuam tendo.

Uma crise de caráter humanístico surgiu na medicina.

Os objetivos são desvelar esta crise no olhar de cinco médicos intensivistas de um hospital pediátrico “humanizado” de São Paulo, Brasil, foi a proposta de uma pesquisa que levamos a cabo entre os anos de 2005 e 2006. (Goldenstein, 2006). São os resultados obtidos nessa pesquisa que passamos agora a apresentar e discutir

MÉTODO

O método escolhido para a elaboração da pesquisa foi o método qualitativo em função dos referenciais teóricos usados: a ontologia hermenêutica de Martin Heidegger (2005/2006) e a ontologia dialógica de Martin Buber (2003).

A ontologia hermenêutica de Heidegger, como nos ensina Beaini (1980), busca o significado do Discurso através da Linguagem, ou seja, busca uma interpretação da descrição do fenômeno em si, vivenciado singularmente pela condição de ser humano chamado por Heidegger de *Dasein* e traduzido como “ser-aí” no mundo. Na perspectiva heideggeriana não cabem modelos ou teorias explicativas válidas para o todo já que cabe a cada Ser “des-ocultar” e compreender os fenômenos que experiência da ótica de sua condição de *Dasein*, de acordo com seu modo de ver e ser no mundo. Em outras palavras a hermenêutica heideggeriana tem como tarefa elucidar o significado subjacente ao discurso do ser humano, o significado ocultado e “des-ocultado” pela Linguagem, de modo a ir além dos aspectos parciais do Discurso, em busca da mensagem total deste, abrindo assim a possibilidade de se entender o ser humano, o seu modo de ver sua existência.

De acordo com Bruns e Holanda (2001), a missão da interpretação hermenêutica é a de ultrapassar o manifesto na direção de uma maior compreensão do Ser, restaurando a voz do homem em fusão com a realidade que a ele se desvela na experiência e na fala sobre ela. Já que é a fala que nos possibilita acessar o fenômeno interrogado, o qual se insere na vida do homem, faz-se necessário a utilização da técnica da entrevista como forma de acessar a vivência do sujeito, bem como os significados a elas atribuídos. A necessidade de que nos aproximássemos do significado da experiência dos médicos na relação com pacientes e familiares, com a equipe, com o espaço de trabalho e com a instituição hospitalar, exigiu de nós pesquisadores um esforço no sentido de compreender o Discurso de cada um, estreitando laços de entendimento, ouvindo o mais possível do ponto de vista de cada um deles, percebendo sua realidade concreta e singular. Com tal perspectiva metodológica, foram empreendidas a coleta e a análise dos dados desta pesquisa.

Participantes

Foram convidados a participarem da pesquisa de forma aleatória todos os sete médicos ligados as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Foram então realizadas sete entrevistas, mas só cinco foram aproveitadas. Dos cinco, três eram homens e duas mulheres. Todos eles trabalhavam na unidade no regime de plantão rotativo, em geral de 12 horas. Todos eles pertenciam a uma cooperativa de serviços médicos e, portanto, não mantinham contratos diretos do hospital. Unicamente o chefe da equipe, um médico que participou ativamente do projeto e construção do hospital, se encarregava de passar pelas manhãs para acertar falhas e falar com as mães diretamente. De todos os médicos pesquisados, um só era recém formado, havia terminado residência médica neste mesmo hospital um ano antes e fora imediatamente contratada para fazer parte da equipe. Todos tinham o título de pós-graduados em pediatria e cuidados intensivos, alguns poucos também o de nutrologia e com exceção do médico referido, mais de dez anos de experiência em UTI pediátrica e de neonatologia. A idade média dos entrevistados variava entre 35 e 40 anos de idade. A grande maioria era casada, às vezes mais de uma vez, alguns com colegas do de equipe. Comum a única exceção todos eles se dedicavam

exclusivamente ao trabalho em UTI em regime de plantões em rodízio. Todos colaboraram de forma espontânea sob garantia de sigilo ético.

Material

Foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas, conduzidas pelo próprio pesquisador e por ele gravadas com a devida autorização do entrevistado.

Procedimento

As entrevistas foram todas realizadas na sala de repouso do médico, individualmente, com a presença única de entrevistado e entrevistador. Posteriormente todas as entrevistas foram transcritas. O tempo médio de duração foi de uma hora para cada uma delas. A cada um dos entrevistados foi solicitado que fizesse um apanhado conciso de sua vida profissional e que após falasse livremente sobre sua visão da medicina atual, especificamente a medicina praticada naquele hospital. Perguntas outras só foram formuladas na medida que o assunto em pauta escasseava ou surgiam dúvidas relevantes.

Como já referido a presente pesquisa foi realizada em um hospital infantil particular da cidade de São Paulo. A escolha de tal hospital se deu por conta do mesmo ser tanto um hospital de alta complexidade, isto é adaptado para receber casos que requeiram alta tecnologia, quanto por ser um hospital estruturado e construído com a finalidade de diminuir o estresse decorrente de situações de sofrimento e risco, seguindo modelos norte americanos de referência. Trata-se de um hospital bastante colorido, espaçoso, com ampla ventilação, muito bem iluminado, cada andar com um nome diferente e com desenhos nas paredes relacionados com esse nome. Em um dos andares está presente uma sala envidraçada destinada a entretenimento de crianças e familiares. Num andar abaixo do nível do solo encontram-se duas UTIs, infantil e neonatal, estas também apresentando paredes pintadas com motivos marinhos já que o andar é conhecido por fundo do mar. No mesmo andar encontramos uma sala de estar com um grande aquário para uso da família da criança internada, com banheiro acoplado e ainda os quartos de descanso dos médicos com seus banheiros. Junto a cada um dos leitos das UTIs são colocadas cadeiras e pequenas cadeiras para que as mães possam permanecer 24 horas com seus filhos.

Os quartos destinados aos médicos plantonistas são ruidosos por conta do barulho de gerador de ar condicionado da UTI e maquinário dos elevadores situados próximos a essas acomodações. Todo material eletrônico encontrado nesta área de lazer médico foi adquirida pelos próprios médicos, sem participação do hospital.

Por estar ao rés do chão em toda esta extensão não se consegue falar ao celular.

RESULTADOS

A análise prática das entrevistas seguiu a proposta de Bruns e Holanda (2001). Após a obtenção dos discursos, empreendeu-se uma leitura global de todos os discursos e passou-se, então, a captar como cada entrevistado vivenciava o fenômeno interrogado. Em seguida à leitura geral, procedeu-se à leitura atenta de cada discurso diversas vezes, até aprofundar a percepção de como “o fenômeno interrogado se revela de acordo com a vivência de cada entrevistado” (p.79). Em seguida foram catalogadas as “Unidades de Significado”, que são trechos das falas dos entrevistados em que é possível perceber um significado atribuído por eles à vivência e que não existem na descrição como tal, mas são percebidas pela própria visão de mundo do pesquisador, por uma atitude de abertura, de empatia entrevistado-entrevistador, o pesquisador colocando-se no lugar da pessoa que lhe descreveu a vivência. Desta forma passa-se a perceber temas que se repetem ou não nas unidades de significado. Feito isto foi possível reunir as unidades de acordo com os temas relacionados, sendo então encontradas convergências e divergências na vivência do que foi interrogado, as quais desvelaram aspectos dos fenômenos em questão. Essas convergências e divergências, na verdade vivências dos entrevistados, foram analisadas dentro de uma compreensão e interpretação compatível com o proposto por Heidegger. Foram ainda analisadas a forma cada um deles se relacionava paciente e família dentro da perspectiva da relação “Eu-Tu” ou “Eu-Isso”. de Buber (2003).

Alguns temas foram comuns a todos os entrevistados: dificuldade na relação médico-família, não compreensão do trabalho do médico na UTI, falta de tempo para o diálogo com as mães, excessiva presença da mãe dentro da UTI, sofrimento vivido por elas frente a doença dos filhos sem o devido respaldo de um psicólogo, invasão de privacidade na vida dos médicos. Insatisfações com as condições de trabalho, e não com o trabalho em si, salários baixos, não reconhecimento da família e do próprio hospital, excessivo número de horas trabalhadas e dificuldades de desfrutar o tempo livre com a família, se constituíram também em importantes temas levantados. Crítica à sua própria formação, muito técnica, muito distante da realidade humana que passaram a viver no dia a dia da profissão, descaso, desrespeito, condutas inapropriadas durante os anos de formação foram referidos com muita ênfase. Desconforto por conta das instalações físicas, excesso de ruídos e luminosidade impedindo que se distinga o dia da noite, falta de respeito para com os momentos de descanso dos médicos e mesmo das famílias por parte de uma enfermagem estressada e mal treinada, falta de apoio psicológico para médicos, pacientes e famílias, além da excessiva perda de tempo com burocracia e atendimento a reclamações também foram identificados nas unidades de significado.

DISCUSSÃO

A melhor forma de concluir esse artigo, e, portanto a pesquisa, é através da transcrição da fala de um dos médicos entrevistados:

“Realizar a humanização de hospitais significa não somente poder se ter uma arquitetura adequada que se amolde às necessidades básicas de conforto e bem estar, poder proporcionar atitudes que diminuam o estresse, os medos, as angústias e até as fantasias das crianças internadas e suas famílias, mas também poder mexer com coisas bastante concretas como ruídos adversos, carga de trabalho acentuada dos médicos e demais profissionais, conflitos entre profissionais e pacientes (usuários), lidar com a falta de dinheiro para a realização dos projetos e da conservação dos mesmos (...)”

REFERÊNCIAS

- Beaini, T.C. (1980). Questões Fundamentais Sobre a Linguagem no Pensamento de Martin Heidegger. Dissertação de Mestrado em Filosofia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (pgs.11-54)
- Bruns, M. A. T.& Holanda, A. F. (2001). *Psicologia e Pesquisa Fenomenológica Reflexões e Perspectivas* (pgs. 67-80). São Paulo: Omega Editora e Distribuidora Ltda.
- Buber, M.. (2003) *Eu e Tu* (N.A.V.Zuben, Trad.(. 6. ed. revisada). São Paulo: Centauro. (Obra original publicada em 1974).
- Goldenstein, E (2006). *Um Estudo Preliminar sobre Humanização Hospitalar: Dando Voz a Médicos de UTI Pediátrica Sobre Suas Vivências Em Um Hospital Humanizado*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. (pags 79-172)
- Heidegger, M. (2006). *Seminários de Zollikon* (G.Arnhold&M.F.A.Prado, Trad.) Petrópolis: Editora Vozes/ Educ/ ABD. (Obra original publicada em 1987)
- Heidegger, M. (2005). *Ser e Tempo: Parte I* (M.S.Cavalcante, Trad., 2a ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1986).

VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO SOBRE SITUAÇÕES INDUTORAS DE STRESSE NA INFÂNCIA (ESISI)

*ROSA GOMES 1, ANABELA PEREIRA 1, NATÁLIA ABRANTES 1, LEANDRA FERRAZ 1 & LUÍSA
INOCÊNCIO 2*

As transições ecológicas que a criança atualmente vivencia podem desencadear um somatório de perturbações biopsicossociais que interferem no seu desenvolvimento holístico. Com o presente estudo procuramos construir e validar um instrumento sobre situações indutoras de stresse, em crianças dos 3 aos 6 anos de idade, que permitisse aos educadores de infância intervirem preventivamente e consequentemente adotar praticas educativas para promoção da saúde, no jardim de infância.

Um indivíduo entra em stresse quando as exigências da situação são superiores aos seus recursos, independentemente dos fatores idade, raça, sexo e situação socioeconómica. Segundo alguns autores (Lipp, 1991; Vaz-Serra, 2002; Trianes, 2004), as circunstâncias indutoras de stresse podem ser de natureza física, psicológica e social, podendo ter implicações ao nível dos sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais. O stresse infantil pode ter causas externas e internas, do mesmo modo como ocorre com o adulto mas essas causas são diferenciadas. Algumas das fontes externas que mais causam stresse na infância, (Lipp, 2000; Trianes, 2004), são as mudanças significativas ou constantes, responsabilidades em excesso, sobrecarga de atividades, brigas ou separação dos pais, morte na família, exigência ou rejeição por parte dos colegas, disciplina confusa por parte dos pais, nascimento de um irmão, troca de professores ou de escola e hospitalização. As fontes internas ocorrem no interior do próprio indivíduo, que o leva a reagir e a sentir-se de determinado modo e são elas a ansiedade, a depressão, a timidez, o desejo de agradar, o medo de fracasso, o medo de que os pais morram e que ela fique só e o medo de ser ridicularizada por amigos. Uma situação pode ou não ser indutora de stresse dependendo do estágio de desenvolvimento sócioafetivo em que ela se encontra e ainda da avaliação que faz da situação em si e do meio ambiente em que se insere.

1-Universidade de Aveiro; 2-Universidade de Cabo Verde.

Para esta faixa etária, os estudos na área do stresse são ainda reduzidos e, segundo um estudo de Gomes e Pereira (2007), sobre as perspetivas dos educadores sobre o stresse na infância, os autores mostram existir em média, por sala, quatro crianças em situação de vulnerabilidade ao stresse. De acordo com o mesmo estudo os educadores identificaram como causas de stresse os fatores externos, estando portanto fora do seu controlo. A emergência em sensibilizar os profissionais da educação pré-escolar para o stresse na infância e, por outro lado desenvolver investigação sobre instrumentos adaptados à realidade portuguesa, constitui o objetivo do presente estudo.

MÉTODO

Participantes

Participaram 188 indivíduos do sexo feminino (96,8%) e do sexo masculino (3,2%), com idades compreendidas entre 18 e 55 anos de idade ($M=32,14$), em que 22,3% são educadores profissionalizados, 13,3% são alunos em situação de estágio pedagógico em 2009, 11,2% são alunos que estiveram em situação de estágio pedagógico no ano de 2010, da licenciatura em educação de Infância, na Universidade de Aveiro, 14,9% são educadores/monitores cabo-verdianos, 16,5% educadores que participaram no I Encontro Avaliação em Educação Pré-escolar – Sistema de Acompanhamento das Crianças, em 2010, Aveiro, 9,6% alunos do núcleo de desenvolvimento infantil da Universidade federal de Santa Catarina, Brasil e 12,2% são alunos que cursam a educação básica da Escola Superior de Educação de Coimbra. Desenvolvem a atividade docente ou equiparada, em instituições pública (63,0%), IPSS (32,4%) e privadas (4,6%), com criança dos 2 aos 6 anos de idade, em grupos heterogéneos 58,9% e grupos homogéneos (41,1%), com a seguinte distribuição: grupos com 2 anos (8,3%), com 3 anos (11,9%), com 4 anos (6,0%), com 5 anos (11,9%) e com 6 anos (3,0%) de idade.

Material

No presente estudo aplicamos a «Escala sobre Situações Indutoras de Stresse na Infância (ESISI)» desenvolvida por Gomes & Pereira (2009), no âmbito do doutoramento em psicologia. Este instrumento é constituído por 20 itens, que abordam situações que podem ser indutoras de stresse em crianças de idade pré-escolar. É uma escala tipo *likert* com 4 níveis de resposta, que variava entre zero (nunca) e três (muitas vezes).

Procedimento

A recolha da amostra decorreu durante o mês de maio de 2009, 2010 e 2011 e o mês de dezembro de 2009 e 2010. Em Portugal a amostra foi recolhida junto de educadores do distrito do Porto, Aveiro, Coimbra e Santarém, em Cabo Verde nos diferentes concelhos do arquipélago e no Brasil, através de questionários de autopreenchimento anónimos e confidenciais. As questões éticas foram respeitadas, a participação foi voluntária e cada questionário era acompanhado de informação explicativa dos objetivos, das condições da pesquisa, sendo assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados. Utilizamos para a análise dos dados o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0, para MS Windows.

RESULTADOS

Do estudo psicométrico salientamos o índice de fiabilidade que procura avaliar a consistência interna do instrumento. Determinámos o *Alfa de Cronbach* com os 20 itens tendo em consideração o objetivo do estudo. O Alfa global obtido foi de .90, considerado bastante adequado, apresentando assim uma boa consistência interna do respetivo instrumento.

Efetuamos um estudo da escala através da análise de componentes principais (ACP), método de rotação *varimax* com normalização de *Kaiser*, sem escolher o número de fatores e para os valores próprios superiores a 1 (regras do *eigenvalue*), com os 20 itens, extraímos 4 fatores (Quadro 1), que explicam 58,78% da variância total. Os itens que medem o Fator 1 são, por ordem de importância, o 9, 13, 10, 14, 12, 8, 15, 16, 11, 17 e o 18, explicando 36,32% da variância. Por sua vez o Fator 2 é medido pelos itens 2, 1, 3, 4 e 5, explicando 9,45% da variância. O fator 3 é medido pelos itens 19 e 20, explicando 7,37% da variância. O fator 4 é medido pelos itens 7 e 6, explicando 5,64% da variância. Pela análise do quadro da matriz de componentes rodada verificamos que os valores das correlações variavam entre excelentes e razoáveis, segundo. Após análise dos fatores e respetivos itens identificamos alguma instabilidade e interpretabilidade da matriz.

Quadro 1: Distribuição dos itens por fator e carga fatorial de cada item (20 itens)

	Descrição dos Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
9	O internamento da criança por motivo de saúde é indutor de stresse.	.738			
13	A perda de emprego por um dos pais é indutora de stresse.	.718			
10	A doença crónica da criança é indutora de stresse.	.717			
14	A mudança de residência é indutora de stresse.	.618			
12	O medo exagerado de ambientes escuros e/ou de animais é indutor de stresse.	.611			
8	Os conflitos entre irmãos são indutores de stresse.	.591			.456
15	As exigências excessivas dos pais são indutoras de stresse.	.590			
16	As atividades extracurriculares em excesso são indutoras de stresse.	.555		.425	
11	O medo de abandono por parte dos pais é indutor de stresse.	.520			
17	A rejeição dos colegas é indutora de stresse.	.495		.451	
18	Não ser convidado(a) para as festas de aniversário de colegas é indutor de stresse.	.483			
2	Os maus-tratos e negligência das crianças são indutores de stresse.		.750		
1	A permanência no Jardim-de-infância num período superior a 8 horas diárias é indutora de stresse.		.668		
3	A morte de familiares directos é indutora de stresse.		.661		.
4	O divórcio ou separação dos pais é indutor de stresse.		.653		
5	A psicopatologia de um dos progenitores é indutora de stresse.		.590		
19	A hora da refeição no Jardim-de-infância é indutora de stresse.			.738	
20	A hora da sesta no Jardim-de-infância é indutora de stresse.			.572	
7	O nascimento de um irmão ou irmã é indutor de stresse.				.828
6	A gravidez da mãe é indutora de stresse.				.746
% Variância explicada		36,32	9,45	7,37	5,64
α dos Fatores		.88	.77	.59	.79

Efetuamos então uma nova extração, excluindo os seguintes itens:

[13] «A perda de emprego por um dos pais é indutora de stresse.»;

[14] A mudança de residência é indutora de stresse.»;

Obtivemos pela análise de componentes principais (ACP), método de rotação *varimax* com

normalização de *Kaiser*, sem definir o número de fatores e para os valores próprios superiores a 1 (regras do *eigenvalue*), com os 18 itens, extraímos 4 fatores (Quadro 2), que explicam 60,28% da variância total. O Alfa global obtido foi de .89, considerado bastante adequado, continuando a escala a apresentar uma boa consistência interna.

Quadro 2: Análise dos Componentes Principais (ACP) SISI (18 itens)

Descrição dos Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
9 O internamento da criança por motivo de saúde é indutor de stresse.	.755			
10 A doença crónica da criança é indutora de stresse.	.694			
12 O medo exagerado de ambientes escuros e/ou de animais é indutor de stresse.	.646			
15 As exigências excessivas dos pais são indutoras de stresse.	.614			
8 Os conflitos entre irmãos são indutores de stresse.	.608			.425
11 O medo de abandono por parte dos pais é indutor de stresse.	.579			
18 Não ser convidado(a) para as festas de aniversário de colegas é indutor de stresse.	.579			
16 As atividades extracurriculares em excesso são indutoras de stresse.	.531		.425	
17 A rejeição dos colegas é indutora de stresse.	.495		.456	
2 Os maus-tratos e negligência das crianças são indutores de stresse.		.761		
3 A morte de familiares directos é indutora de stresse.		.700		
4 O divórcio ou separação dos pais é indutor de stresse.		.679		
1 A permanência no Jardim-de-infância num período superior a 8 horas diárias é indutora de stresse.		.636	.488	
5 A psicopatologia de um dos progenitores é indutora de stresse.		.611		
19 A hora da refeição no Jardim-de-infância é indutora de stresse.			.726	
20 A hora da sesta no Jardim-de-infância é indutora de stresse.			.537	
7 O nascimento de um irmão ou irmã é indutor de stresse.				.799
6 A gravidez da mãe é indutora de stresse.				.786
% Variância explicada	36,28	10,40	7,37	6,23
α dos Fatores	.86	.77	.59	.79

Os itens (Quadro 2) que medem o Fator 1 são, por ordem de importância, o 9, 10, 12, 15, 8, 11, 18, 16 e o 17, explicando 36,28% da variância. Por sua vez o Fator 2 é medido pelos itens 2, 3, 4, 1 e 5, explicando 10,40% da variância. O fator 3 é medido pelos itens 19 e 20, explicando 7,37% da variância. O fator 4 é medido pelos itens 7 e 6, explicando 6,23% da variância.

Observando (Quadro 2) os *eigenvalue*, ou seja, a magnitude da variação compartilhada pelos itens que se agrupam para constituir um determinado fator, verificamos que o fator 1 tem maior peso em relação aos demais fatores, indicando que é o que capta maior variância. Ainda na Quadro 2 observamos que alguns dos itens apresentam valores de saturação em mais que um fator, igual ou superior a .425 (*Factor loadings*) e de modo a facilitar a análise de conteúdo dos itens, os mesmos estão apresentados na íntegra, pela carga fatorial e não pela ordem que apresentam no questionário.

DISCUSSÃO

Com o resultado da análise fatorial exploratória e análise dos itens que constituem os fatores decidimos em função dos valores de saturação e da análise de conteúdo, reavaliar (Quadro 2) o item 16 «As atividades extracurriculares em excesso são indutoras de stresse» e o item 17 «A rejeição dos colegas é indutora de stresse», no fator 3 (Quadro 3), atendendo que os fatores *loadings* são semelhantes e que têm em comum, causas internas que impedem a criança de lidar com situações indutoras de stresse.

Quadro 3: Análise dos Componentes Principais (ACP) SISI por fator (18 itens)

Descrição dos Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
	Causas internas psicossociais	Causas Externas de componente familiar	Causas externas de componente escolar	Causas internas de componente familiar
9 O internamento da criança por motivo de saúde é indutor de stresse.	.755			
10 A doença crónica da criança é indutora de stresse.	.694			
12 O medo exagerado de ambientes escuros e/ou de animais é indutor de stresse.	.646			
15 As exigências excessivas dos pais são indutoras de stresse.	.614			
8 Os conflitos entre irmãos são indutores de stresse.	.608			
11 O medo de abandono por parte dos pais é indutor de stresse.	.579			
18 Não ser convidado(a) para as festas de aniversário de colegas é indutor de stresse.	.579			
2 Os maus-tratos e negligência das crianças são indutores de stresse.		.761		
3 A morte de familiares directos é indutora de stresse.		.700		
4 O divórcio ou separação dos pais é indutor de stresse.		.679		
1 A permanência no Jardim-de-infância num período superior a 8 horas diárias é indutora de stresse.		.636		
5 A psicopatologia de um dos progenitores é indutora de stresse.		.611		
16 As atividades extracurriculares em excesso são indutoras de stresse.			.425	
17 A rejeição dos colegas é indutora de stresse.			.456	
19 A hora da refeição no Jardim-de-infância é indutora de stresse.			.726	
20 A hora da sesta no Jardim-de-infância é indutora de stresse.			.537	
7 O nascimento de um irmão ou irmã é indutor de stresse.				.799
6 A gravidez da mãe é indutora de stresse.				.786
% Variância explicada	36,28	10,40	7,37	6,23
α dos Fatores	.83	.77	.67	.79

Esta reorganização dos fatores afetou os valores de *Alfa de Cronbach*, especificamente o fator 1 que passou a ser de .83 e o fator 3 de .67. Assim, ao atribuirmos significado aos fatores, de acordo com a análise de conteúdo, temos causas: Fator 1 – internas psicossociais (ex: item 11 - O medo de abandono por parte dos pais é indutor de stresse); Fator 2 – externas de componente familiar (ex: item 4 - O divórcio ou separação dos pais é indutor de stresse); Fator 3 – externas de componente escolar (ex: item 19 - A hora da refeição no Jardim-de-infância é indutora de stresse) e Fator 4 - Internas de componente familiar (ex: item 6 - A gravidez da mãe é indutora de stresse).

A validação final da escala SISI ficou constituída por 18 itens, distribuídos pelo fator 1 que intitulámos de «causas internas psicossociais», que engloba 7 itens (9, 10, 12, 15, 8, 11 e 18), que explicam 36,28% da variância. O fator 2 designado por «causas externas de componente familiar» é constituído por 5 itens (2, 3, 4, 1 e 5), que explicam 10,40% da variância. O fator 3 designado por «causas externas de componente escolar» é constituído por 4 itens (16, 17, 19 e 20), que explicam 7,37% da variância. O fator 4 designado por «causas internas de componente familiar» é constituído por 2 itens (7 e 6) e explicam 6,23% da variância. Do estudo psicométrico do instrumento obtivemos valores globais de *Alfa de Cronbach* de .89. Para cada um dos fatores os valores de Alfa foram para o fator 1 de .83, para o fator 2 de .77, para o fator 3 de .67 e para o fator 4 de .79.

Os resultados evidenciam que o instrumento apresenta boas características psicométricas, ao nível da consistência interna e da análise fatorial. As alterações produzidas na ESSI de Gomes & Pereira (2009) sugerem que a versão final seja considerada como um instrumento, denominado de *Escala sobre Situações Indutoras de Stresse na Infância (ESSI)*. A versão reduzida da escala, com 18 itens foi proposta, obteve um valor de Alfa de .89 e a análise fatorial revelou a existência de quatro fatores, que revelam causas internas: psicossociais e de componente familiar e causas externas: de componente familiar e de componente escolar.

Concluimos que o ESSI pode ser um bom instrumento para avaliação das situações indutoras de stresse em crianças dos dois aos seis anos de idade, de ambos os sexos, embora sejam necessários estudos confirmatórios.

REFERÊNCIAS

Gomes, R.M., & Pereira, A. (2007). Perspectivas dos Educadores sobre as Situações Indutoras de Stresse: estudo exploratório em contextos educativos para a infância. In *Revista Psicologia e Educação*, VI, 61-72.

Lipp, E. N. (Org.) (2000). *Crianças Estressadas: causas, sintomas e soluções*. Campinas, SP: Papirus.

Lipp, E. N., Souza, E. A. P. S., Romano, A. S. F. E., & Covolán, M. A. (1991). *Como enfrentar o Stress Infantil*. São Paulo: Editor Ícone.

Trianes, M. V. (2004). *O Stress na Infância: prevenção e tratamento*. Porto: Edições ASA

Vaz-Serra, A. (2002). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: G.C., Gráfica de Coimbra, Lda.

VOLUNTARIADO HOSPITALAR EM CONTEXTO ONCOLÓGICO

ELIANA GONÇALVES 1, SARA MONTEIRO 2 & ANABELA PEREIRA 2

O voluntariado é definido na lei portuguesa como “o conjunto de acções de interesse social e comunitário, realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade, desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas”. Este enquadramento jurídico surge pela primeira vez em Portugal através do Art. 2.º da Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro. Posteriormente, em 1999, é criado o Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado (CNPV), com competências para desenvolver as acções indispensáveis à promoção, coordenação e qualificação do voluntariado em Portugal (Decreto-Lei nº 389/99, de 30 Setembro). No entanto, é apenas em 2001, por ocasião do Ano Internacional do Voluntariado designado pela Organização das Nações Unidas, que se dá o auge da divulgação e veiculação do voluntariado, em contexto nacional e internacional. Desde então, praticamente nenhuma medida de promoção do voluntariado foram accionadas, assim como poucos são os estudos de caracterização da população voluntária em Portugal que sejam do nosso conhecimento.

Os principais dados disponíveis referentes à caracterização do voluntariado em contexto nacional remontam a um projecto de investigação realizado ao longo de 2001, por Delicado, Almeida e Ferrão (2002) e a um levantamento realizado pela ENTRAJUDA, em 2010, em parceria com os Bancos Alimentares e a Universidade Católica Portuguesa. Os dados do primeiro estudo sugerem que mais de 60% dos voluntários das IPSS são casados, a maioria pertencente ao sexo feminino e com uma escolaridade superior à da população nacional (Delicado et al., 2002). No que concerne aos dados segundo estudo, verifica-se que os voluntários que colaboram com instituições de solidariedade social têm na sua maioria mais de 56 anos, são reformados e uma grande percentagem terminou o liceu ou um curso superior. Estas características sócio-demográficas - maior número de mulheres voluntárias, maioria casadas e com uma escolaridade média elevada - são retratadas também em estudos internacionais como o de Gaskin e David (1995), Zweigenhaft, Armstrong e Quintis (1996) e Sales (2008).

1 -Liga Portuguesa Contra o Cancro; 2 -Universidade de Aveiro.

A investigação acerca do voluntariado, a compreensão das motivações para o voluntariado, objectivando a cativação e manutenção do trabalho voluntário, tem sido alvo de grande atenção (Clary & Snyder 1991; Clary, Snyder & Ridge 1992; Clary, Snyder, Ridge, et al., 1998). Clary e Snyder

(1991) desenvolveram a teoria funcional do voluntariado, segundo a qual diferentes motivações pessoais e sociais podem promover o voluntariado. Neste contexto, os autores dividiram as motivações de acordo com as funções seguintes: função de valores, função de experiência, função de auto-estima/crescimento, função de carreira, função social e função protectora. As funções referidas são descritas da seguinte forma: (1) função de valores: a pessoa é voluntária para expressar valores importantes para si, como o humanismo e o altruísmo, procurando desta forma ajudar os mais necessitados; (2) função de experiência: o voluntário procura saber mais sobre o mundo e/ou exercer as suas competências que são frequentemente utilizadas. O trabalho voluntário permite novas aprendizagens, conhecimentos, competências e habilidades que, de outro modo não teria oportunidade de praticar; (3) função de auto-estima/crescimento: o indivíduo pretende crescer e desenvolver-se psicologicamente através da participação no voluntariado, procurando o crescimento e/ou a satisfação pessoal; (4) função de carreira: o indivíduo tem como objectivo adquirir capacidades e experiências relacionadas com a sua carreira profissional. O trabalho voluntário serve como preparação para uma nova carreira ou para manutenção das competências relevantes; (5) função social: o voluntariado permite que a pessoa fortaleça as suas relações sociais, através da oportunidade de conviver com outras pessoas, fazer amigos e ao mesmo tempo estar envolvido numa actividade vista como importante pelos outros, podendo oferecer um certo reconhecimento na sociedade; e (6) função protectora: o indivíduo utiliza o voluntariado para resolver problemas pessoais ou para reduzir sentimentos negativos (por exemplo, reduzir a culpa por ter mais sorte do que os outros).

Em oncologia o voluntariado assume dimensões relevantes pois constitui o principal instrumento da acção humanitária e centra-se nas necessidades do doente e da família, estando na maioria das vezes integrado nas actividades das equipas dos cuidados de saúde (Moura & Bacalhau, 2002). O objectivo geral dos voluntários que trabalham com doentes oncológicos é promover o bem-estar e melhorar a qualidade de vida do doente e da sua família, prestando-lhe essencialmente apoio emocional. No entanto, promovem uma série de serviços, desde o lidar com aspectos de ordem mais prática até ao suporte social (Moura & Bacalhau, 2002), assumindo-se por vezes como a única fonte de suporte social para doentes que vivem sozinhos e com dificuldades financeiras (Souza et al., 2003).

Face ao anteriormente referido é de todo oportuno reflectir acerca deste gesto, tentando perceber qual o perfil da pessoa voluntária, particularmente em contexto oncológico. Assim, os objectivos do presente trabalho são os seguintes: (1) caracterização sócio-demográfica e de variáveis específicas da prática de voluntariado de uma amostra de voluntários hospitalares em contexto oncológico, (2) caracterização das funções motivacionais de uma amostra de voluntários hospitalares em contexto

oncológico e (3) e adaptação psicológica, avaliada através de indicadores de bem-estar psicológico e qualidade de vida, de uma amostra de voluntários hospitalares em contexto oncológico.

MÉTODO

Participantes

Os participantes do nosso estudo são os voluntários da LPCC-NRC que realizam o seu trabalho de voluntariado no IPO.

A amostra é constituída por um total de 53 voluntários hospitalares da LPCC-NRC, 42 mulheres (79.2%) e 11 homens (20.8%), com idades compreendidas entre os 19 e 86 anos ($M=61.72$; $DP=16.70$). Em relação ao estado civil, 52.8% são casados/vivem em união de facto, 30.2% viúvos, 13.2% solteiros e 3.8% divorciados. Em termos de escolaridade, 26.4% dos voluntários inquiridos têm o ensino secundário, 24.5% o primeiro ciclo, 20.8% o terceiro ciclo, 18.9% o ensino superior e 9.4% o segundo ciclo. A maioria dos voluntários são reformados (67.9%), 20.8% estão profissionalmente activos, 7.5% estão desempregados e 3.8% encontra-se noutra situação profissional.

Material

A bateria de avaliação psicológica foi constituída por três instrumentos. O questionário de caracterização do voluntariado da LPCC-NRC foi elaborado com vista à recolha de características sócio-demográficas e informação relativa à situação enquanto voluntários na referida instituição.

O Inventário de Motivações para o Voluntariado (IMV; Gonçalves, Monteiro, & Pereira, 2011) é a versão portuguesa do Volunteer Functions Inventory (VFI; Clary et al., 1998), instrumento que ainda se encontra a ser aferido para a população portuguesa. Este instrumento de avaliação é um inventário constituído por um total de 30 itens, com seis sub-escalas, nomeadamente: função valores, função de experiência, função de autoestima/ crescimento, função de carreira, função social, e, por último, a função protectora.

Para avaliar o bem-estar psicológico optámos pela Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006), versão portuguesa da Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (EMMBEP; Massé et al., 1998). Trata-se de uma escala que avalia o bem-estar psicológico em termos de seis sub-escalas e um índice global de bem-estar. As sub-escalas são as seguintes: auto-estima, equilíbrio, envolvimento social, sociabilidade, controlo de si e dos acontecimentos e felicidade.

Para recolher dados relativos à qualidade de vida dos voluntários recorreu-se à versão portuguesa do instrumento abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006). Trata-se de um instrumento com duas questões gerais de

qualidade de vida (QdV) e as restantes correspondem a uma faceta específica. Estas facetas organizam-se em quatro domínios de QdV, nomeadamente, físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

Procedimento

Os voluntários receberam uma carta que continha o questionário de caracterização do voluntariado da LPCC-NRC, o IMV, a EMMBEP e o WHOQOL-BREF, bem como uma explicação deste projecto de investigação. Cada voluntário foi informado dos objectivos da investigação, afirmando a sua vontade em participar na investigação.

RESULTADOS

Começamos por apresentar a caracterização da amostra relativamente a características específicas dos voluntários hospitalares da LPCC-NRC. O mínimo de horas de voluntariado realizado é 8 horas mensais e o máximo 80 horas mensais, numa média de 24,37 horas mensais. 22 destes voluntários são também voluntários noutra instituição (41.5%) e 22 voluntários têm alguém na sua família ou círculo de amigos que fazem voluntariado (41.5%). 5 voluntários já receberam o diagnóstico de uma doença oncológica (9.4%). Em termos do ano de admissão ao voluntariado, este varia entre 1988 e 2011, apresentando o último ano a maior percentagem de admissões alguma vez registada (24.5%). Relativamente à satisfação com o voluntariado que praticam na LPCC-NRC, 32.1% referem estar completamente satisfeitos, 56.3% muito satisfeitos e 11.3% razoavelmente satisfeitos. No que concerne à possibilidade do voluntariado causar alguma mudança/consequência no modo de estar/encarar a vida, 98.1% voluntários afirmam que sim e 1.9% que não. Quanto aos aspectos de mudança, os mais referidos foram: *“sinto-me uma pessoa mais feliz por ajudar os outros”* com 86.8%; *“tenho noção do que é verdadeiramente importante na vida”* com 67.9%; *“fiquei mais sensível para esta causa”* com 58.5%; *“passei a dar mais valor à vida, à saúde e à família”* com 56.6% e *“conheci novas pessoas”* 54.7%.

Com o objectivo de caracterizar a nossa amostra em relação às funções motivacionais, comparámos os valores por nós obtidos com os valores obtidos na amostra utilizada na validação do VFI (Clary et al., 1998). Constatámos que, na nossa amostra, a função valores é a mais valorizada pelos voluntários, seguida da função experiência, função crescimento/auto-estima, função social, função protectora e por último, a função de carreira. Em comparação com a amostra de validação do VFI, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das funções carreira, experiência e crescimento/auto-estima, sendo que a nossa amostra apresenta valores mais elevados nas funções experiência e crescimento/auto-estima e valores inferiores na função carreira (cf. Quadro 1).

Seguidamente, com o objectivo de caracterizar a nossa amostra em relação ao bem-estar psicológico, comparámos os valores por nós obtidos com os valores obtidos na amostra utilizada na adaptação da EMMBEP (Monteiro et al., 2006). Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas somente ao nível da sub-escala equilíbrio ($t=6,12$, $p\leq 0,007$), sendo a nossa amostra a apresentar os valores mais elevados. Destaca-se que, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, a nossa amostra é a que demonstra níveis de bem-estar psicológico mais elevados (com excepção da sub-escala envolvimento).

Quadro 1

Diferenças entre a amostra de voluntários hospitalares da LPCC-NRC e a amostra utilizada na validação do VFI

	Amostra voluntários hospitalares	Amostra VFI	
	M (DP)	M (DP)	Test-t para amostras independentes
Motivações para o voluntariado			
Função Carreira	1.42 (0.77)	2.74 (1.64)	-12.29***
Função Social	3.06 (1.36)	2.59 (1.30)	2.35
Função Valores	5.53 (1.03)	5.82 (1.00)	-1.94
Função de experiência	5.46 (1.00)	4.91 (1.32)	3.57***
Função de crescimento/auto-estima	4.88 (1.24)	4.27 (1.43)	3.49***
Função de protecção	2.98 (1.42)	2.61 (1.37)	1.83

*** $p\leq 0,008$

Finalmente, no sentido de caracterizarmos a presente amostra em relação à QdV, comparámos os valores desta com os valores da amostra de validação do WHOLQOL-BREF. Os resultados verificados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras, excepto no domínio ambiente ($t=2,91$, $p\leq 0,01$), sendo a nossa amostra a apresentar os valores mais elevados. Destaca-se ainda que, embora sem relevância estatística, os valores de QdV da nossa amostra são superiores aos da amostra de adaptação do WHOQOL-BREF (excepto no domínio físico).

DISCUSSÃO

A participação voluntária tem sido associada a características demográficas como a idade, sexo, nível de educação e situação profissional e financeira, nomeadamente ao sexo feminino, escolaridade superior à média e reformados (Delicado et al., 2002; ENTRAJUDA, 2011; Gaskin & Davida, 1995; Langridge & Ryan, 2002; Sales, 2008; Zweigenhaft, et al., 1996). A nossa amostra é constituída por voluntários hospitalares da LPCC-NRC, maioritariamente mulheres, com idade média de 62 anos, a maioria casados, com o ensino secundário, reformados e residentes em Coimbra. Desta forma, os nossos dados coincidentes com os de estudos anteriormente realizados.

No que respeita às motivações para o voluntariado a função valores é a que mais motiva os voluntários da LPCC-NRC e a função carreira é a que apresenta a menor pontuação. O nosso estudo

está assim de acordo com os resultados anteriormente descritos (Clary et al., 1998; Omoto & Snyder 1995; Sales, 2008; Souza et al, 2003). O facto de ser a função carreira a que menos motiva os voluntários pode dever-se à média de idades dos voluntários da nossa amostra (62 anos) e ao facto de a maioria ser reformado (67.9%) para quem a função carreira já não fará tanto sentido.

Ao nível do bem-estar psicológico e da QdV os nossos resultados parecem indicar que a nossa amostra apresenta valores mais elevados do que os da população de validação dos referidos instrumentos. No geral, em todas as sub-escalas de cada instrumento os valores apresentaram-se superiores, o que pode ser indicativo do efeito do voluntariado no bem-estar e na QdV de vida dos sujeitos voluntários, nomeadamente mais saúde, mais felicidade e melhor percepção de satisfação com a vida (Borgonovi, 2008).

Que seja do nosso conhecimento, em Portugal nenhum estudo onde se analisasse as motivações dos voluntários, bem-estar psicológico e QdV foi ainda realizado. Os resultados permitem-nos traçar um perfil geral do voluntário, em congruência com as características dos estudos internacionais mais recentes, as suas principais motivações, e que apresentam um nível geral de bem-estar psicológico e de QdV superior às amostras de validação destes instrumentos.

REFERÊNCIAS

- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine*, 66 (11), 2321-2334.
- Clary, E., & Snyder, M. (1991). A functional analysis of altruism and prosocial behavior: The case of volunteerism. *Review of Personality and Social Psychology*, 12, 119-148.
- Clary, E., Snyder, M., & Ridge, R. (1992). A functional strategy for the recruitment, placement and retention of volunteers. *Nonprofit Management and Leadership*, 2, 333-350.
- Clary, E., Snyder, M., Ridge, R., Copeland, J., Stukas, A., Haugen, J., et al. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1516–1530.
- Delicado, A., Almeida, D., & Ferrão, J. (2002). *Caracterização do Voluntariado em Portugal*. Comunicação apresentada no Seminário: Olhares sobre o voluntariado: análises e perspectivas para uma cidadania activa. Lisboa.
- ENTRAJUDA (2011). *Alguns dados relativos ao voluntariado em Portugal*. Acedido http://www.entrajuda.pt/pdf/Voluntariado%20em%20Portugal_Jan%202011.pdf
- Acedido a 11 de Junho de 2011.

- Gaskin, K., & Davis, J. (1995). *New Civic Europe: The Extent and Nature of Volunteering in Europe*, Institute for Volunteering Research.
- Gonçalves, E., Monteiro, S., & Pereira, A. (2011). Estudo das características psicométricas do Volunteers Functions Inventory. Manuscrito submetido para publicação.
- Langridge, & Ryan, M. (2002). Motivations to volunteer in selected service organisations. Comunicação apresentada na conferência ANZMAC, Deakin University, Australia
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'É.M.M.B.E.P. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(5), 352-357.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). Estudo das características psicométricas da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar. In I. Leal, J. L. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições.
- Moura, M., & Bacalhau, M. (2002). *Bem-me-quer. Voluntariado em Oncologia*. Edições Teseaurius: Lisboa.
- Omoto, A., & Snyder, M. (1995). Sustained Helping Without Obligation: Motivation, Longevity of Service, and Perceived Attitude Change Among AIDS Volunteers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 671-686.
- Sales, G. (2008). *Volunteer Functions, Satisfaction, Commitment, and Intention to Leave Government Volunteering*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Lynn, Florida.
- Souza, C., Bacalhau, M., Moura, M., Volpi, J., Marques, S., & Rodrigues, M. (2003). Aspectos da motivação para o trabalho voluntário com doentes oncológicos: um estudo colaborativo entre Brasil e Portugal. *Psicologia, Saúde & Doença*, 4 (2), 267-276
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Perreira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para portugueses de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 55(5), 308-318.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Zweigenhaft, R., Armstrong, J., & Quintis, F. (1996). The motivations and effectiveness of hospital volunteers. *The Journal of Social Psychology*, 36(1), 25-34.

“OS NOVOS SINAIS DE FUMO DA TRIBO URBANA”

INDICADORES DE BULLYING

PATRÍCIA GOUVEIA 1,2 & LARA NEVES 3,4

A adolescência é um período de desenvolvimento particularmente importante para a estruturação de uma base psicologicamente saudável e crucial para o bem-estar do futuro adulto (Wilkinson-Lee, Zhang, Nuno, & Wilhelm, 2011). Contudo, trata-se de um período de desenvolvimento caracterizado por “tempestuoso e stressante”, durante o qual os jovens procuram responder a questões relacionadas com a identidade pessoal e quais os comportamentos sociais mais adequados nos seus diferentes contextos. Apesar da maioria dos adolescentes, passarem por este período com uma visão positiva deles próprios e sem experimentarem grandes dificuldades, outros passam por problemas psicológicos e comportamentais.

Os problemas mais comuns na adolescência foram caracterizados em duas grandes classes, os de internalização e os de exteriorização. Os segundos são caracterizados pelos comportamentos de passagem ao acto destrutivos e disruptivos, onde se incluem a delinquência e a agressão. Os problemas de internalização incluem a depressão, a ansiedade, os problemas somáticos e o comportamento inibido (Ybrandt, 2008).

Neste sentido, algumas investigações alertam para implicações ao nível da auto-estima, outras realçam ainda a associação a comportamentos de risco como o consumo de substâncias, repercussões ao nível da saúde, nomeadamente sintomatologia física e psicológica (Seixas, 2005).

A premissa de que a aceitação pelos pares influencia o desenvolvimento das crianças e o seu ajustamento, tem impulsionado o desenvolvimento de diversas pesquisas, que têm verificado que a rejeição pelos pares é a principal causa das dificuldades de ajustamento das crianças. Estudos recentes evidenciam que a rejeição pelos pares prediz uma série de problemas de ajuste independentemente de outros factores de risco, tais como padrões de comportamento de afastamento ou de agressividade (Buhs, Ladd & Herald-Brown, 2009).

No que se refere à comparação de géneros, os estudos sugerem que os rapazes exibem o maior número de comportamentos agressivos directos, quando comparados com as raparigas e que existem

1-Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2- Instituto Superior de Ciências da Saúde – Egas Moniz; 3- Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta; 4- Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica.

diferenças comuns entre géneros relativas à agressão indirecta (Arm, Dahinten, Marchall, & Shapka, 2011).

De acordo com Sousa (2005), não está longe o tempo em que os comportamentos agressivos explícitos eram pouco frequentes nas escolas portuguesas. Segundo Abreu (1998), este facto poderá estar relacionado com a alteração do sistema educativo, relativamente ao alargamento do ensino obrigatório e permanência dos jovens nas escolas até, pelo menos, aos 15 anos. Este facto poderá estar na origem de sentimentos de frustração e insatisfação, cujo acumular poderá conduzir a condutas agressivas. De ressaltar que “(...) a escola é um espaço cultural complexo, constituído por redes de relações interpessoais de múltiplos protagonistas (...)” e que compreende processos complexos no que se refere ao desenvolvimento da personalidade dos alunos (Abreu, 1998, p.146).

A escola como contexto de desenvolvimento apresenta normas, valores e uma cultura muito própria. Geralmente, esta é subestimada pela rápida aquisição de conteúdos, esquecendo a sua função socializadora. A falha nesta função pode dar margem à eclosão da intimidação. Assim, esta é reforçada através de hábitos e comportamentos que sustentam a exclusão e a discriminação, não de um modo explícito, uma vez que é moralmente e legalmente condenável, mas através de práticas de exclusão e alcunhas que perpetuam relações discriminatórias e violentas, entre os adolescentes no meio escolar (Trindade, n.d.).

Assim sendo, o contexto social onde o comportamento agressivo ocorre é um factor importante na agressividade entre pares, nomeadamente quanto este se encontra associado a pares que exercem um comportamento agressivo de continuidade (Barchia, K. & Bussey, K., 2011).

Hartung, Little, Allen e Page (2011), referem que de acordo com Olweus (1993), que este comportamento agressivo de continuidade designado por Bullying (referido na literatura portuguesa como comportamento de intimidação) se define como um problema onde existe uma exposição repetida a acções negativas, tais como agressões físicas ou verbais, por um ou mais indivíduos, existindo um desequilíbrio de poder entre os elementos envolvidos neste comportamento. Este desequilíbrio de poder pode ser físico ou social. O bullying directo inclui a agressão física (e.g. bater ou empurrar) e agressão verbal (e.g. chamar nomes, gritar ou acusar). O bullying indirecto ou agressão relacional, inclui a promoção do isolamento social causando sofrimento emocional, exclusão grupal ou manipulação dos relacionamentos.

Este estudo teve como principal objectivo a avaliação da existência de situações e comportamentos persistentes de agressão e violência nas crianças/adolescentes. Procurando indicadores e sintomas que possam estar intimamente relacionados com a agressão e violência escolar.

MÉTODO

Participantes

Participaram no presente estudo 81 adolescentes (27 do sexo feminino e 54 do sexo masculino), estudantes e residentes em Portugal Continental. Os participantes apresentaram idades entre os 11 e os 19 anos ($M=14,21$). Dos adolescentes em estudo, 51 (63%) encontravam-se na faixa etária dos 11 aos 14 anos e 30 (37%) no grupo dos 15 aos 19 anos. A maioria dos respondentes estavam a frequentar o 7.º (34,6%) e 9.º (33,3%) anos, enquanto que no ensino secundário os estudantes eram maioritariamente frequentadores do 10.º e 11.º anos dos cursos profissionais (32,1%).

Material

Os participantes preencheram o Questionário *Bullying* e Violência Escolar (AVE, Piñuel, I. & Oñate, A., 2006; versão experimental da adaptação portuguesa de Gouveia & Neves, 2011). O inventário AVE é constituído por 94 itens. A primeira parte permite obter 2 resultados globais (Índice global de violência escolar e Intensidade da violência) e 8 escalas identificadoras da modalidade de Bullying. A segunda parte do inventário avalia 8 grupos de sintomas, que foram identificados como frequentes em vítimas deste tipo de violência (Ansiedade, Stress Pós-Traumático, Distímia, Diminuição da Auto-Estima, Flashbacks, Somatização, Auto-imagem negativa e Auto-depreciação).

Procedimentos

A recolha da amostra efectuou-se na Escola Secundária Emídio Navarro durante o mês de Outubro de 2011, no contexto de sala de aula. Foram informados os encarregados de educação e solicitou-se a sua aprovação por meio de carta. Os investigadores estiveram presentes para poderem esclarecer qualquer tipo de dúvida que pudesse ocorrer durante a aplicação do instrumento.

RESULTADOS

No que concerne à intensidade das condutas de intimidação e assédio, apresentada através do Índice Global de Intimidação (M), não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino.

A pontuação média dos jovens no Índice Global de Intimidação (M) e Intensidade da Intimidação (I) foi crescente e atingiu a sua intensidade e severidade máxima nos adolescentes mais velhos, tal como podemos verificar através da leitura do Gráfico 1. A taxa de intimidação dos alunos do 3.º ciclo foi de 46,13% e a dos mais velhos foi de 53,87%.

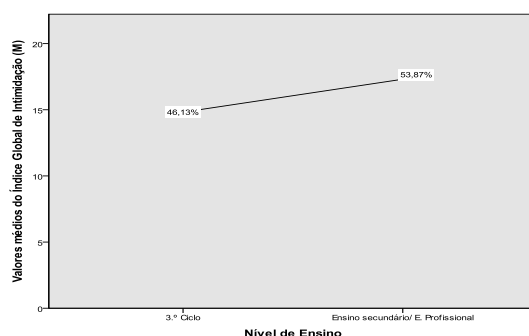


Gráfico 1. *Taxa de Intimidação Escolar por Nível de Ensino (N=81)*

Um dos aspectos mais intrigantes deste estudo foi o crescente aumento da intensidade e severidade do assédio e violência escolar, entre os 11 e os 15 anos, com uma diminuição desta taxa entre os 15 e os 17 anos, voltando a aumentar entre os 18 e os 19 anos, tal como podemos observar no Gráfico 2.

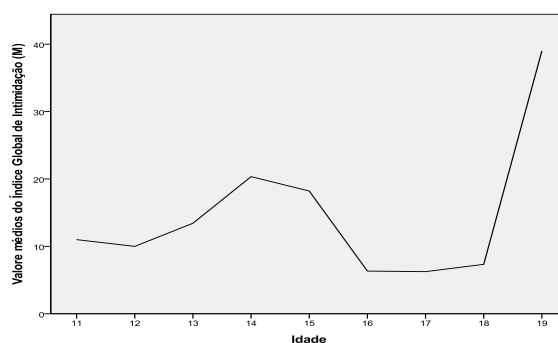


Gráfico 2. *Taxa de Intimidação Escolar pela idade (N=81)*

Ao nível das diferentes manifestações de agressão escolar e consequências associadas, podemos verificar que o Factor III, correspondente ao bloqueio, exclusão e manipulação social, apresenta valores médios mais elevados, com a excepção das idades entre os 16 e os 18 anos. Estas manifestações de agressão escolar foram mais notórias nos jovens de 14 e 19 anos, o que também se verifica para o Factor I (comportamentos de assédio) e Factor IV (agressões físicas ou psicológicas). Quanto ao Factor II (comportamentos de intimidação, ameaças e coacção), verificamos também um aumento destas manifestações comportamentais com a idade dos jovens, atingindo um pico elevado de recurso a estes comportamentos aos 19 anos de idade. Consultar Gráfico 3.

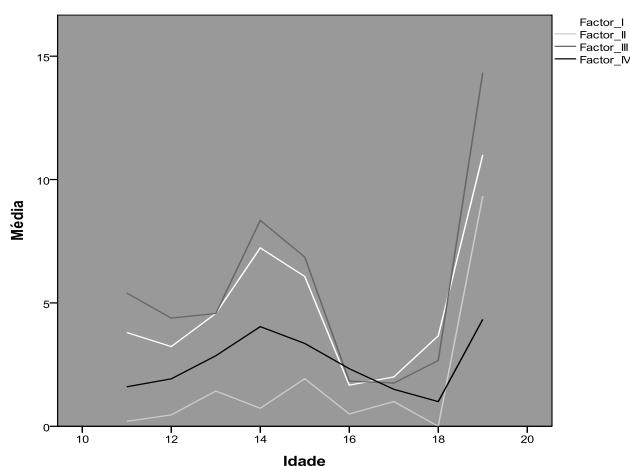


Gráfico 3. Valores médios de cada Factor de acordo com idade dos sujeitos (N=81)

No que concerne à manifestação de agressão escolar por sexo, verificámos que as raparigas apresentam um maior número (ainda que não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas) de comportamentos de assédio e de exclusão social. Existe um menor recurso a práticas de intimidação, ameaças e coacção por ambos os sexos.

Relativamente à análise sintomatológica, os jovens desta amostra evidenciaram valores ligeiramente elevados para todas as escalas clínicas, com excepção da dos Flashbacks. Ainda que estes resultados não apresentem valores patológicos, podemos salientar uma maior taxa de sintomatologia ao nível da escala clínica Stress Pós-Traumático nos alunos mais novos (7,15%), seguida da Distímia (5,28%). O mesmo se verifica para os alunos mais velhos entre os 15 e os 19 anos. Consultar Gráfico 5.

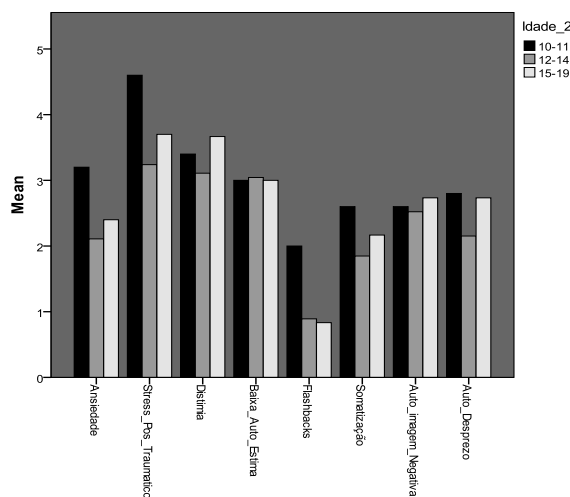


Gráfico 5. Distribuição das taxas de sintomatologia pela idade (N=81)

A análise do Gráfico 6 permite-nos apurar que as raparigas apresentam uma taxa sintomatológica ligeiramente mais elevada que a dos rapazes. As escalas clínicas que mais se destacaram em ambos os sexos foram a do Stress Pós-Traumático, a da Distímia, a da Baixa Auto-estima, da Auto-Imagem Negativa e a do Auto-Desprezo.

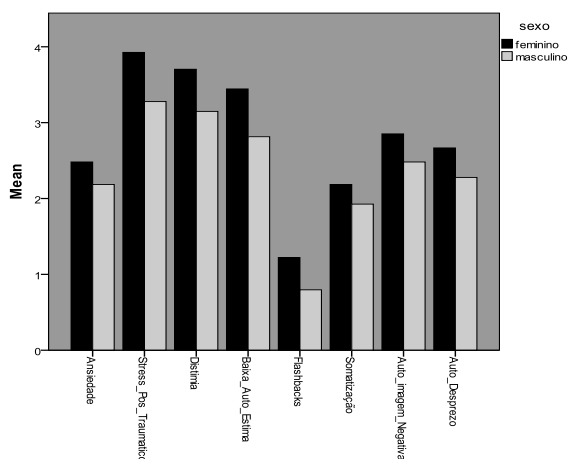


Gráfico 6. Distribuição das taxas de sintomatologia pelo sexo (N=81)

DISCUSSÃO

Relativamente à intensidade das condutas de intimidação e assédio, não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino, facto que não vem suportado na literatura. Este resultado poderá estar relacionado com a amostra obtida, no concerne à heterogeneidade da variável género.

Um dos aspectos mais intrigantes deste estudo foi o crescente aumento da intensidade e severidade do assédio e violência escolar entre os 11 e os 15 anos, com uma diminuição desta taxa entre os 15 e os 17 anos, voltando a aumentar entre os 18 e os 19 anos. Oñate & Piñuel (2005) no estudo Cisneros contrariam estes resultados ao constatarem um carácter crescente de agressão e violência à medida que a idade do jovem diminui. Segundo Abreu (1998), este facto poderá estar relacionado com a alteração do sistema educativo português com o aumento da escolaridade mínima obrigatória. Ainda assim, consideramos que estes resultados se poderão dever, em complemento com o referido por Abreu (1998), à implementação dos Cursos de Educação e Formação de Jovens (CEF), há cerca de 7 anos. Este projecto poderá ter alterado a nossa realidade escolar, dado compreender a integração de alunos com idades entre os 15 e os 18 anos e abrir excepções para a inclusão de alunos com idades inferiores a 15 anos e superiores a 18 anos, partindo da premissa de que todos estes alunos apresentam problemas de indisciplina e abandono escolar.

Ao nível das diferentes manifestações de agressão escolar e consequências associadas, os nossos resultados evidenciaram que os comportamentos de bloqueio, exclusão e manipulação social, bem como as condutas de assédio e as agressões físicas ou psicológicas parecem ser mais frequentes nos alunos entre os 11 e os 15 anos e depois entre os 18 e os 19 anos. Os resultados salientam ainda, que as práticas de comportamentos de intimidação, ameaças e coacção são preponderantes entre os 18 e os 19 anos, o que vai ao encontro do que é referido por Jacas (n.d.) relativamente ao facto da agressão verbal aumentar em percentagem na educação secundária. Osterman (1999) enfatiza ainda, a existência de comportamentos menos visíveis ou menos audíveis, tais como a coacção, a ameaça, os rumores ou a exclusão (Seixas, 2005).

No que diz respeito à análise dos factores psicoemocionais, não podemos afirmar que a elevação das escalas clínicas (excepção para a escala Flashbacks) esteja na etiopatogenia dos danos psicológicos e emocionais provocados por comportamentos de agressão e violência. Tal como afirma Oñate e Piñuel (2005), estes danos psicológicos poderão surgir de outro tipo de situações, tais como separações traumáticas, acidentes graves no passado, ou até mesmo pela mera observação de situações agressivas.

Em suma, os resultados obtidos foram sugestivos de que os adolescentes portugueses apresentam condutas de agressão directa e indirecta. Foi evidente a presença de sintomatologia clínica, que embora possa não estar na origem destas condutas, coloca em risco a sua saúde mental destes jovens.

Esta merece a nossa atenção, uma vez que os estudos referem que este grupo populacional se encontra mais vulnerável ao processo de vitimização.

O AVE mostrou ser um bom instrumento de avaliação das condutas de intimidação e assédio, bem como para o levantamento de sintomas que permitem depreender possíveis danos na esfera emocional e afectiva.

REFERÊNCIAS

- Abreu, M.V. (1998). *Cinco Ensaios sobre a Motivação*. Coimbra: Almerinda.
- Arm, R.G., Dahinten, V.S., Marchall, S.K., & Shapka, J.D. (2011). An Examination of the Reciprocal Relationships Between Adolescents' Aggressive Behaviors and Their Perceptions of Parental Nurturance. *Journal of Youth Adolescence*, 40, 207-220.
- Barchia, K., & Bussey, K. (2011). Individual and Collective Social Cognitive Influences on Peer Aggression: Exploring the contribution of aggression efficacy, moral disengagement, and collective efficacy. *Aggressive Behavior*, 37, 107-120.
- Buhs, E.S., Ladd, G. W. & Herald-Brown, S. L. (2009). *Victimization and Exclusion: Links to Peer Rejection, Classroom Engagement, and Achievement*. In Shane R. J., Susan M. S. & Dorothy L. E. (Eds.), *Handbook of Bullying in Schools – An International Perspective*. Routledge Editions.
- Jacas, N.F. (n.d.). El Acoso Escolar. Revisión, análisis y contraste de algunas investigaciones. Retirado em 1 de Novembro de 2011, do website http://www.joanteixido.org/doc/convivencia/acoso_escolar.pdf.
- M., Little, C. S., Allen, E. K., & Page, M. C. (2011). A Psychometric Comparison of Two Self-Report Measures of Bullying and Victimization: Differences by sex and grade. *School Mental Health*, 3, 44-57.
- Piñuel, I., & Oñate, A. (2006). *AVE Acoso y Violencia Escolar*. TEA Ediciones.
- Seixas, S.R. (2005). Violência Escolar: Metodologias de investigação dos alunos agressores e/ou vítimas. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 97-110.
- Sousa, P.M.L. (2005). *Agressividade em Contexto Escolar*. Retirado em 1 de Novembro de 2011, do website http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0261.
- Trindade, A.M. (n.d.). Aspectos Psicossociais da Intimidação/Bullying. Retirado em 1 de Novembro de 2011, do website Nova Criminologia, <http://www.novacriminologia.com.br/>.

- Wilkinson-Lee, A. M., Zhang, Q., Nuno, V. L., & Wilhelm, M. S. (2011). Adolescent Emotional Distress: The role of family obligations and school connectedness. *Journal of Youth Adolescence*, 40, 221-230.
- Ybrandt, H. (2008). The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence*, 31, 1-16.

SOLIDÃO, DESASSISTÊNCIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO: REFLEXÕES DA PSICOLOGIA EM UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

*MILENA GREVE, CAROLINA ZAYAT, DANILO SILVA, FELIPE SCAVASIN, MARIANA RIVERA &
IANNI SCARCELLI*

O presente artigo apresenta uma reflexão a partir do trabalho realizado, no ano de 2010, por alunos do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo (USP – São Paulo/Brasil) no Projeto de Extensão Universitária “Bandeira Científica”, ligado à Pró-Reitoria de Cultura e Extensão.

A “Bandeira Científica” é um projeto constituído por professores, profissionais e alunos com formação nas áreas de ciências biológicas, humanas e exatas. Esse grupo realiza, todos os anos, expedição e visitas a um município brasileiro, onde são desenvolvidos, com apoio da Prefeitura Municipal, vários tipos de ações, entre elas, atividades de atenção à saúde em uma perspectiva que busca ser interdisciplinar. Tais atividades são realizadas, principalmente, a partir de atendimentos à população nos postos de saúde e de visitas domiciliares. Grupos e atividades educativas, reuniões com os profissionais e gestores das áreas da saúde, educação, assistência social, infraestrutura e meio ambiente, visitas às instituições do município também acontecem durante a expedição.

Um dos objetivos da “Bandeira Científica” é contribuir na formação acadêmica e profissional dos alunos de graduação, propiciando experiências de desenvolvimento profissional crítico e comprometido socialmente.

O projeto dos estudantes de Psicologia busca investigar e apoiar formas de participação da sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas, especialmente de saúde. Identificando e discutindo demandas a partir de entrevistas com moradores e com referências comunitárias, pretende-se contribuir para a integralidade do atendimento de saúde.

Em 2010, a Expedição do Projeto ocorreu no município de Inhambupe (Bahia/Brasil).

As atividades realizadas possibilitaram o reconhecimento de parte dos problemas enfrentados pela população e uma primeira caracterização dessa cidade de 36.722 habitantes, cuja maioria (55-60%) está concentrada na zona rural. Em 2000, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município era de 0,567.

Com área rural maior que a urbana, o município tem grande parte da população no campo. No entanto, os serviços e principais instituições localizam-se no centro da zona urbana, muito distante da maior parcela das pessoas, que têm difícil e lento acesso a esta região. Prefeitura, órgãos municipais e principais serviços de saúde e assistência social localizam-se no centro, distanciando moradores dos locais onde as decisões são tomadas e os serviços prestados.

Observou-se que no município há grande precariedade de rede social de suporte à população e, consequentemente, que é evidente a falta de acesso aos serviços de proteção social. Tais dificuldades foram evidenciadas a partir dos atendimentos realizados pelos estudantes de Psicologia. Destacaram-se queixas relacionadas a solidão, dores crônicas, depressão e violência doméstica, principalmente contra mulheres e crianças; e o problema agravante da desarticulação de serviços, principalmente daquele que presta atendimento específico na área de Saúde Mental.

É no contexto dessa experiência que a elaboração deste trabalho se processou com objetivos de: (1) refletir sobre a situação encontrada em Inhambupe e sua possível relação com o agravamento do sofrimento psíquico da população; (2) problematizar a Psicologia e o papel do psicólogo no campo da saúde. Inicialmente serão apresentados marcos conceituais que fundamentam a reflexão sobre as ações desenvolvidas pela Bandeira Científica e os referenciais teóricos da Psicologia Social que fundamentam a discussão.

A bandeira científica no contexto do SUS e sob a análise de saberes *psi*

No ano de 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil incluiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). No ano de 1990, foi promulgada a Lei que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios doutrinários são Universalidade – atenção à saúde acessível a todos, – , Igualdade – todos são iguais perante o sistema de saúde, mas deverão ser atendidos de acordo com suas necessidades – e Integralidade – considerar as dimensões psíquicas, orgânicas e sociais do ser humano na atenção à saúde (promoção, proteção e recuperação) (Scarcelli & Junqueira, 2011). Importante destacar que, a partir de então, tem se buscado operar com um conceito de saúde que abarca não só a ausência de doença, mas também um completo bem-estar físico, mental e social, de tal forma que contém a ideia de uma vida com qualidade (Paim, 2009).

As ações da “Bandeira Científica” estão inspiradas e orientadas por esses princípios do SUS, porém, como ocorre ainda em grande parte do território brasileiro, há ainda grande distanciamento entre as definições político-jurídicas e a dimensão técnico-assistencial, de implantação de programas e práticas. São enfrentados problemas de diversas ordens que não podem ser resolvidos exclusivamente pelo setor da saúde.

A violência doméstica foi um dos problemas identificados no município de Inhambupe e necessita ser enfrentado a partir de várias frentes. Entretanto, há fatores que dificultam seu combate. No caso da violência contra mulheres (já reconhecida como problema mundial de saúde pública pela OMS), há resistência da própria mulher em revelar sua situação, preconceitos diversos, falta de conhecimentos dos profissionais sobre o tema e em como lidar com a situação, desconhecimento ou ausência das redes de atendimento e referências (Kiss & Scharaiber, 2011).

Tais aspectos podem ser compreendidos, também, a partir de uma perspectiva específica da Psicologia e para além de sintomas que, tradicionalmente, são formatados como ‘doenças’.

Pichon-Rivière (2005), por exemplo, apresenta-se como importante referência, pois ao propor o conceito de porta-voz, concebe o ‘doente’ como emissário da ansiedade de um grupo, envolvido no jogo de papéis que elaboram conflitos dos quais decorrem tais ansiedades. Assim, o que se organiza enquanto sofrimento psíquico é expressão de um modo de relação social singularizado em um sujeito, trazendo-o como queixa. Em outros termos, a queixa se refere a um modo de relação, a um modo de viver que expressa o sofrimento psíquico.

Enfim, uma das contribuições da Psicologia, nesse contexto de proximidade com o campo de políticas públicas, pode se dar a partir de uma compreensão de problemas, demandas e queixas, em diálogo com outras áreas de conhecimento, a partir de conhecimentos próprios do campo, considerando-se aspectos psicossociais, sociodinâmicos e institucionais. Tal compreensão recoloca velhos problemas e coloca novos desafios em relação ao exercício profissional, não apenas do psicólogo, mas dos profissionais que atuam na saúde de maneira geral.

Desassistência e sofrimento psíquico: percorrendo os caminhos de Inhambupe

Ao lançar o olhar sobre entrevistas e atendimentos realizados em Inhambupe, às observações das atividades interdisciplinares e de situações específicas do município, associadas aos dados oficiais, acessaram-se informações relevantes que expressam características singulares do modo de organização da cidade, contexto/moldura da expressão dos sofrimentos.

A equipe de Psicologia realizou 105 atendimentos psicológicos, onde a grande maioria foi demandada por mulheres (79%), o que já evidencia a importância da questão de gênero nas práticas de saúde.

Analisando as demandas que chegaram aos atendimentos (62% de adultos entre 18 e 59 anos) realizados pela equipe de Psicologia, constata-se que referem-se a problemas que transcendem o âmbito de cuidado específico do setor saúde. Para citar algumas: pedidos de orientação de pais para lidar com filhos; dificuldades escolares e/ou de comportamento; questões relacionadas à sexualidade (abuso ou incesto); medo da morte e impossibilidade de elaborar o luto; alcoolismo; problemas familiares; dor e dificuldades físicas sem causas orgânicas identificadas (cefaléia, insônia, entre outras); problemas orgânicos, dores crônicas; ansiedade e quadros depressivos/ tristeza; solidão; ausência ou fragilidade de rede social e/ ou institucional de suporte; medo de ter diagnóstico de alguma doença mental; dificuldade de adaptação à vida no município.

Considerando o conjunto de queixas e demandas registrado, identificamos temas que possibilitam uma discussão que associa sofrimento psíquico e situação de vida da população, conforme apresentados abaixo.

1) Sofrimento psíquico e fragilidade da rede de apoio social

Observou-se, nos atendimentos psicológicos, que muitos usuários que expressavam sofrimentos de ordem psíquica ou social não encontravam espaço para dividir suas dificuldades, seja porque temiam que assuntos íntimos se tornassem públicos, seja porque não tinham de fato pessoas a quem confiar seus problemas. Chamou a atenção junto a isso o desconhecimento por parte dos usuários sobre os equipamentos sociais disponíveis no município, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Relacionadas a problemas orgânicos, deficiências e dores crônicas, foram percebidas queixas de violência doméstica associadas a sexualidade. Queixas que vinham acompanhadas, na maioria das vezes, de grande sofrimento psíquico e dificuldades sociais. Além disso, a fragilidade da rede de serviços de apoio que deveria propiciar espaço de escuta, acolhimento ou execução de medidas legais, parecia contribuir ainda mais para que tal sofrimento psíquico se agravasse ou não tivesse espaço para ser cuidado.

2) A fragilidade dos equipamentos de Saúde Mental e Assistência Social

A equipe de Psicologia manteve contato com os profissionais que trabalham nos serviços de Saúde Mental – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – e de Assistência Social – Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) – com o objetivo de conhecer melhor esses equipamentos e os problemas de saúde demandados aos serviços.

Houve relatos dos profissionais desses equipamentos que há grande número de mulheres que chega aos serviços, em função de queixas relacionadas à violência doméstica.

Contudo, um dado relevante foi o de que grande número de queixas que chega ao CAPS estava expresso em problemas como dores de cabeça e problemas escolares das crianças, o que chama atenção, do ponto de vista da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que estabeleceu esse serviço com a finalidade de lidar com demandas específicas relacionadas ao que se denomina “portadores de transtornos mentais”. Além disso, o CAPS estava naquela ocasião desprovido de serviço de médico psiquiatra.

A partir desse dado, é possível indagar: o tipo de serviço que este equipamento oferece não estava bem estabelecido no município ou há necessidade de se procurar outras formas de cuidar de problemas dessa natureza? O CAPS aparecia como substituto de outros serviços que deveriam receber diretamente o tipo de casos que chegam a tal instituição ou por falta de conhecimento da população com relação a estes outros aparelhos ou porque estes serviços não estão conseguindo atender à demanda da população.

Levanta-se, assim, a questão sobre como os serviços da rede de saúde têm sido criados, se há um levantamento sobre as demandas populacionais para o planejamento das ações por eles executadas e como têm sido divulgados para os usuários que deles possam fazer uso.

3) Fragilidade na organização social dos moradores da cidade

Por meio das entrevistas com referências comunitárias realizadas durante a expedição, pôde-se observar que outra questão importante no município foi a ausência de uma rede social de apoio formada pelos moradores. Nessa pesquisa, todas as pessoas indicadas (cada entrevistado indicou três outras reconhecidas como referências) residiam no centro urbano. A partir disso, pôde-se pensar que as grandes distâncias físicas entre as diferentes regiões do município dificultam o conhecimento e reconhecimento entre lideranças da zona urbana e da zona rural. Tal observação, no entanto, não possibilita a plena compreensão sobre o fato de nenhuma referência da zona rural ter sido indicada. Entende-se que essa falta de comunicação na pesquisa revele a reduzida ou inexistente comunicação entre esses líderes. Esse problema de comunicação dificulta que discussões sobre problemas comuns e soluções possíveis sejam transmitidas para outros grupos ou elaboradas em conjunto. O (re)conhecimento de uma liderança local por outra, mesmo que localizadas em regiões fisicamente distantes, parece passar por essa possibilidade de comunicação e da consequente formação de uma rede articulada em torno de interesses comuns.

Ao invés desta rede articulada, percebeu-se que a mobilização, quando ocorre, dá-se em grupos restritos, voltados a problemas pontuais ou mesmo pessoais. Chamou a atenção o fato de que, com frequência, as respostas das referências nas entrevistas ligavam-se às suas próprias ocupações. Professoras falaram sobre a Educação, comerciantes sobre a falta de agências bancárias na cidade, sugerindo preocupações pontuais, enfraquecendo a visão e a mobilização, feitas por grupos pequenos e pouco integrados. Assim, além da fragilidade na organização social, ficou evidenciada, a partir dos atendimentos realizados em plantão psicológico e frequentes queixas de solidão e desamparo, a ausência de rede social

mais ampla que pudesse ser formada pelos moradores e se constituir como forma de apoio material e psíquico.

DISCUSSÃO

Em diversas atividades, em Inhambupe, realizadas pelos alunos do Projeto Bandeira Científica, foram constatados problemas ligados à violência sexual e doméstica contra mulheres, crianças e adolescentes. Pelo fato desse tipo de violência ocorrer, frequentemente, no âmbito privado da família, apresentando, assim, restrita visibilidade pública, esse é um problema que necessita ser compreendido e enfrentado de uma forma diferente da violência social, como roubos e homicídios. Por diversos fatores, nem sempre os casos de violência doméstica e sexual são denunciados, o que dificulta a construção de ações de enfrentamento dessa situação, como a assistência e o cuidado às suas vítimas. Essa violência é um fenômeno complexo e multicausal que exige a construção de ações intersetoriais, com a participação de atores sociais de diferentes áreas como a saúde, educação, assistência social e sociedade civil, tanto em sua forma organizada, como entre a população geral. Para tanto é necessário um espaço de diálogo entre os atores sociais do governo e sociedade para se pensar fluxos de cuidado e ações de prevenção adequadas à realidade local.

Observou-se também que as relações sociais entre inhambupenses, frequentemente, não alcançam algum nível de confiança sobre questões íntimas. Assim, muitos não encontram formas de compartilhar suas dificuldades do âmbito privado e de serem acolhidos por redes sociais, resultando em um sofrimento que apesar de ser referente a muitos, é vivenciado isoladamente.

Constatou-se, também, que da mesma forma que a população desconhece as formas de acessar os gestores e fazer com que suas reivindicações sejam ouvidas, a informação circula de forma desarticulada entre os moradores. Isso ocorre, provavelmente, seja por temerem prejuízos pessoais ao realizar uma reivindicação ou denúncia, ou por não acreditarem em sua eficácia. Os problemas ficam velados, assim como as experiências positivas têm pouca disseminação. Grupos com interesses comuns possuem poucos espaços (oficiais ou não) voltados para discussão de formas de enfrentamento de situações cotidianas no trabalho, nos serviços públicos dos quais são usuários ou mesmo de vivências pessoais que acarretam sofrimento psíquico.

A promoção destes espaços de discussão parece ser uma boa forma de fortalecimento de uma rede para que a população possa, coletivamente, buscar soluções aos problemas postos, implicando-se na produção de melhorias das condições de vida no município. Isto, no entanto, em nada diminui a responsabilidade do

poder público de oferecer à população serviços de qualidade. O caminho, mais que o da implicação só da população ou só dos gestores, parece ser o da cooperação entre ambos.

Enfim, o conjunto de problemas identificados durante essa pequena estada no município extrapola os limites circunscritos a ele e se mostra semelhante, apesar de suas singularidades, àqueles que se apresentam em diferentes regiões do território brasileiro. Isso pode ser constatado a partir da grande produção bibliográfica oriunda principalmente de pesquisadores e profissionais ligados ao campo da Saúde Coletiva e, também, de experiências anteriores desenvolvidas pelo Projeto Bandeira Científica.

Desafios estão colocados, entre vários outros protagonistas, a profissionais e pesquisadores da área de saúde, e isso diz respeito também àqueles ligados à área de Psicologia. Demandas de ordem *psi* têm se apresentado em vários âmbitos, o que parece reafirmar, cada vez mais, a necessidade de ampliação desse campo para além de medidas que se restrinjam a questões de ordem assistencial complementares às tradicionalmente desenvolvidas no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

- Brasil, (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.
- Kiss, L. B. & Schraiber, L.B. (2011). Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16 (3), 1943-1952.
- Paim, J. S. A. (2009). A questão da saúde e o SUS. In *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Pichon-Rivière, E. (2005). O conceito de Porta-voz. *O Processo Grupal*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Scarcelli, I. R., & Junqueira, V. (2011). O SUS como desafio para formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 340-355.
- .

PERCEPÇÃO DE ANSIEDADE E DE EFICÁCIA EM ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE– IMPLICAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS

ANA MONTEIRO GRILO

O reconhecimento de que as competências comunicacionais podem ser treinadas e aprendidas, e que estas aptidões permanecem ao longo do tempo (Roter & Hall, 2006), conduziu à alteração dos *curricula* de várias escolas médicas que, de forma consistente, integraram o treino de competências comunicacionais na educação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde (Hulsman et al., 1999; Roter & Hall, 2006).

Efectivamente, a partir dos anos 80, a proliferação de literatura que enfatizava o papel relevante da comunicação médico-paciente nos cuidados de saúde (Roter & Hall, 2006; Silverman, Kurtz & Draper, 2005), assim como o maior acesso à informação e participação do paciente no seu processo terapêutico (Brown, 2008), contribuíram, de forma indelével, para a necessidade de ensinar competências comunicacionais a esta dade.

De entre os treinos de competências comunicacionais, o treino assertivo surge como uma forma de dotar estudantes e profissionais de saúde de conhecimentos e competências necessários para interagirem com os pacientes (Grilo, 2010). Efectivamente, são vários os autores que apontam as competências de comunicação assertiva como uma mais-valia para os cuidadores, e que apelam para a necessidade de aquisição destas competências durante a formação pré-graduada (Begley & Glaken, 2004). Este tipo de treino possibilita que o profissional de saúde, por um lado, expresse de forma clara as suas ideias e opiniões e, por outro, encoraje os utentes a darem a conhecer as suas necessidades.

Assim, o treino assertivo permite que o profissional de saúde comunique de forma mais adequada, possibilitando que o paciente compreenda melhor a informação que lhe é transmitida, adquira mais confiança no tratamento e diminua os seus níveis de ansiedade (Ley, 1988).

A adesão ao tratamento é também facilitada com a utilização da comunicação assertiva entre profissional de saúde e paciente. Efectivamente, a descentração operada por cada um dos interlocutores potencia a tomada de decisões conjuntas (Joyce-Moniz & Barros, 2005), essenciais para o sucesso do tratamento. Não menos importante, a comunicação assertiva pode ser um importante instrumento na gestão do stress dos profissionais de saúde (Gerry, 1989; Yamagishi, et al. 2007).

Joyce-Moniz e Barros (2005) apontam seis temáticas determinantes para melhorar a comunicação do profissional de saúde. São elas: *moderação da expressão emocional em excesso, facilitação da expressão emocional em défice, elaboração de perguntas e pedidos, resposta a perguntas e pedidos, elaboração de críticas justas* e finalmente, *resposta a crítica justa ou injusta*. Saliente-se que, a utilização de temáticas de assertividade permite que se considerem as competências comunicacionais mais adequadas em cada situação (Cegala & Broz, 2002; Grilo, 2010; Hulsman et al., 1999).

Nos treinos de assertividade, é prática comum avaliar o grau de desconforto do sujeito depois de ter respondido, em discurso directo, à situação apresentada (Galassi & Galassi, 1977; McCartan & Hargie, 2004). Para além do nível de ansiedade, autores como Sheldon et al. (2009) defendem que os treinos de competências comunicacionais devem incluir uma medida de auto-avaliação, em que estudantes e profissionais de saúde avaliam a eficácia da sua resposta.

O presente estudo pretendeu avaliar a percepção subjectiva de ansiedade e de eficácia de estudantes e profissionais de saúde na área da Fisioterapia em seis temáticas específicas de assertividade.

MÉTODO

Participantes

A amostra total foi constituída (quadro 1) por 60 estudantes a frequentar o 2º semestre do 2º ano do curso superior de fisioterapia, de uma escola superior de saúde da área da grande Lisboa, 60 estudantes do 1º semestre do 4º ano, do mesmo estabelecimento de ensino e 60 fisioterapeutas.

Quadro 1. Caracterização da variável idade relativa aos estudantes dos 2º e 4º anos e profissionais de fisioterapia.

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
2º ano	Total	19.82	19.00	3.19	42	18
4º ano	Total	21.45	21.00	1.13	25	20
Profissionais	Total	34.70	31.50	9.74	57	23

Material

Para a recolha de dados desta investigação foram utilizadas duas escalas subjectivas para cada uma das seis temáticas de assertividade: (1) avaliação da *percepção de ansiedade* desencadeado pela situação visualizada em vídeo; (2) avaliação da *percepção de eficácia* da resposta fornecida ao paciente de fisioterapia apresentado nos cenários realistas. Optou-se por uma escala subjectiva de tipo Likert, de seis pontos, com ordenação crescente, isto é, de *nada ansioso* a *muito ansioso* e de *eficácia mínima* a *eficácia máxima*.

Procedimento

Foram construídos cenários realistas que apresentavam situações características do dia-a-dia dos fisioterapeutas e apelavam directamente para um conjunto de seis temáticas da comunicação assertiva (e.g., *moderação da expressão emocional em excesso*, *resposta a pergunta*, *resposta a crítica*). A recolha de dados foi realizada através de encontros individuais com cada estudante/profissional. Nestes eram apresentados, em vídeo, cenários realistas. Após a sua visualização, cada sujeito respondia, em discurso directo, ao *paciente* apresentado e, de seguida, avaliava o nível de ansiedade e eficácia da resposta dada.

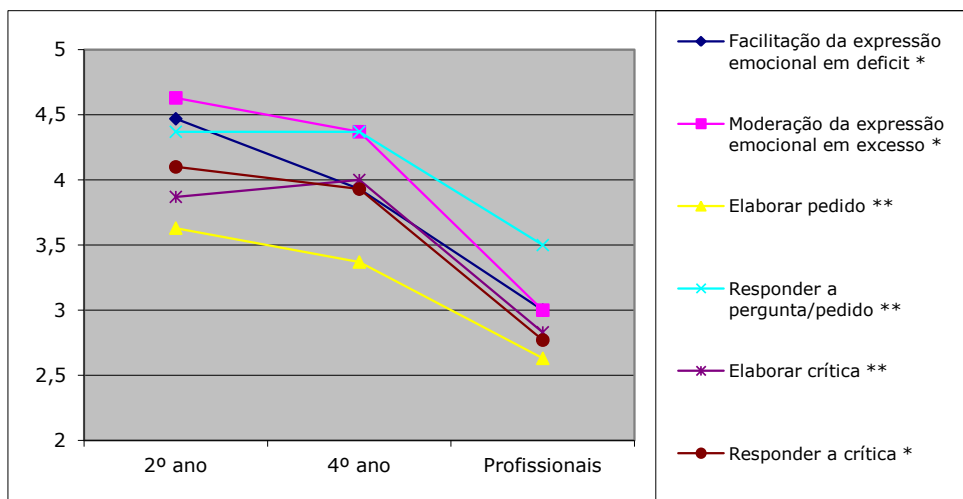
RESULTADOS

Percepção subjectiva de ansiedade

Como se observa no gráfico 1, a *percepção subjectiva de ansiedade* decresce com a experiência dos sujeitos. Assim, os estudantes do 2º ano são aqueles que apresentam níveis mais elevados de *percepção de ansiedade* e o grupo dos fisioterapeutas afigura-se como aquele em que estes níveis são mais baixos.

Através do teste de Kruskal-Wallis, foi possível comparar os níveis de *percepção de ansiedade* dos três grupos, em cada temática, e verificar que existem diferenças significativas nas seis temáticas. Estas diferenças são mais acentuadas ($p < 0.001$) nas temáticas da *facilitação da expressão emocional em défice*, *moderação da expressão emocional em excesso* e *resposta a crítica*.

Comparando os níveis de *percepção de ansiedade* despoletados pelas diferentes temáticas dentro de cada grupo de sujeitos, verifica-se que a temática *responder a pergunta/pedido* é aquela que desencadeia maior *percepção de ansiedade* para os fisioterapeutas ($3,5 \pm 1,5$).



* $p < 0.001$ ** $p < 0.05$

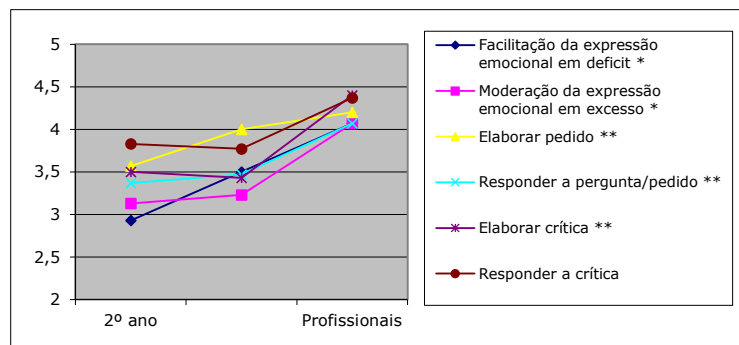
Gráfico 1. Scores médios de *percepção ansiedade*, em função do grupo amostral e da temática.

Para os estudantes do 4º ano, as temáticas que despoletam maior *percepção de ansiedade* são a *moderação da expressão emocional em excesso* ($4,4 \pm 1,13$) e a *resposta à pergunta/pedido* ($4,4 \pm 1,16$). Estas duas temáticas, assim como a *facilitação da expressão emocional em défice*, são percebidas pelos estudantes do 2º ano como mais ansiogêneas ($4,6 \pm 0,96$; $4,4 \pm 1,27$; $4,5 \pm 0,94$, respectivamente). Nos três grupos, a temática *elaborar pedido* é aquela que desencadeia o nível mais baixo de *percepção de ansiedade* ($3,6 \pm 0,96$; $3,4 \pm 1,03$; $2,6 \pm 1,0$; respectivamente para o 2º ano, 4º ano e profissionais).

Percepção subjectiva de eficácia

Como se observa no gráfico 2, a *percepção de eficácia* na resposta aos cenários realistas tende a ser mais baixa nos grupos de estudantes (2º e 4º ano) que no grupo dos profissionais.

O recurso ao teste de Kruskal-Wallis permitiu verificar que a temática da *resposta à crítica* é a única em que as diferenças encontradas, nos três grupos amostrais, não são significativas.



* $p < 0.001$ ** $p < 0.05$

Gráfico 2. *Scores médios de percepção de eficácia*, em função do grupo amostral e da temática.

As temáticas da emocionalidade, *i.e.*, *facilitação da expressão emocional em défice* ($2,97 \pm 0,96$), *moderação da expressão emocional em excesso* ($3,1 \pm 1,04$), assim como a *resposta a pergunta/pedido* ($3,4 \pm 1,03$) são aquelas em que a *percepção de eficácia* na resposta é menor, para os estudantes do 2º ano.

Para os estudantes do 4º ano, a temática da *moderação da expressão emocional em excesso* é aquela em que a *percepção de eficácia* apresenta um valor mais baixo ($3,2 \pm 0,90$), logo seguida da temática *elaborar crítica* ($3,4 \pm 0,86$) e *responder a pergunta/pedido* ($3,5 \pm 0,82$).

Por último, no grupo dos profissionais de fisioterapia, observa-se que a *percepção de eficácia* é bastante elevada, situando-se entre os 4,1 e 4,4, para as seis temáticas em estudo.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com as duas escalas subjectivas que avaliaram a *percepção de ansiedade* e de *eficácia* permitem verificar que, à semelhança dos resultados de Sheldon e colaboradores (2009) com enfermeiros com pouca experiência profissional, existe uma relação inversa entre a *percepção de ansiedade* e de *eficácia* nos estudantes de fisioterapia (2º e 4º anos). Noutras palavras, as temáticas que despoletam um nível de ansiedade mais elevado são aquelas em que os níveis de *percepção de eficácia* são mais baixos. No grupo dos profissionais de fisioterapia, a *percepção de eficácia* é bastante mais elevada do que para os estudantes. A experiência profissional parece funcionar, tal como postulado por Sheldon e colaboradores (2009), como factor determinante nos níveis de percepção de eficácia observados nos fisioterapeutas.

Por outro lado, as várias temáticas da assertividade desencadeiam níveis de *percepção de ansiedade* distintos nos estudantes e profissionais de fisioterapia. Particularmente, os estudantes do 2º ano são os que apresentam níveis mais elevados de ansiedade, e o grupo dos fisioterapeutas aquele em que estes níveis são mais baixos. A apresentação de cenários realistas que retratavam situações com as quais os estudantes do 2º ano nunca se tinham deparado poderá justificar, tal como defendido por Yudkowsky, Downing e Ommert (2006), os elevados níveis de *percepção de ansiedade*, observados neste grupo de sujeitos.

Não obstante estas diferenças, as temáticas *responder a pergunta/pedido*, *facilitação da expressão emocional em défice* e *moderação da expressão emocional em excesso* são as que desencadeiam mais ansiedade nos três grupos de sujeitos.

A ansiedade desencadeada pela temática *responder a pergunta/pedido* poderá traduzir receio, por parte de estudantes e profissionais, das reacções emocionais do paciente (Joyce-Moniz & Barros, 2005),

No que concerne às temáticas da expressão emocional, vários autores têm vindo a salientar que tanto a expressão emocional excessiva do paciente (Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Sheldon et al., 2009), como as situações em que este último mostra tendência para se isolar e fechar (Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Sheldon et al., 2009) constituem um forte desencadeador de ansiedade no profissional de saúde. À semelhança dos resultados obtidos por Hajek, Najberg e Cushing (2000) com estudantes de medicina, os dados da presente investigação apontam para que a manifestação, por parte do paciente, de revolta e/ou agressividade seja mais perturbadora para os estudantes de fisioterapia (2º e 4º anos), do que a dificuldade do utente em verbalizar pensamentos e/ou emoções.

O conhecimento dos níveis de percepção de ansiedade e de eficácia permite organizar de forma mais eficaz treinos que se centrem nas necessidades dos estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas e que promovam a comunicação destes com os pacientes. Assim, os cenários realistas a utilizar devem suscitar níveis de emocionalidade baixos e médios que aumentem progressivamente no decorrer do percurso académico de cada estudante. Depois de uma abordagem geral de todas as temáticas da assertividade, o treino deve incidir particularmente nas temáticas referentes à *facilitação da expressão emocional em défice, moderação da expressão emocional em excesso e resposta a pergunta/pedido*, uma vez que é nestas que parecem existir níveis mais elevados de *percepção de ansiedade* e mais baixos de *eficácia*.

Nos primeiros anos de formação, as situações de treino devem apelar para quadros clínicos simples, para que a *percepção de ansiedade* do estudante não seja potenciada pelo desconhecimento da componente técnica. Neste sentido, será adequado, tal como defendem Van Dalen e colaboradores (2002), que o programa de treino tenha início apenas no 2º ano da licenciatura, uma vez que no 1º ano os estudantes têm muita dificuldade em responder a temáticas da assertividade baseadas em casos clínicos hipotéticos.

Por último, ao contrário do ensino pré-graduado, no caso dos profissionais, a avaliação dos níveis de *percepção de ansiedade* e *eficácia*, que demonstraram ter utilidade nos estudantes, devem ser considerada com alguma reserva. Os resultados de programas de treino com estes profissionais (Grilo, 2010) indicam que os fisioterapeutas tendem a sobreavaliar a eficácia das suas respostas quando as situações apresentadas remetem para situações do quotidiano destes profissionais. Contudo, como constatado por Grilo (2010) e defendido por Yudkowsky, Downing e Ommert (2006), esta percepção não se traduz numa efectiva adequação dessas mesmas respostas.

REFERÊNCIAS

- Begley, C., & Glacken, M. (2004). Irish nursing students`changing levels of assertiveness during their pre-registration programme. *Nurse Education Today*, 24, 501-510.
- Brown, J. (2008). How clinical communication has become a core part of medical education in the UK. *Medical Education*, 42, 271-278.
- Cegala, D. (2003). Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 50, 91-94.
- Cegala, D., & Broz, S. (2002). Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Medical Education*, 36, 1004-1016.
- Fallowfield, L., Saul, J., & Gilligan, B. (2001). Teaching Senior Nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nursing*, 24(3), 185-191.
- Finset, A., Ekeberg, O., Eide, H., & Aspegren, K. (2003). Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psycho-Oncology*, 12, 686-693.
- Galassi, M., & Galassi, J. (1977). *Assert yourself! How to be your own person*. New York: Human Sciences Press.
- Gerry, E. (1989). An investigation into the assertive behavior of trained nurses in general hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 1002-1008.
- Grilo, A.M. (2010). *Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Hajet, P., Najberg, E., & Cushing, A. (2000). Medical students`concerns about communicating with patients. *Medical Education*, 34, 656-658.
- Hulsman, R., Ros, W., Winnusbst, J., & Bensing, J. (1999). Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education*, 33, 655-668.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa.
- McCartan, P., & Hargie, O. (2004). Assertiveness and caring: Are they compatible ? *Journal of Clinical Nursing*, 13, 707-713.
- Roter, D. & Hall, J. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport CT: Praeger Publishers.

- Sheldon, L., Ellington, L., Barrett, R., Dudley, W., Clayton, M., & Rinaldi, K. (2009). Nurse responsiveness to cancer patient expressions of emotion. *Patient Education and Counseling*, 76, 63-76.
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2005). *Skills for communication with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing, Ltd.
- Yamagishi, M., Kobayashi, T., Kobayshi, T., Nagami, M., Shimazu, A., & Kageyama, T.(2007). Effect of Web-based assertion training for stress management of Japanese nurses. *Journal of Nursing Management*, 15, 603-607.
- Yudkowsky, R., Downing, S., & Ommert, D. (2006). Prior experiences associates with residents` scores on a communication and interpersonal skill OSCE. *Patient Education and Counseling*, 62, 368-373.

EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA EM UTENTES CLAUSTROFÓBICOS: IDENTIFICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

ANA MONTEIRO GRILO, ANA NOGUEIRA, MARGARIDA RIBEIRO & RITA FIALHO

A claustrofobia, definida como o medo intenso de permanecer em espaços fechados (DSM-IV-TR, 2000), causa um enorme desconforto àqueles que necessitam de realizar exames de Ressonância Magnética (RM) devido às características físicas e funcionais da maioria dos equipamentos (Sarubi, 2010). Todos os equipamentos de RM possuem um magneto, que produz um campo magnético potente e estático, no qual ocorre a precessão dos núcleos a ele expostos. Este magneto pode possuir duas configurações designadas pelos construtores: campo fechado e campo aberto (Almeida, 2010). As *gantry* de campo fechado são classificadas na sua dimensão, em comprimento de túnel e diâmetro da *gantry*, enquanto as de campo aberto são avaliadas em comprimento da mesa e graus panorâmicos. Este método complementar de diagnóstico radiológico é extremamente útil na detecção, seguimento e tratamento de diversas patologias, sendo muitas vezes, devido à sua sensibilidade e especificidade elevadas, o exame fundamental para a sua confirmação (Lemaire, Moran & Swan, 2009). Contudo, a realização deste exame implica que o utente permaneça dentro da *gantry* do equipamento de RM, facto que potencia a ansiedade e torna difícil a sua concretização, em utentes que apresentam previamente sintomas de claustrofobia (Arcuri & McGuire, 2001). A *gantry* é, na maioria dos casos, um túnel em forma de cilindro com 50 a 70 cm de diâmetro e de comprimento variável (Guimarães, 2010; Westbrook, 2000).

Segundo Hollenhorst, et al. (2001), até 37% dos utentes que realizam exames de RM podem experienciar moderados a elevados níveis de ansiedade, sendo que 5 a 10% destes não o consegue terminar devido à claustrofobia. Como facilmente se compreende, o insucesso do exame traduz-se em consequências negativas para o tratamento ou seguimento clínico.

Desta forma, é essencial que o Técnico(a) de Radiologia (TR) consiga prever e caracterizar os tipos de reacções dos utentes e utilizar/sugerir estratégias adequadas, sempre complementadas com os aspectos importantes da humanização dos cuidados de saúde.

Neste contexto, o presente estudo pretende contribuir para maximizar a taxa de sucesso de exames de RM em utentes claustrofóbicos através da identificação de estratégias facilitadores para a realização dos mesmos.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 62 utentes claustrofóbicos, 46 do sexo feminino e 16 do sexo masculino. Estes utentes foram seleccionados a partir da base de dados de uma Clínica Privada da Região de Lisboa e Vale do Tejo, sem restrições, assumindo-se o critério de inclusão: terem realizado pelo menos um exame de RM nessa instituição. Esta clínica possui um equipamento de RM de campo aberto. Este tipo de equipamento foi construído com o objectivo de facilitar procedimentos de intervenção, exames de RM funcional e para aumentar o conforto dos utentes (Bangard, et al., 2007). Note-se que, embora os avanços tecnológicos tenham vindo a compensar estas limitações, as menores intensidades do campo magnético aberto comparativamente com o campo fechado, pode reduzir a qualidade da imagem, uma vez que a relação sinal-ruído e resolução temporal são menores e os artefactos de movimento mais evidentes (Bangard et al, 2007; Karam, 2006; Törnqvist, 2010).

Para esta clínica são recomendados muitos utentes com dificuldades, confirmadas ou suspeitas, em realizar o exame em equipamentos de RM de campo fechado. Desta forma, na sua base de dados o rácio de utentes claustrofóbicos é muito superior ao de qualquer outra instituição radiológica, tornando a selecção da amostra mais acessível e justificando assim a escolha da clínica.

Material

No presente estudo foi utilizado um questionário estruturado em três partes, sendo realizada a caracterização da amostra e a identificação do tipo de exame realizado pelo utente na instituição acima referida, na primeira parte. A segunda parte foi constituída por um conjunto de 16 itens, adaptados do instrumento de medida *Claustrophobia Questionnaire* (CLQ), destinado à medição dos níveis de claustrofobia. Este instrumento foi inicialmente elaborado por Rachman e Taylor (1993, cit. por Gouveia, Medeiros, Gouveia, Santos & Diniz, 2008) e era composto por 36 itens. A versão actual, e mais conhecida, apresenta 26 itens, cuja adequação psicométrica foi confirmada por Radomsky, Rachman, Thordarson, McIsaac e Teachman (2001, cit. por Gouveia et al., 2008). Para este estudo foi feita uma adaptação do texto para Língua Portuguesa e foram utilizados apenas, 16 dos 26 itens. Cada um dos itens foi ponderado, numa escala de Likert de 5 níveis [0 a 4]. Incluiu, também, uma questão de resposta aberta que permitia averiguar outras situações que pudessem causar ansiedade aos inquiridos. A escala de 16 itens apresentou uma consistência interna elevada ($\alpha=0,908$). A terceira e última parte do questionário apresentava três questões de resposta fechada e três questões de resposta

aberta, que pretenderam avaliar aspectos como as principais dificuldades em realizar este tipo de exame, a forma como o procedimento foi explicado e a identificação dos factores que contribuíram para o sucesso do mesmo.

Procedimento

Inicialmente foram solicitadas as autorizações para consulta da base de dados da instituição. Numa segunda fase, os utentes foram contactados via telefone ou por correio electrónico, a fim de darem a sua anuência para serem posteriormente inquiridos, tendo sido assegurados os procedimentos éticos tais como: receber informação acerca dos objectivos do estudo e da confidencialidade do mesmo.

RESULTADOS

A partir do CLQ verificou-se que todos os utentes apresentaram moderados a elevados níveis de claustrofobia. Averiguou-se ainda que 33,9% não reportou mais situações para além das incluídas nos 16 itens do CLQ; por sua vez 25,8% mencionou espaços lotados de pessoas; 19,4% referiram todo o tipo de espaços fechados; 21% o elevador; 17,7% o avião; 11,3% o metropolitano e por fim 9,7% referiram as caves.

A figura 1 representa graficamente em percentagem os factores indutores de ansiedade referidos pelos utentes claustrofóbicos, com base em experiências sentidas durante a realização do exame de RM. Para 82,3% dos inquiridos, a configuração do equipamento foi a principal dificuldade; cerca de 62,9% referiram ser a imobilidade corporal e 14,5% consideraram ser o elevado ruído do equipamento a funcionar.

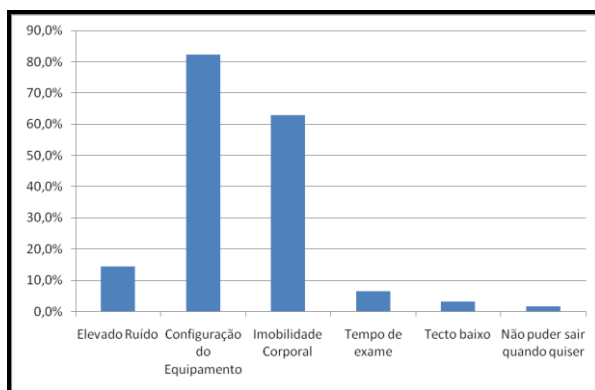


Figura 1. Factores referidos pelos utentes claustrofóbicos como indutores de ansiedade no exame de RM.

A figura 2 diz respeito às fontes de informação relativamente ao exame de RM, sendo que para todos os inquiridos (100%), o exame foi explicado pelo TR.

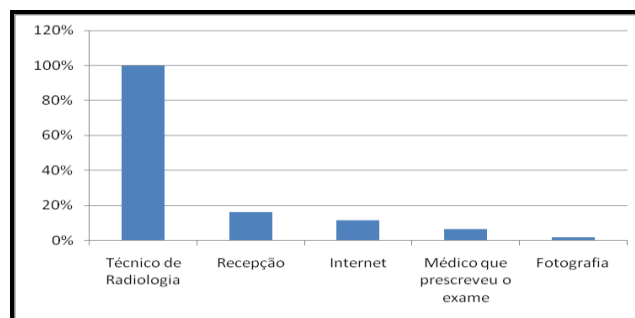


Figura 2. Identificação das fontes de informação do exame de RM aos utentes claustrofóbicos.

Foi possível ainda avaliar que 80,7% dos utentes claustrofóbicos já tinham tentado realizar este exame anteriormente.

Relativamente à possibilidade de existir algum acontecimento antecedente que tivesse contribuído para a ansiedade demonstrada no exame de RM, para 72,6% dos inquiridos não existem referências que tivesse acontecido algo antes do exame, porém 9,7% sofreu algum condicionamento em criança; 8,1% indicou ter sido um exame de RM anterior que provocou a ansiedade demonstrada; 6,5% referiu o facto de ter ficado fechado num elevador e 6,5% mencionou a ocorrência de problemas pessoais no momento de realização da RM.

Apresentam-se descritos no quadro 1, os factores que os utentes claustrofóbicos pensam ter contribuído para o sucesso da realização do exame. Nesta questão há que ressaltar que 24,2% dos inquiridos, considerou determinante o papel do TR e a sua forma de actuação, porém o factor mais referido (75,8%) foi a configuração do equipamento de RM de campo aberto.

Quadro 1. Factores referidos pelos utentes claustrofóbicos que pensam ter contribuído para o sucesso do exame de RM.

Factores que contribuíram para o sucesso do exame de RM	Respostas
Configuração do Equipamento – Equipamento de RM de campo aberto	75,8 %
Levar acompanhante para a sala de exame	24,2 %
Papel do TR	24,2 %
Força de vontade em concluir o exame	19,4 %
Permanecer de olhos fechados durante a execução do exame	6,5 %
Tomar ansiolítico	4,8 %
Alteração de posicionamento	4,8 %
Utilização de venda nos olhos	4,8 %

Por fim, no que diz respeito ao sentimento após a conclusão do exame, todos os utentes claustrofóbicos experienciaram sentimentos positivos/agradáveis, sendo que 62,9% terminou o exame satisfeito; 37,1% experienciou alívio e 16,1% sentiu-se feliz.

DISCUSSÃO

Os utentes incluídos neste estudo apresentavam moderados a elevados níveis de claustrofobia. Destes, 82,3% considerou que a configuração do equipamento foi a principal dificuldade ao realizar este tipo de exame, seguindo-se a imobilidade corporal (62,9%) e o elevado ruído (14,5%). Segundo o estudo de Haddad et al., (2005), foram também estes os factores que causavam maior desconforto aos utentes claustrofóbicos.

Saliente-se que alguns utentes inquiridos referiram que antes de realizarem o exame de RM não se recordam de ter experienciado manifestações de claustrofobia. Neste sentido, este procedimento de diagnóstico pode ser considerado como um indutor desta fobia, tal como anteriormente referido por McIsaac, Thordarson, Shafran, Rachman e Poole (1998).

Tal como tem vindo a ser recomendado por diversos autores (Escudero, Kozasa & Leite, 2007; Törnqvist et al., 2006;), os utentes inquiridos referiram que o exame lhes foi previamente explicado, sendo o responsável pela explicação o TR (100%). Para além da explicação, os utentes claustrofóbicos apontaram como factores relevantes para a realização do exame com sucesso, a utilização de um equipamento de RM de campo aberto e a presença de um acompanhante na sala de exame. Segundo o estudo de Enders, Zimmermann, Rief, Martus, Klingebiel, Asbach, Klessen, Diederichs, Bengner, Teichgräber, Hamm e Dewey (2011), realizar o exame num equipamento de RM de campo aberto pode ser o factor discriminatório para reduzir o número de reacções claustrofóbicas, devido ao menor ruído acústico face ao equipamento de RM de campo fechado e à diminuição da sensação de falta de controlo. Há ainda que ressaltar que 24,2% dos utentes considerou preponderante o papel do TR no sucesso do exame, tal como refere o estudo de Medina e Backes (2002, cit. por Haddad et al., 2005), que afirmaram que a orientação sistemática na preparação psicológica do utente submetido a qualquer procedimento de saúde, aumenta o grau de conhecimento do utente em relação ao exame, ajudando assim na realização do mesmo. Womack e Thomas (1996, cit. por Haddad et al., 2005) também reforçaram a importância do fornecimento de informação concisa e completa ao utente, uma vez que esta permite a utilização de estratégias de confronto mais adequadas, tornando, desta forma, o exame menos difícil.

Este estudo oferece bons indicadores para a realização do exame de RM num equipamento de campo aberto. Este tipo de equipamento destacou-se como o factor primordial para a diminuição da ansiedade dos utentes claustrofóbicos e, consequentemente, para o sucesso na concretização deste exame. De facto, existe um elevado número de utentes que não conseguem realizar este exame e por falta de conhecimento da existência deste tipo de equipamentos acabam por recorrer ao apoio anestésico anestésico (com eventuais consequências adversas) ou até por não realizar o exame.

Não menos valorizado, o TR, referido pelos utentes claustrofóbicos como o principal responsável pela explicação deste procedimento, tem igualmente um papel predominante na concretização do

exame RM. A avaliação dos estados físico e emocional do utente, assim como as subsequentes propostas de estratégias para minorar o desconforto e/ou ansiedade durante o exame (e.g., distração, relaxamento), são tarefas fundamentais deste profissional.

As estratégias facilitadoras que emergiram deste estudo podem ser agrupadas em três dimensões, a saber: *técnica*, *tecnológica* e *psicológica*. São consideradas como estratégias de natureza *técnica*, a utilização de protocolos com menor tempo de exame, o posicionamento alternativo, a alteração da intensidade luminosa, o exame com apoio de anestesia e a toma de ansiolítico. Como estratégia de vertente *tecnológica* é considerada a realização do exame num equipamento de RM de campo aberto e, finalmente, constituem exemplos de estratégias *psicológicas* a visita prévia à sala de RM com uma breve explicação do procedimento, a entrada de acompanhante na sala de exame e a utilização de estratégias de relaxamento (e.g., música ambiente) e de estratégias distractivas.

O presente estudo aponta para a necessidade, por parte do TR, de formação específica não apenas ao nível da adequada disponibilização de informação e da utilização de estratégias psicológicas, mas também ao nível da combinação de múltiplas estratégias adequadas, dirigidas a cada tipo de exame e personalizadas a cada utente claustrofóbico.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Clínica Privada de Ressonância Magnética – REMAGNA, pelo acesso à base de dados (contactos dos utentes claustrofóbicos).

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. (2010). *Material de apoio fornecido durante o Curso de Ressonância Magnética – NEURO: Texto inédito*. Torres Vedras: Horizontes Abertos – Cursos de Actualização em Saúde, Unipessoal, Lda.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Arcuri, S. M., & McGuire, P. K. (2001). Ressonância magnética funcional e sua contribuição para o estudo da cognição em esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (Supl I), 38-41.
- Bangard, C., Paszek, J., Berg, F., Eyl, G., Kessler, J., Lackner, K., & Gossmann, A. (2007). MR imaging of claustrophobic patients in an open 1,0 T scanner: Motion artifacts and patient acceptability compared with closed bore magnets. *European Journal of Radiology*, 64, 152-157
- Enders, J., Zimmermann, E., Rief, M., Martus, P., Klingebiel, R., Asbach, P., Klessen, C., Diederichs, G., Bengner, T., Teichgräber, U., Hamm, B., & Dewey, M. (2011). Reduction of claustrophobia

- during magnetic resonance imaging: methods and design of the “CLAUSTRO” randomized controlled trial. *BMC Medical Imaging*, 11(4), 1-15.
- Escudero, R. M. P., Kozasa, E. H., & Leite, J. R. (2007). Behavior Cognitive Protocol to Reduce Anxiety during a Magnetic Resonance Examination. *International Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 1(1), 21-26.
- Gouveia, V. V., Medeiros, E. D., Gouveia, R. S. V., Santos, W. S., & Diniz, P. K. C. (2008). Cuestionario de Claustrofobia: Evidencias de su Validez y Fiabilidad. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 604-610.
- Guimarães, S. M. R. (2010). *Imagem por Ressonância Magnética das Articulações Temporomandibulares: avaliação da confiabilidade e da validade*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, São José de Campos.
- Haddad, M. C. L., Zago, E., & Andreassa, F. J. (2005). Desconfortos referidos por indivíduos submetidos à Ressonância Magnética. *Ciência, Cuidados e Saúde*, 4(2), 149-155.
- Hollenhorst, J., Münte, S., Friedrich, L., Heine, J., Leuwer, M., Becker, H., & Piepenbrock, S. (2001). Using Intranasal Midazolam Spray to Prevent Claustrophobia Induced by MR Imaging. *American Journal of Roentgenology*, 176, 865-868.
- Karam, F. C. (2006). *A acurácia da Ressonância Magnética para o diagnóstico de lesões meniscais, condrais e dos ligamentos cruzados do joelho, em Porto Alegre/RS*. Tese de doutoramento apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lemaire, C., Moran, G. R., & Swan, H. (2009). Impact of Audio/Visual Systems on Pediatric Sedation in Magnetic Resonance Imaging. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 30, 649-655.
- McIsaac, H. K., Thordarson, D. S., Shafran, R., Rachman, S., & Poole, G. (1998). Claustrophobia and the Magnetic Resonance Imaging Procedure. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(3), 255-268.
- Sarubi, M. (2010). Pavor de exames. *Micron: Sua Saúde*, 14, 8-9. Recuperado em Janeiro 22, 2011 a partir de http://www.donacomunicacao.com.br/editorial/editorial_11.pdf
- Törnqvist, E., Mansson, A., Larsson, E.-M., & Hallstrom, I. (2006). Impact of Extended Written Information on Patient Anxiety and Image Motion Artifacts During Magnetic Resonance Imaging. *Acta Radiologica*, 47, 474-480.
- Törnqvist, E. (2010). *Going Through Magnetic Resonance Imaging: Patient's Experiences and the Value of Information and Preparation for Adults and Children*. Tese de doutoramento apresentada à Lund University, Sweden.

QOLIBRI – UMA MEDIDA ESPECÍFICA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS LESÃO CEREBRAL ADQUIRIDA

SANDRA GUERREIRO 1,2, ISABEL ALMEIDA 1, BENEDITA MARTINS-ROCHA 1, ARTEMISA ROCHA DORES 3,4, SELENE G. VICENTE 2, ALEXANDRE CASTRO-CALDAS 5 & FERNANDO BARBOSA 2

Como medir a Qualidade de Vida (QdV) após lesão cerebral adquirida (LCA)? A LCA constitui, atualmente, uma das causas com maior impacto na redução da participação dos indivíduos nos vários contextos de vida. Lesões cerebrais graves resultam em disfunções significativas do funcionamento cognitivo, emocional, psicossocial, vocacional e familiar que podem perdurar décadas (Lezak, Howieson, & Loring, 2004). Atualmente a incapacidade deixou de ser medida exclusivamente por parâmetros biomédicos (*i.e.* mortalidade, incapacidade física, complicações cirúrgicas, etc.) para se equacionarem fatores integradores do estado/condição de saúde, aspetos psicossociais, assim como a avaliação subjetiva do próprio (Berger, Leven, Pirente, Bouillon, & Neugebauer, 1999), por exemplo quanto à sua QdV.

Tendo em conta o impacto substancial que a LCA pode provocar na vida da pessoa e da sua família, a investigação sobre QdV é atualmente um domínio relevante da reabilitação. Adotou-se a definição da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994): “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 28). Ao avaliar a QdV estima-se, então, em que medida são respondidas as necessidades da pessoa, assim como a sua satisfação nos vários domínios de vida (Costanza et al., 2007).

Schipper, Clinch e Power (1990) afirmam que na avaliação da QdV deve ser considerada: 1) a multifatorialidade - na medida em que abrange mais do que um domínio; 2) a autoavaliação - a QdV do indivíduo que está a ser avaliado só pode ser interpretada por ele próprio; 3) a variação temporal - uma vez que a sua avaliação varia com a idade; 4) a idiosincrasia e subjetividade - na medida em que depende dos valores, expectativas, perceções, crenças e julgamentos pessoais.

1 -Centro de Reabilitação Profissional de Gaia; 2- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da U. do Porto; 3 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto; 4 -Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 5- Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Os instrumentos de medida da QdV podem ser agrupados em dois subgrupos: os gerais e os específicos. Os primeiros são passíveis de ser aplicados a qualquer pessoa, saudável ou doente, seja qual for o tipo de doença; são, por isso, independentes da condição específica de saúde. Os segundos têm em consideração componentes da QdV específicas a uma doença/condição de saúde, focalizando-se nos problemas associados a essa patologia/problemática (von Steinbuechel et al., 2005). Consideramos que a avaliação da QdV após LCA, recorrendo a medidas gerais, é imprecisa, uma vez que estes instrumentos não captam todas as particularidades relevantes desta condição. No caso da LCA, as consequências cognitivas, comportamentais e emocionais são as que têm maior impacto na funcionalidade a longo-prazo (Corrigan, Smith-Knapp, & Granger, 1998), pelo que exigem um instrumento específico da QdV (Bullinger, Peterson, von Steinbuechel, & the TBI-Group, 2005; Truelle, et al., 2010). Devido à inexistência de medidas específicas de avaliação da QdV para pessoas com LCA no nosso país, empreendemos este estudo de adaptação do questionário QOLIBRI para portugueses.

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram recrutados através das bases de dados de diferentes instituições hospitalares e de reabilitação de várias zonas do país, tendo como critérios de inclusão a ocorrência do TCE há mais de três meses e menos de 16 anos e lesão após os 15 anos de idade e, como critérios de exclusão, estar em situação de institucionalização (hospitalar ou outra), concomitância de outras condições de saúde com implicações ao nível da QdV (demência, lesão medular ou doença mental grave) e a impossibilidade de resposta aos instrumentos de avaliação pela gravidade da lesão cerebral.

Uma vez aplicados os critérios acima, foram identificados 359 possíveis participantes no estudo, mas 81 não tinham contacto atualizado, nove tinham falecido e 11 recusaram participar. Das 258 pessoas a quem se administraram os protocolos de avaliação, 15 foram excluídas à posteriori por insuficiência de dados. Assim, a amostra final foi constituída por 243 pessoas com TCE, 79% homens e 21% mulheres, com uma média de idades de 38 anos ($DP=14.75$).

Material

O protocolo de recolha de dados incluiu os seis instrumentos utilizados pela *Qolibri Task Force* (von Steinbuechel, et al., 2010): (1) o Questionário do Estado de Saúde - MOS SF-36 (Ferreira, 2000), como medida geral de avaliação da QdV; (2) a *Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS (Zigmond, & Snaith, 1983) com o objetivo de despistar os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas, dada a sua utilização ser sustentada pela evidência de uma forte associação entre estas variáveis psicológicas e a QdV (Pais-Ribeiro, 2009); (3) o *Glasgow Outcome*

Scale Extended - GOSE (Wilson, Pettigrew, & Teasdale, 1998) como escala de avaliação da incapacidade específica para a LCA; (4) um questionário de avaliação do estado clínico para recolher informação sobre a gravidade da lesão avaliada através da *Glasgow Coma Scale* - GCS (Teasdale & Jennett, 1974), sua localização e tipologia, bem como a existência de défices cognitivos, outras queixas de saúde ou outros problemas em co morbilidade; (5) um questionário sociodemográfico que incluiu informação sobre género, idade, escolaridade, estado civil e ocupação; e, por fim, (6) a versão portuguesa do *QOLIBRI* em estudo. Este questionário é constituído por 43 itens que se distribuem por sete fatores e está organizado em duas partes. A primeira avalia a satisfação do sujeito em quatro domínios: geral (6 itens), cognição (7), self (7), vida diária e autonomia (7), e relações sociais (6). A segunda avalia o grau de incómodo que as pessoas sentem relativamente a dois domínios: emocional (5 itens) e físico (5). A resposta a cada item é emitida numa escala tipo Likert de 5 pontos.

Com exceção do MOS SF-36 e da HADS, que já tinham versão em português, os restantes instrumentos foram sujeitos ao processo de tradução e retroversão, em duplicado e de forma independente.

Procedimento

A recolha dos dados foi levada a cabo em regiões do Norte, Centro e Sul de Portugal, por uma equipa de psicólogos treinados para o efeito. A administração dos instrumentos foi feita individualmente, após assinatura do consentimento informado, e em local da conveniência do participante. A ordem de administração dos diferentes questionários foi aleatória de forma a anular efeitos de fadiga.

Os dados foram introduzidos nos programas de tratamento estatístico *SPSS V16* e *STATISTICA V8*, que foram utilizados para a análise das propriedades métricas do Qolibri, ao nível dos itens e ao nível da escala (consistência interna, fidelidade e estrutura fatorial).

RESULTADOS

As características demográficas e clínicas dos 243 participantes encontram-se sumariadas no Quadro 1. Tal como é habitual numa amostra de pessoas com TCE, há mais homens que mulheres. A idade média dos participantes é de 38 anos ($DP=15$). Dentro do intervalo de idades abrangido (18-86 anos), formaram-se três grupos (16 - 30 anos, 31- 44 anos, 45 - 86 anos) de tamanho aproximado. Mais de dois terços da amostra apresenta uma lesão grave, segundo os critérios da GCS. Metade dos participantes adquiriram TCE há quatro anos ou mais, sendo o tempo médio após lesão de 5.6 anos ($DP=4.2$). Menos de um quarto dos participantes estavam empregados a tempo inteiro e só um quarto mantinha relação de casado ou união de facto. Mais de metade da amostra vivia de forma independente, não necessitando de ajuda para realizar as atividades do quotidiano. De acordo com o

GOSE, a grande maioria (72%) estão incapacitados pelas consequências do TCE. Apesar disso, só 32,5% se descreveram como não saudáveis atualmente.

Quadro 1. *Características demográficas e clínicas da amostra (N = 243), em frequências absolutas (n) e relativas (%) por condição*

Características	n (%)	
Gênero	Masculino	192 (79%)
	Feminino	51 (21%)
Idade	18-30	83 (34,2%)
	31-44	97 (39,9%)
	45-86	63 (25,9%)
Ocupação	Empregado	55 (22,6%)
Estado Civil	Solteiro	132 (54,3%)
	Casado/união de facto	90 (37,1%)
	Divorciado/separado/viúvo	21 (8,6%)
Autonomia na vida diária	Independente	72 (29,6%)
	Com apoio	171 (70,4%)
Glasgow Coma Scale (N=95)	Grave: 3-8	73 (76,8%)
	Moderado: 9-12	5 (5,3%)
	Ligeiro: 13-15	17 (17,9%)
Anos após lesão	≤ 1	44 (18,2%)
	2-3	43 (17,8%)
	4-5	44 (18,2%)
	6-15	111 (45,9%)
Estado de saúde (autoavaliado)	Saudável	164 (67,5%)
	Não saudável	79 (32,5%)
Glasgow Outcome Scale Extended	Incapacidade Grave Incapacidade	119 (49%)
	Moderada	82 (34%)
	Boa Recuperação	42 (17%)

Análise do QOLIBRI

Características dos itens

A nível dos itens verificou-se que as respostas estavam distribuídas por todas as alternativas de forma equilibrada, não existindo problemas de frequência (a soma das frequências de duas categorias de resposta adjacentes nunca foi inferior a 10% do número total de respostas). Também não foram encontrados efeitos de teto ou de chão (> 60% dos casos no máximo ou no mínimo da escala) e nenhum dos 43 itens apresentou valores de assimetria superiores a um.

O ajuste de cada item à escala foi analisado através da correlação do item com o total dos outros itens da escala (*CITC*). Todos os itens apresentaram valores de correlação com a escala total superiores a .40, sendo que a maioria (30:43) teve valores superiores a .60, indiciando boa consistência.

Características da escala

O Quadro 2 mostra os valores encontrados através da análise de fidelidade da escala, utilizando o coeficiente de correlação intraclasse (*ICC*), o *SEM* e o *alfa de Cronbach*. Os valores para as subescalas são considerados bons e muito bons para a escala total, confirmando a consistência interna do questionário.

Quadro 2. *Fidelidade da escala: consistência absoluta - SEM; consistência relativa - Coeficiente de correlação intraclassa com intervalo de confiança de 95%; consistência interna - alfa de Cronbach, (n = 243)*

Escala QOLIBRI	M	DP	SEM	ICC [IC>95%; IC<95%]	alfa cronbach
Cognitivo	61.3	23.8	1.54	.76 [.58; .87]	.93
Self	57.0	21.6	1.39	.66 [.43; .81]	.90
Vida diária	51.0	24.9	1.59	.72 [.52; .84]	.91
Relações Sociais	62.1	20.0	1.28	.62 [.38; .78]	.79
Emoções	61.5	25.3	1.63	.78 [.61; .87]	.86
Condição Física	57.2	23.9	1.54	.72 [.51; .84]	.74
Total	58.3	18.0	1.15	.80 [.62; .89]	.84

ICC – coeficiente de correlação intraclassa; IC – intervalo de confiança

O *alpha* de Cronbach foi calculado para cada fator e para a escala total. Os valores variam entre .74 (subescala física) e .95 (escala total). À exceção das subescalas social e física, que apresentam valores razoáveis segundo Pestana e Gageiro, (2008), todos os outros valores são superiores a .80, confirmando um bom nível de consistência interna.

A estabilidade da escala foi também medida pelo método teste-reteste, com uma segunda administração 15 dias após a primeira, numa subamostra aleatória de 37 pessoas. Os valores de *r* (de Pearson) indicam uma associação linear alta para totalidade da escala ($r=.80$; $p<.001$), assim como para a maioria dos fatores, com exceção dos fatores “self” e “social” em que a correlação é moderada.

Análise Fatorial Confirmatória

Recorreu-se à análise fatorial confirmatória, utilizando o procedimento habitual da máxima verosimilhança, para testar o ajuste da versão portuguesa ao modelo original do *QOLIBRI*. Os índices de ajustamento encontram-se explicitados no Quadro 4.

Quadro 4. *Índices de ajustamento entre a estrutura fatorial do QOLIBRI original e a versão portuguesa*

	ϕ^2	g.l.	$\phi^2 / g.l.$	p	RMSEA (upper 90%)	RNI (upper 90%)
QOLIBRI	1207.36	614	1.97	.000	.0617	.905

RMSEA=root mean square error of approximation; RNI=relative non-centrality index

O valor de ϕ^2 leva a rejeitar a hipótese de ajuste perfeito entre os dados portugueses e a estrutura do questionário original. No entanto, dado o rácio $\phi^2/g.l.=1.97$, considera-se haver um ajuste aceitável com o modelo original. A medida do RMSEA menor que .08, corresponde a um “ajustamento aceitável”. O RNI maior que .90, confirma uma aproximação aceitável entre os modelos (McDonald, & Ho, 2002).

Validade do Questionário

Após confirmação da estrutura fatorial do questionário correlacionaram-se as pontuações da escala total e de cada um dos fatores com os resultados de outros instrumentos de forma a examinar a sua

validade. As pontuações variam numa escala de 0 a 100, sendo que valores mais elevados correspondem a uma perceção mais positiva de QdV.

A *validade de critério* foi avaliada através da correlação com o SF-36, dado que avalia igualmente a QdV. A *validade de construto* foi avaliada através da análise da existência de relação entre os resultados do *QOLIBRI* e determinados fenómenos associados à QdV, tais como a depressão e a ansiedade (correlação com a HADS) ou a funcionalidade em geral (correlação com a GOSE). Exclui-se desta análise o Fator Geral (6 itens) do Qolibri.

Quadro 5. Rho de Spearman entre o Qolibri (total e subescalas) e o HADS, o GOSE e o SF-36 (EFF - Escala de Funcionamento Físico e EFM - Escala de Funcionamento Mental) (n = 228)

	SF-36		HADS		GOSE
	EFF	EFM	Ansiedade	Depressão	
QOLIBRI	.569 **	.586*	-.597**	-.621**	.454**
Cognitivo	.373**	.411*	-.486**	-.523**	.293**
Self	.493**	.555*	-.476**	-.635**	.345**
Vida diária	.597**	.526*	-.364**	-.473**	.640**
Social	.260**	.341*	-.351**	-.387**	.251**
Emocional	.359**	.460*	-.601**	-.465**	.122
Físico	.508**	.361*	-.409**	-.360**	.388**

* p<.05; ** p<.01

Analisando o Quadro 5 podemos constatar que existe correlação moderada, no sentido esperado, entre as pontuações do *QOLIBRI* e as do SF-36 (EFF e EFM), *GOSE* e *HADS*. Estes valores são semelhantes aos encontrados pela equipa internacional do Qolibri (von Steinbuchel et al., 2010).

A versão portuguesa do *QOLIBRI* apresenta elevada consistência interna, forte estabilidade, a mesma estrutura fatorial do questionário original e bons indicadores de validade. Na sua versão final, compõe-se por 37 itens distribuídos por seis subescalas: cognitivo, self, autonomia, relações sociais, emocional e físico. Este questionário demonstrou ser uma ferramenta específica para avaliar a QdV após a LCA, capaz de apreender os diferentes aspetos particulares desta condição. Aspetos esses, determinantes na funcionalidade do sujeito e não avaliados por ferramentas generalistas de avaliação da QdV. Sendo um instrumento sensível à especificidade da LCA, fiável e de autoavaliação propõe-se a sua utilização como indicador de avaliação de impacto em programas de reabilitação. Tendo em conta que a versão portuguesa é idêntica, na sua estrutura fatorial, ao questionário original e às suas diferentes versões (Francês, Neerlandês, Inglês, Finlandês, Italiano e Alemão), sugere-se a sua utilização na comparação de resultados transculturais.

Sabendo que a autoconsciência é uma competência frequentemente alterada em lesões frontais, recomenda-se o desenvolvimento de uma versão do *QOLIBRI* de heteroavaliação, a ser preenchida

por um “outro significativo”. Contribuindo desta forma, para avaliar a concordância entre avaliadores e aferir da consciência do sujeito na avaliação da sua QdV.

REFERENCIAS

- Berger, E., Leven, F., Pirente, N., Bouillon, B., & Neugebauer, E. (1999). Quality of Live after traumatic brain injury: a systematic review of the literature. *Restorative Neurology and Neurocience*, 14, 93-102.
- Bullinger, M., Peterson, C., von Steinbuchel, N., & the TBI-Group. (2005). Cross-cultural development of health-related quality of life measures after traumatic brain injury. *Acta Neuropsychol*, 3(1/2), 69-78.
- Corrigan, J.D., Smith, K., & Granger, C.V. (1998). Outcomes in the first 5 years after traumatic brain injury. *Archivess of Physical Medicine & Rehabilitation*, 79(3), 298-305.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão Portuguesa do MOS *SF-36*. Parte II--Testes de validação. *Ata Medica Portuguesa*, 13(3), 119-27.
- Lezak, M., Howieson, D, & Loring, D., (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- McDonald, R. P. & Ho, M. R. (2002). Principles and Practice in Reporting Structural Equation Analyses. *Psychological Methods*, 7 (1), 64-82.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Eds.), *Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Schipper, H.; Chinch, J., & Powel, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In: B. Spiker (Ed.), *Quality of life assessment in clinical trials* (pp. 95-113). New York: Raven Press.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. *Lancet*, 2, 81-84.
- Truelle, J.L., Koskinen, S., Hawthorne, G., Saarajuri, J., Formisano, R., von Wild, K., Neugebauer, E., Wilson, L., Gibbons, H., Powell, J., Bullinger, M., Hofer, S., Maas, A., Zitnay, G., Von Steinbuchel, N., & QOLIBRI Task Force. (2010). Quality of life after traumatic brain injury: The clinical use of the QOLIBRI, a novel disease-specific instrument. *Brain Injury*, 24(11), 1272-1291.

- Ullman, J. B. (2006). Structural equation modelling: reviewing the basics and moving forward. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 35-50.
- Von Steinbuchel, N., Richter, S., Morawetz, C., & Riemsma, R. (2005). Assessment of subjective health and health-related quality of life in persons with acquired or degenerative brain injury. *Current Opinion In Neurology*, 18(6), 681-91.
- Von Steinbuchel, N., Wilson, L., Gibbons, H., Hawthorn, G., Hofer, S., Schmidt, S., Bullinger, M., Maas, A., Neugebauer, E., Powell, J., Wild, K., Zitnay, G., Bakx, W., Christensen, A-L., Koskinen, S., Saarajuri, S., Formisano, R., Sasse, N., Truelle, J.L., & QOLIBRI Task Force. (2010). Quality of life after brain injury (QOLIBRI): Scale development and metric properties. *Journal of Neurotrauma*, 27, 1167-1185.
- WHO (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Wilson, J.T., Pettigrew L.E., & Teasdale, G.M. (1998). Structured interviews for the Glasgow Outcome Scale and the Extended Glasgow Coma Scale: Guidelines for their use. *Journal of Neurotrauma*, 15, 573-585.
- Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

VIVÊNCIAS DE STRESS DO DOENTE NEUROCIRÚRGICO NO PRÉ- OPERATÓRIO

ANA GUERREIRO 1, LÍGIA LIMA 2 & MARIA CELESTE ALMEIDA 2

A ansiedade e o stresse são comuns na vivência dos doentes que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan, 2007; Pritchard, 2011; Wetsch et al., 2009). Porque constituem sensações desconfortáveis e podem ter consequências no tratamento do doente, tem-se verificado um interesse crescente no estudo dos factores causais (Caumo et al., 2001; Gallagher & McKinley, 2007), das repercussões a nível da cirurgia e recuperação do doente (Deyirmenjian, Karam, & Salameh, 2006; Kagan & Bar-Tal, 2008; Maranets, & Kain, 1999), e ainda, das intervenções para diminuir a ansiedade e o stresse (Fern, 2008; Jlala, French, Foxall, Hardman, & Bedfordth, 2010; Pinar, Kurt, & Gungor, 2011).

Os estudos que focam a ansiedade e o stresse são múltiplos, abarcando diferentes tipos de cirurgia: cirurgia ginecológica (Maranets & Kain, 1999; Pinar, Kurt, & Gungor, 2011), cirurgia da mama (Binns-Turner, Wilson, Pryor, Boyd, & Prickett, 2011), artroplastia da anca e do joelho (Kagan & Bar-Tal, 2008) e cirurgia cardíaca (Gallagher & McKinley, 2007). Relativamente à neurocirurgia, especialidade médica de desenvolvimento relativamente recente, vocacionada para o tratamento das doenças do sistema nervoso e suas estruturas envolventes, existe pouca informação acerca da incidência e gravidade da ansiedade pré-operatória em doentes submetidos a cirurgia programada (Perks, Chakravarti, & Manninen, 2009).

Existe por vezes uma sobreposição entre os conceitos de ansiedade e de stresse e os dois termos são utilizados indistintamente por muitos autores. A ansiedade (estado) é uma resposta emocional que envolve sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, acompanhada por um aumento da actividade do sistema nervoso autónomo, é situacional e transitória, não persistindo para além do episódio causal (Caumo et al., 2001). A ansiedade também tem sido definida como um sintoma, representando a reacção ao stresse e *distress* psicológico resultantes de situações de ameaça ou perigo (Lachman, 1983, cit in Kagan, & Bar-Tal, 2008). O stresse é um processo de interacção da pessoa com o meio, mediado por uma dimensão cognitiva, a partir do qual emerge uma avaliação acerca do carácter mais ou menos ameaçador (ou stressor) da situação (Lazarus & Folkman, 1984).

1-HOSPITAL S. JOÃO; 2-ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO.

Considera-se que existe stress se a situação é avaliada como prejudicial, excedendo os recursos individuais e ameaçando o bem-estar da pessoa.

É consensual que o internamento hospitalar para realização de uma cirurgia, independentemente do seu grau de complexidade, produz sempre um certo nível de stress e ansiedade nos doentes. A investigação tem demonstrado que a cirurgia não é um stressor unidimensional, mas que existem múltiplos aspectos responsáveis pelo seu carácter ameaçador, nomeadamente, aqueles que se relacionam directamente com os procedimentos (e. g., anestesia, algaliação, sintomas pós-cirurgia, processos de cicatrização, imobilidade, etc) e aqueles que se relacionam com as consequências da intervenção (e. g., aspectos económicos, afastamento da família e trabalho).

Segundo os resultados de um estudo realizado por Jawaid e colaboradores (2007) com doentes submetidos a vários tipos de cirurgia (hepato-biliar, gastrointestinal, mama, ano-rectal, testicular, tiróide e hérnias) os factores que mais contribuem para a ansiedade pré-operatória são: preocupação com a família, medo de complicações, o resultado da cirurgia e a dor no pós-operatório, e os doentes parecem recear mais o procedimento cirúrgico do que o anestésico. A ansiedade é vivenciada de forma e intensidade diferente de acordo com a influência de outros factores. Por exemplo, em cirurgias electivas as mulheres apresentam maior nível de ansiedade do que os homens (Badner, Nielson, Munk, Kwiatkowska, & Gelb, 1990; Perks, Chakravarti, & Manninen, 2009), e experiências cirúrgicas prévias associam-se a uma diminuição da ansiedade (Badner et al., 1990; Caumo et al., 2001).

As consequências da ansiedade são múltiplas: a ansiedade dificulta a gestão e controlo da dor no pós-operatório (Thomas, Heath, Rose, & Flory, 1995), aumenta a necessidade de medicação analgésica neste período (Durling, Milne, Hutton, & Ryan, 2007), prolonga o tempo de convalescença (Wallace, 1984), e ainda, aumenta os requisitos anestésicos durante a cirurgia (Maranets & Kain, 1999). O reconhecimento das causas e das repercussões da ansiedade e do stress no doente cirúrgico, são uma mais-valia para ajudar os profissionais de saúde a desenvolverem intervenções (Pritchard, 2010), com o objectivo de diminuir os níveis de ansiedade e ajudar o doente a lidar de forma mais saudável e eficaz com o processo cirúrgico.

A ansiedade pré-operatória é um problema para os doentes com tumor cerebral, e tem implicações relevantes em termos clínicos, no entanto não existem instrumentos específicos para este grupo de doentes (Goebel, Kaup, & Mehdorn, 2011).

No estudo de Perks e colaboradores (2009), os doentes neurocirúrgicos apresentaram níveis elevados de ansiedade, com maior incidência nas mulheres, e a necessidade de informação foi mais expressa pelos doentes mais ansiosos. Reconhecendo os medos enraizados em crenças sobre a incapacidade e o risco de vida associados à neurocirurgia, consideramos fundamental o estudo das vivências do doente no pré-operatório, com o objectivo de identificar os factores indutores de stress e ansiedade, perspectivando identificar práticas que vão de encontro às necessidades dos doentes.

Atendendo que a investigação nesta área é escassa e de natureza quantitativa, e uma vez que foi nossa intenção compreender o fenómeno na sua globalidade, a partir da perspectiva dos doentes, optamos por uma abordagem qualitativa no presente estudo.

MÉTODO

Participantes

O estudo realizou-se no Serviço de Neurocirurgia de um Hospital Central da zona norte de Portugal. Critérios de inclusão: adultos, internados na véspera da cirurgia programada, sem alterações cognitivas e que aceitaram participar no estudo.

Participaram no estudo 12 doentes de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 32 e os 64 anos. Seis dos participantes sofriam de patologia raquidiana e os outros seis de patologia cerebral.

Material

Entrevistas semi-estruturadas, gravadas com suporte de áudio e posteriormente transcritas na íntegra para análise. Com base na literatura acerca da temática em estudo, foi elaborado um guião estruturado com os principais temas a abordar na entrevista junto dos participantes.

Procedimento

Após a autorização do hospital, os doentes que aceitaram participar e assinaram o consentimento informado, foram entrevistados no dia antes da cirurgia.

RESULTADOS

A análise de conteúdo foi o método utilizado na análise e tratamento dos dados.

Da análise das entrevistas emergiram várias categorias embora neste estudo sejam apenas apresentadas e discutidas as categorias que se relacionam mais directamente com as vivências de stresse, nomeadamente: a expressão da ansiedade, a ameaça da cirurgia, o processo de hospitalização, a doença e as experiências cirúrgicas anteriores.

Expressão de Ansiedade

Embora os participantes tenham descrito uma variedade de emoções e sentimentos, que incluíam inclusive afectos positivos como alívio (por ver resolvida a sua situação clínica), a maioria destacou a ansiedade como o afecto mais predominante. A descrição de estados de ansiedade foi feita através do relato de sentimentos de apreensão, e ainda através da presença de sintomas do tipo cognitivo e somático, pelo que estas duas sub-categorias foram consideradas. Como exemplo dos sentimentos de

apreensão podemos citar *“O stresse está cá dentro, é uma energia forte, uma tensão enorme, nota-se. Agora há uma dor ... uma dor nostálgica”* (E9). Dentro dos sintomas mais frequentemente relatados estiveram: as dificuldades de sono, *“Nesta fase não descanso, durmo 2 a 3 horas por noite.”* (E9); a falta de apetite e a perda de peso, *“... também emagreci estes dias.”* (E10); e a desorientação *“Há dias que tenho sentido desorientação, falta de concentração, de atenção. Pois, a preocupação também contribui para isso, com certeza.”* (E11).

A ameaça da cirurgia

Nesta categoria foram agrupadas unidades que expressavam os receios e preocupações vivenciados pelos participantes relativamente a todo ao processo cirúrgico. Foram também definidas as seguintes subcategorias: representação acerca do local anatómico da cirurgia; receio da anestesia; preocupações em torno do pós-operatório, da dor e da morte.

Na subcategoria “Representação acerca do local anatómico da cirurgia” agruparam-se unidades que expressam preocupações relativamente à importância e fragilidade do local a ser intervencionado, cuja integridade é fundamental para o funcionamento e bem-estar. Embora a presença deste tipo de relatos tenha sido mais notória no grupo que ia realizar cirurgia cerebral, foi igualmente referido por participantes de cirurgia raquidiana. Como exemplo das verbalizações deste último grupo: *“É um sítio muito melindroso”* (E1).

No grupo de participantes de cirurgia cerebral, a ameaça inerente ao local anatómico da cirurgia é sentida de uma forma ainda mais intensa e pareceu existir uma maior consciência acerca de potenciais riscos, como está patente nas seguintes verbalizações: *“O cérebro comanda tudo no nosso corpo, então se houver alguma situação, seja o que for acho que é importante.”* (E7); *“Mas operar a cabeça...é qualquer coisa que...que me choca, que me choca muito...”* (E8).

Em relação à sub-categoria do “receio da anestesia”, foram descritas preocupações relacionadas com o desconhecimento dos processos anestésicos, daquilo que pode acontecer enquanto se encontra sob o efeito da anestesia e com o medo de não acordar, como por exemplo, *“ (...) de ficar muito tempo a dormir se calhar, não sei. Tenho medo também, pronto.”* (E7) e *“A nossa vida está muito dependente das mãos do anestesista.”* (E8).

No pós-operatório as preocupações expressam-se ao nível da incerteza do futuro e do desconhecimento sobre o resultado da cirurgia. De notar que a gravidade do diagnóstico antes da cirurgia marca de uma forma determinante o relato dos participantes. São feitas referências às consequências e limitações que a cirurgia pode provocar, ao nível de incapacidade física: *“Sei lá, a gente vê tanta coisa, possa deixar de andar, ... Sentir que possa pôr os pés no chão, é só isso que é a minha preocupação.”* (E1); *“Tenho medo, de não ficar como eu estou agora. Tenho medo de perder, mesmo que seja temporário, algumas capacidades. Não ter mobilidade. Tenho medo de ficar com alguma sequela.”* (E7). As unidades das subcategorias relativas aos receios em torno da dor e da morte

foram as menos presentes: “ (...) *também tenho medo da dor que possa sentir (...) de ter dores, que não consiga suportar.* ” (E7); “*Tenho medo de ficar na operação (choro).*” (E2).

O Processo de Hospitalização

Na categoria “Processo de Hospitalização”, foram definidas três sub-categorias: a permanência no serviço de internamento; a separação da família e a interrupção da actividade profissional. Na primeira sub-categoria foram incluídas unidades de registo que faziam referência às dificuldades de integração num ambiente estranho e a permanência no serviço de internamento, como está patente no seguinte exemplo: “...*essa questão de vir para o hospital é obviamente um bocado stressante, porque não tenho as minhas coisas, não estou em casa, (...) uma pessoa não está a vontade, não é?*” (E7).

Foram ainda referidos receios em torno das dificuldades em estar longe dos familiares, “...*é porque tenho um filho de 12 anos e custa e estar longe dele. Custa largar o menino.*” (E1), e preocupações quanto à necessidade de interromper a actividade profissional - “*Sabe (...) Tenho que meter baixa, sou contratada, é de ano a ano e a gente acaba sempre por estar com aquele receio, não é?*” (E6).

A Doença

A categoria “Doença” descreve qualquer referência às situações de doença que justificam a necessidade da cirurgia, assim como relatos da sua evolução. Verificou-se que os participantes que iam ser submetidos a cirurgia raquidiana se mostravam mais receptivos ao tratamento cirúrgico, dada a diminuição da qualidade de vida provocada pela dor e limitações físicas associadas à doença “*Porque é mau, tenho mesmo algumas limitações em termos da minha vida normal. Reduziu bastante a qualidade vida, portanto não consigo estar mais de 10 minutos em pé, não consigo caminhar mais do que 50 a 100 metros.*” (E3). Já nos participantes de cirurgia cerebral, nomeadamente aqueles cuja doença se encontrava camuflada, sem sinais visíveis ou apenas com pequenos sinais, e por isso, subestimados e desvalorizados, foi notório o impacte mais dramático do diagnóstico e da necessidade de realizar a cirurgia “*Porque eu estou bem, não me sinto doente. Ok, desmaiei mas tanta gente que desmaia e que não tem, e o desmaio não teve nada a ver uma coisa com a outra, e eu estou bem como sempre estive, e agora vou, pronto, vou ser operada, e tenho um tumor.*” (E7).

As Experiências Cirúrgicas Anteriores

Esta categoria inclui unidades que fazem referência a experiências anteriores que de alguma forma influenciaram as vivências dos participantes no período pré-operatório. Foram descritas experiências negativas, como por exemplo “*A única coisa que eu às vezes penso, é que, das duas vezes que eu fui operada acordei a vomitar, e é horrível.*” (E6); e também experiências positivas: “*Acordei bem, e estava bem eu acordei como se nada fosse. A primeira vez foi cinco estrelas.*” (E1).

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que no período pré-operatório, os doentes de neurocirurgia vivenciam uma série de emoções e sentimentos, entre os quais se destaca ansiedade, o que vai de encontro a estudo prévios (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan, 2007; Pritchard, 2010; Wetsch, et al., 2009). Foi ainda notória através dos relatos, a percepção de stresse associado ao evento da cirurgia, tendo sido identificados e descritos vários tipos de factores que funcionam como estímulos desencadeantes de stresse, o que também reforça a investigação anterior que descreve as intervenções cirúrgicas como stressores multidimensionais (Caumo et al., 2001).

Associadas ao acto cirúrgico, os doentes referiram várias circunstâncias que percebem como sendo de potencial ameaça. As representações em torno do local anatómico a ser operado, independentemente de ser a coluna vertebral ou o cérebro, foram de potencial incapacidade e risco de vida, o que havia sido já descrito por Perks e colaboradores (2009). Foram ainda referidos receios em torno dos processos anestésicos, dos desconfortos pós-operatórios e do sucesso terapêutico. É de referir que relativamente a esta categoria foram encontradas diferenças entre os doentes com patologia raquidiana e os doentes com patologia cerebral, na medida em que o segundo grupo transmitiu uma maior focalização nos riscos cirúrgicos e das suas consequências a longo prazo.

As características da doença que justificou a necessidade da intervenção terapêutica foram também mencionadas de forma diferente pelos doentes com patologia raquidiana e com patologia cerebral. Enquanto para os doentes de patologia raquidiana a cirurgia surge como uma solução para um problema de saúde, que até então, terá diminuído consideravelmente a sua funcionalidade e qualidade de vida; para os doentes de patologia cerebral, a cirurgia é a confirmação de uma situação de doença grave, cuja resolução não estará tão certa como nas cirurgias da coluna, gerando por isso maior stresse. Estas especificidades relativas ao carácter significativamente ansiogénico da cirurgia intra-craniana foram já identificadas em outros estudos (Goebel, Kaup, & Mehdorn, 2011).

Tal como em investigações prévias, os doentes apontaram ainda como factores de stresse, circunstâncias associadas ao processo de hospitalização, nomeadamente a separação da família e o afastamento da sua vida socioprofissional (Pritchard, 2011). Por fim, foi possível identificar o papel das experiências prévias de cirurgia, ora como situações potenciadoras de stresse se foram experiências negativas, ora como atenuadoras da ansiedade, pela possibilidade de antecipar os processos e sensações associados à cirurgia.

Os dados obtidos traduzem a singularidade da vivência dos doentes, mas também a sua necessidade de suporte no período pré-operatório. Para além da preparação física, os doentes necessitam de apoio emocional e psicológico, a fim de desenvolverem estratégias adaptativas face ao stresse e ansiedade que experimentam.

A visita pré-operatória, sendo uma oportunidade para o doente colocar questões, expressar os seus medos e preocupações (Durling et al., 2007), pode ser uma alternativa à prática existente no serviço onde foram realizadas as entrevistas, porque permite a transmissão de informação, verbal e mesmo com suporte escrito, de âmbito geral e centrada nas necessidades específicas de cada doente, atendendo às suas características sócio-culturais.

REFERÊNCIAS

- Badner, N. H., Nielson, W. R., Munk, S., Kwiatkowska, C., & Gelb, A. W. (1990). Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anesthesia*, 37(4), 444-447.
- Binns-Turner, P. G., Wilson, L., Pryor, E. R., Boyd, G. L., & Prickett, C. A. (2011). Perioperative Music and Its Effects on Anxiety, Hemodynamics, and Pain in Women Undergoing Mastectomy. *AANA Journal*, S21-S27.
- Caumo, W., Schmidt, A., Schneider, C., Bergmann, J., Iwamoto, C., Bandeira, D., & Ferreira, M. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(3), 298-307.
- Deyirmenjian, M., Karam, N., & Salameh, P. (2006). Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? *Patient Education and Counseling*, 62(1), 111-117.
- Durling, M., Milne, D., Hutton, N., & Ryan, S. (2007). Decreasing patients preoperative anxiety: a literature review. *Australian Nursing Journal*, 14(11), 35.
- Fern, P. (2008). Hypnosis to alleviate perioperative anxiety and stress: a journey to challenge ideas. *Journal of Perioperative Practice*, 18(1), 14-16.
- Gallagher, R., & McKinley, S. (2007). Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 248-257.
- Goebel, S., Kaup, L., & Mehdorn, H. M. (2011). Measuring Preoperative Anxiety in Patients With Intracranial Tumors: The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 23(4), 297-303.
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-148.
- Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedforth, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104 (3), 369-374.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

- Kagan, I., & Bar-Tal, Y. (2008). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 576-583.
- Maranets, I., & Kain, Z. N. (1999). Preoperative Anxiety and Intraoperative Anesthetic Requirements. *Anesthesia & Analgesia*, 89, 1346-1351.
- Perks, A., Chakravarti, S., & Manninen, P. (2009). Preoperative Anxiety in Neurosurgical Patients. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 21(2), 127-130.
- Pinar, G., Kurt, A., & Gungor, T. (2011). The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. *World Journal of Surgical Oncology*, 9(1), 38-45.
- Pritchard, M. (2010). Measuring anxiety in surgical patients using a visual analogue scale. *Nursing Standard*, 25(11), 40-44.
- Pritchard, M. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25(51), 35-39.
- Thomas, V., Heath, M., Rose, D., & Flory, P. (1995). Psychological characteristics and the effectiveness of patient-controlled analgesia. *British Journal of Anaesthesia*, 74, 271-276.
- Wallace, L.M (1984). Psychological preparation as a method of reducing the stress of surgery. *Journal of Human Stress*, 10(2), 62-77.
- Wetsch, W. A., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Heinz-Erian, P., & Benzer, A. (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 103(2), 199-205.

ASMA NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: PERCEPÇÕES DE DOENÇA E ADESAO À TERAPÊUTICA

TERESA GUIMARÃES & VANESSA FAÍSCA

As percepções que os doentes constroem relativas à doença e ao tratamento, são determinantes dos comportamentos que irão adoptar no confronto e adaptação à situação de doença. De acordo com o modelo de auto-regulação (Leventhal & Nerenz, 1985), face à ameaça que a doença constitui, o indivíduo vai desenvolver, a partir do processamento da informação disponível (profissionais de saúde, comunicação social, experiências prévias de doença), representações cognitivas e emocionais – crenças leigas -, que vão determinar as estratégias de coping a que recorrerá para lidar com a situação (Hagger & Orbell, 2003; Scharloo & Kaptein, 1998).

Mas este é um processo dinâmico, em que a exposição a novas informações (por exemplo, por intervenção dos profissionais de saúde) e a constante avaliação dos resultados das suas acções, faz com que as representações de doença e estratégias de coping adoptadas pelo indivíduo se possam ir alterando ao longo do tempo (French & Weinman, 2008).

A adesão à terapêutica constitui, precisamente, uma das possíveis estratégias de *coping* que o doente pode eleger no âmbito das acções que desenvolve para responder à situação de doença, sendo condicionada pelas percepções relativas à necessidade de medicação, mediadas pela preocupação quanto aos efeitos negativos de a tomar (Cook, 2008; Horne et al., 2007; Horne & Weinman, 2002). No caso particular da asma, a questão da adesão à terapêutica reveste-se de importância fundamental, tendo em conta não só as características específicas da própria doença, como as da medicação, nomeadamente a de carácter preventivo.

A asma caracteriza-se por uma inflamação crónica das vias aéreas, que ficam obstruídas, originando episódios de exacerbação em que se verificam sintomas de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse. Esta obstrução das vias aéreas, que ocorre em graus variáveis, é reversível espontaneamente ou através de tratamento. Estamos, pois, perante uma doença cuja cronicidade advém de uma situação inflamatória de base, frequentemente assintomática, revestindo-se as fases sintomáticas de um carácter episódico (Comissão Para o Programa da Asma, 2000; Global Initiative for Asthma [GINA], 2010).

As percepções que os doentes desenvolvem vão reflectir, justamente, estas características da doença, entendida como uma condição episódica, em que os períodos sem sintomas correspondem a períodos livres de doença, condicionando a avaliação que fazem da necessidade de medicação e, consequentemente os seus comportamentos de adesão. Consideram que a sua condição não necessita de terapêutica diária, reconhecendo a sua importância apenas quando sintomáticos, o que favorece a não adesão à medicação preventiva a longo prazo e consequente uso exagerado da medicação para alívio rápido, nos períodos de exacerbação (Halm, Mora, & Leventhal, 2006; Horne et al., 2007).

Com efeito, dos participantes no estudo INSPIRE (Partridge, van der Molen, Myrseth, & Busse, 2006), 39% consideravam que não necessitavam tomar a medicação diariamente quando se sentiam bem e cerca de 70% referiram preferir ajustar a toma de medicamentos às mudanças na sua asma, tomando menos medicamentos quando se sentiam bem.

Numa meta análise desenvolvida por Kaptein et al.(2008), os autores verificaram que em todos os estudos analisados as percepções de doença apresentavam forte associação com a adesão: doentes que referiam baixa percepção de controlo, que percepcionavam a asma como sendo episódica e como tendo poucas consequências adversas, eram menos aderentes.

Jessop e Rutter (2003), por seu lado, verificaram que os indivíduos que percepcionavam a sua asma como podendo ser controlada, apresentavam maior probabilidade de aderirem à medicação, ao contrario dos que acreditavam que a sua asma era causada por factores externos, em que esta probabilidade diminuía.

Mas também as características da medicação podem contribuir para aumentar a não adesão, uma vez que se trata de medicação preventiva – tomada diariamente e a longo prazo - que, embora permita manter a asma sob controlo, prevenindo o aparecimento de sintomas e de crises, não proporciona um benefício observável imediato ao doente, ao contrario da medicação que permite o alívio imediato dos sintomas e cuja toma constitui, por isso, resposta quase automática à presença de sintomatologia (Jessop & Rutter, 2003).

No entanto, o impacto da doença é sentido aos vários níveis da vida dos doentes, que referem as restrições às actividades do dia-a-dia e a carga emocional da doença – nomeadamente o medo que sentem quando os sintomas aumentam de intensidade – como os aspectos mais marcantes (Partridge et al., 2006). Esta afectação da Qualidade de Vida nos doentes asmáticos, reforça a importância de um controlo eficaz da doença, em que o doente desempenha papel fundamental e cujos objectivos são, de acordo com as guidelines internacionais (GINA, 2010), prevenir os sintomas incómodos, evitar crises graves, diminuir a necessidade de medicação de alívio, alcançar uma vida produtiva e fisicamente activa e ter uma função respiratória normal, ou próxima do normal.

Constituindo a não adesão à terapêutica preventiva na asma importante barreira a que seja alcançado um nível óptimo de controlo da doença, controlo este que é fortemente influenciado pelas

crenças relativas à doença e ao tratamento (Horne et al., 2007), importa que os profissionais de saúde adquiram uma melhor compreensão da perspectiva dos doentes e tomem consciência de que as suas crenças podem ser modificadas, através de uma intervenção individualizada, centrada no doente, que promova o seu envolvimento em comportamentos de auto-controlo mais eficazes.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 33 estudantes asmáticos do ensino superior, 60,6% do sexo feminino, de idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos ($M=20,33$; $dp=2,04$). 42,4% referiu não ter tido nenhuma crise de asma nos últimos 12 meses e 39,4% entre 1 e 3. 75,8% tem prescrita medicação preventiva a longo prazo (30,3% em associação com medicação para alívio rápido), dos quais apenas 28% a tomam diariamente, enquanto 68% refere tomar esta medicação apenas em SOS ou em períodos de maior exacerbação. 45,5% referiu não ter usado medicamentos para alívio rápido nas últimas 4 semanas e 30,3% usaram-nos no máximo 1 vez/semana.

Material

Para além de um questionário de caracterização da amostra, foram utilizados no nosso estudo o *Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)* e a *Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)*.

O *IPQ-R* (Moss-Morris et al., 2002; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003) é uma versão revista do *IPQ*, e tem como objectivo a avaliação dos componentes da representação de doença do modelo de auto-regulação. É constituído por 9 sub-escalas, organizadas em 3 secções.

A 1ª secção corresponde à sub-escala *Identidade*, em que são apresentados 14 sintomas habituais de doença, devendo os participantes indicar quais os sintomas presentes desde o início da doença e quais destes considera relacionados com a doença, constituindo a soma destes a pontuação da sub-escala. A valores mais elevados corresponde uma mais forte identidade da doença.

A 2ª secção inclui as sub-escalas *Duração* (aguda/crónica e cíclica), *Consequências*, *Controlo* (pessoal e de tratamento), *Coerência da doença* e *Representação emocional*, num total de 38 itens. As respostas são dadas numa escala tipo Likert de 5 pontos, entre “discordo plenamente” e “concordo plenamente”. Nas sub-escalas *Duração* e *Consequências*, pontuações mais elevadas correspondem a uma percepção da doença como mais crónica e de natureza cíclica e com consequências mais graves. Nas sub-escalas de *Controlo*, quanto maior a pontuação, mais fortes as percepções de controlo. Para as sub-escalas *Representação emocional* e *Coerência*, valores mais elevados correspondem a uma representação emocional mais negativa e a uma menor compreensão da doença.

Na última secção encontramos a dimensão *Causas*, sendo apresentado um conjunto de 18 possíveis causas de doença, sendo as respostas dadas no mesmo tipo de escala. Quanto maior o valor encontrado, maior a concordância com essa atribuição causal.

A *MAT* (Delgado & Lima, 2001) tem como objectivo a detecção do nível de adesão aos tratamentos medicamentosos e é constituída por 7 itens, aos quais se responde numa escala tipo Likert de 6 pontos, que variam entre “sempre” e “nunca”. O nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número total de itens, correspondendo os valores mais elevados a um maior nível de adesão dos respondentes.

Procedimento

A amostra foi constituída no âmbito de um projecto realizado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa com estudantes asmáticos. Aos estudantes que acediam a colaborar neste trabalho, eram entregues os questionários, que seriam devolvidos posteriormente.

Após a recolha dos questionários, os dados foram inseridos em suporte informático - programa SPSS -, para realização dos procedimentos estatísticos, tendo sido utilizado, para além da estatística descritiva, a correlação de Spearman.

Relativamente à análise descritiva dos dados do *IPQ-R*, foi calculada a percentagem de indivíduos que obtinham uma pontuação acima do ponto médio de cada sub-escala, que constitui uma indicação da proporção de indivíduos com concepções particularmente fortes de cada constructo em análise (Horne & Weinman, 2002). No caso específico da escala *Causas de doença*, foram consideradas como causas atribuídas à asma as respostas nas opções “Concordo plenamente” e “Concordo”.

RESULTADOS

Percepções de doença

O Quadro 1 apresenta os resultados para cada sub-escala do *IPQ-R*, nomeadamente valores de fidelidade (α de Cronbach) para a amostra em estudo, estatística descritiva e proporção de indivíduos da amostra com pontuações acima do ponto médio da sub-escala. Os domínios identidade e causas da doença serão tratados separadamente.

Os valores do α de Cronbach encontrados estão dentro dos valores indicados por outros autores (Moss-Morris et al., 2002; Santos et al., 2003), excepto para a sub-escala *Controlo de tratamento*, em que se verifica um valor relativamente baixo.

Quanto à duração da doença, os indivíduos percebem a sua asma como uma doença crónica (93,7% com pontuações acima do ponto médio da sub-escala), que não vai passar depressa, nem vai melhorar com o tempo. Atribuem à doença um carácter cíclico, com fases em que a doença melhora e

fases em que piora. Não evidenciam uma percepção muito negativa das consequências da doença, embora considerem que esta tem alguma repercussão nas suas vidas.

Os indivíduos revelam uma forte percepção de controlo da doença, quer através dos seus comportamentos – que têm efeito na doença, determinando a sua melhoria ou agravamento –, quer através do tratamento – que pode prevenir ou evitar os efeitos negativos da asma –, embora reconheçam que a doença não pode ser curada.

QUADRO 1. Resultados no IPQ-R

Escala	Nº itens	Alpha Cronbach	de Amplitude pontuação	<i>M (DP)</i>	Pontuação acima ponto médio (%)
Duração (aguda/crónica)	6	0,79	6 – 30	19,41 (4,41)	93,7
Consequências	6	0,76	6 – 30	14,09 (3,74)	60,7
Controlo Pessoal	6	0,68	6 – 30	23,48 (2,98)	100
Controlo Tratamento	5	0,53	5 – 24	19,24 (2,08)	100
Coerência	5	0,87	5 – 25	19,88 (3,74)	97
Duração (cíclica)	4	0,70	4 – 20	12,36 (2,73)	90,9
Representação emocional	6	0,86	6 – 30	13,09 (4,67)	51,6

Quanto à sub-escala Coerência da doença, os indivíduos embora considerando que compreendem a sua doença e que esta não constitui um mistério para si, reconhecem que os sintomas os confundem. No que se refere à Representação Emocional, os indivíduos não associam emoções muito negativas à doença, embora reconheçam que a sua asma os preocupa.

Para as sub-escalas Identidade e Causas foram encontrados valores de $\alpha=0,49$ e $\alpha=0,84$, respectivamente. Tendo em conta as características específicas da sub-escala Identidade, o valor encontrado não é relevante, tal como os próprios autores reconhecem (Moss-Morris et al., 2002).

Relativamente à Identidade da doença, os indivíduos indicam, no máximo, 8 sintomas que relacionam com a sua asma, referindo a maioria (66,7%) entre 4 e 6 sintomas ($M=4,64\%$; $dp=1,65$), sendo os mais referidos “dificuldade em respirar” (97%), “falta de ar” (94%), “fadiga” (78,8%) e “dificuldade em dormir” (63,6%).

Os indivíduos da amostra atribuem poucas causas à sua doença, a maioria (34,4%) atribuindo apenas 2 causas, nomeadamente “Poluição do ambiente” (62,5%), “Alteração das defesas do organismo” (53,1%), “Hereditariedade” (43,8%) e “Comportamento” (34,4%).

Adesão ao tratamento

Relativamente à fidelidade da MAT, foi encontrado um valor de $\alpha=0,83$, para a amostra em estudo.

Os resultados revelam um bom nível de adesão ($M=4,59$; $dp=0,96$, para uma pontuação máxima de 7) dos indivíduos da amostra, que revelam uma baixa frequência de comportamentos de não adesão à terapêutica medicamentosa (Quadro 2). De salientar, no entanto, o facto de 45,2% dos sujeitos referir ter deixado de tomar os medicamentos para a asma por se terem sentido melhor.

QUADRO 2. Resultados na MAT

Itens MAT	Frequência de respostas de não adesão (%)*
Esqueceu-se de tomar os medicamentos	22,6
Foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos	29,0
Deixou de tomar os medicamentos por se sentir melhor	45,2
Deixou de tomar os medicamentos por se sentir pior	6,5
Tomou mais comprimidos por se sentir pior	9,7
Interrompeu a terapêutica por falta de medicamentos	12,9
Interrompeu a terapêutica sem ser por indicação do médico	25,8

* respostas nas opções *sempre, quase sempre, com frequência*

Percepções de doença e adesão à terapêutica

Verifica-se uma correlação negativa significativa entre o nível de adesão e a pontuação na sub-escala de *Duração (cíclica)* da doença ($rs(30) = -0,38$; $p < 0,05$) e na sub-escala de *Representação emocional* ($rs(30) = -0,48$; $p < 0,01$).

DISCUSSÃO

De um modo geral, podemos dizer que os indivíduos percebem a sua asma como uma condição crónica, de carácter cíclico, à qual não associam consequências muito negativas e que pode ser controlada (embora não curada) pela sua acção e/ou tratamento. E embora se verifique um bom nível de adesão, a maioria dos indivíduos utiliza a medicação preventiva prescrita apenas em períodos de maior exacerbação (SOS), referindo muitos deles parar a terapêutica quando se sentem melhor.

Estes resultados, e o facto de se verificar uma correlação negativa entre a adesão e a percepção da natureza cíclica da doença, apontam para a existência, nestes estudantes, de crenças do tipo “sem sintomas, sem asma” (Halm et al., 2006), que se vai traduzir na forma como geram a terapêutica. Ou seja, os períodos assintomáticos parecem ser entendidos como fases livres de doença, em que os indivíduos consideram não ser necessário recorrer à terapêutica, preferindo ajustar a medicação de acordo com a sintomatologia.

Estas percepções vão, assim, potenciar os comportamentos de não adesão, em particular no que se refere à medicação preventiva, essencial para um controlo efectivo da asma, com consequências aos diversos níveis da vida dos doentes e deterioração da sua Qualidade de Vida.

Identificar e corrigir crenças inadequadas relativas à doença e tratamento e potenciar um envolvimento mais activo por parte do doente no controlo da sua asma, no âmbito de uma intervenção centrada no doente e adaptada às suas necessidades e objectivos, são pilares fundamentais na promoção da saúde e da Qualidade de Vida na asma.

REFERÊNCIAS

- Comissão Para o Programa da Asma. (2000). *Manual de boas práticas na asma*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Cook, P. F. (2008). Patients' and health practitioners' attributions about adherence problems as predictors of medication adherence. *Research in Nursing & Health*, 31, 261-273.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- French, D. P., & Weinman, J. (2008, January). Assessing illness perceptions: beyond the IPQ. *Psychology and Health*, 23 (1), 5-9.
- Global Initiative for Asthma. (2010). *Pocket guide for asthma management and prevention for adults and children older than 5 years*. Global Initiative for Asthma.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health*, 18 (2), 141-184.
- Halm, E. A., Mora, P., & Leventhal, H. (2006, March). No symptoms, no asthma. The acute Episodic disease belief is associated with poor self-management among inner-city adults with persistent asthma. *Chest*, 129 (3), 573-580.
- Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventive medication. *Psychology and Health*, 17 (1), 17-32.
- Horne, R., Price, D., Cleland, J., Costa, R., Covey, D., Gruffydd-Jones, K., et al. (2007). Can asthma control be improved by understanding the patient's perspective? *BMC Pulmonary Medicine*, 7(8).
- Jessop, D. C., & Rutter, D. R. (2003, October). Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychology and Health*, 18 (5), 595-612.
- Kaptein, A. A., Hughes, B. M., Scharloo, M., Fischer, M. J., Snoei, L., Weinman, J., et al. (2008). Illness perceptions about Asthma are determinants of outcome. *Journal of Asthma*, 45, 459-464.
- Leventhal, H., & Nerenz, D. R. (1985). The assessment of illness cognition. In P. Karoly, *Measurement strategies in health psychology* (pp. 517-554). New York: John Wiley & sons.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16.
- Partridge, M. R., van der Molen, T., Myrseth, S., & Busse, W. W. (2006, June 13). Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. *BMC Pulmonary Medicine*, 6. doi:10.1186/1471-2466-6-13, Retrieved August 10, 2011

Santos, C., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Adaptação e validação do "Revised Illness Perception Questionnaire" (IPQ-R) em doentes oncológicos. *Arquivos de Medicina*, 17 (4), 136-147.

Scharloo, M., & Kaptein, A. (1998). Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness: A review. In K. J. Petrie, & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (2nd ed.) (pp. 103-154). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

CONTRACEPÇÃO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: CRENÇAS DE ESTUDANTES DE FARMÁCIA E MEDICINA

TERESA GUIMARÃES, ÂNGELA VICENTE, LUÍS MIGUEL FARIAS, ANDRÉ COELHO, JOÃO

PEDRO & ANABELA GRAÇA

Os jovens constituem um grupo especialmente vulnerável em termos de saúde sexual e reprodutiva, devido ao envolvimento afectivo e entrega nos relacionamentos, por vezes precoce, e também pelos riscos ligados à actividade sexual (Fundo das Nações Unidas para a População, 2005 *cited in* Reis & Matos, 2007; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003). A ocorrência de uma gravidez indesejada e o contágio de infecções sexualmente transmissíveis (IST) são riscos potenciados, principalmente, pela prática de relações sexuais desprotegidas (Koniak-Griffin, Lesser, Uman, & Nyamathi, 2003).

Em Portugal, a elevada taxa de gravidez na adolescência – 15,5% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2010) –, e o número de casos de jovens infectados pelo vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/SIDA) registados entre 2000 e 2008 – 45 casos entre os 15 e os 19 anos e 325 casos entre os 20 e os 24 anos (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2009), sublinham o facto de os jovens constituírem um grupo de risco. Verifica-se ainda que 80,2% dos jovens entre os 15 e os 19 anos e 39,3% dos jovens entre os 20 e os 24 anos não utilizam nenhum método contraceptivo (INSA & INE, 2007), o que poderá resultar na ocorrência de uma gravidez indesejada e aumentar o risco de contágio de IST. Nesse sentido, importa conhecer as razões que levam os jovens à não utilização de métodos contraceptivos.

O permanente desenvolvimento de várias opções contraceptivas, que procuram responder às novas exigências e constituir uma alternativa aos métodos menos eficazes, nem sempre é acompanhado de informação adequada e completa, que permita a tomada de opções responsáveis. Se, por um lado, há a falta ou ausência de informação, por outro lado, destacam-se as crenças de saúde como factores que podem influenciar a adopção de comportamentos de saúde preventivos. Definem-se crenças de saúde como ideias, conceitos e convicções que os indivíduos apreendem e constroem, relacionados com a saúde (Ribeiro, 1998).

O número de parceiros, as práticas sexuais, os métodos contraceptivos e o modo de prevenção de IST são conceitos culturais sobre os quais cada cultura constrói uma série de normas e desvios (Ramos et al., 2008), contribuindo para a formação de crenças determinantes na conduta dos indivíduos.

Os modelos de cognição social, como o Modelo de Crenças de Saúde, foram desenvolvidos precisamente no sentido de melhor compreender os factores intrínsecos que influenciam as crenças e os comportamentos dos indivíduos. O Modelo de Crenças de Saúde engloba cinco dimensões, que constituem percepções individuais sobre a susceptibilidade de contrair uma doença e a gravidade que lhe é atribuída, as barreiras e os benefícios associados à adopção de determinados comportamentos de saúde e a auto-eficácia, que se caracteriza pela predisposição do indivíduo para a acção (Coleta, 2003; Ogden, 1999; Stroebe & Stroebe, 1995). A probabilidade de adopção de um comportamento preventivo é maior se o indivíduo perceber que é susceptível a determinada doença e a encarar como uma ameaça para a sua saúde e bem-estar, considerando os benefícios de uma acção preventiva superiores aos custos envolvidos e sentindo-se competente para implementar essa mudança (Eiser, 1997; Glanz, Lewis, & Rimer, 2002; Ogden, 1999).

Os estudos que procuram compreender os factores que influenciam a adopção de comportamentos sexuais de risco, salientam a percepção de (in)vulnerabilidade face às IST, as crenças e expectativas associadas aos próprios métodos contraceptivos, a (falta de) auto-eficácia e a (des)confiança nas capacidades para a correcta utilização dos métodos contraceptivos. Por outro lado, a dificuldade em comunicar com o parceiro sobre aspectos sexuais, o constrangimento em falar com os pais acerca da sexualidade e o facto de considerarem ter um relacionamento estável são comportamentos e crenças que influenciam significativamente o uso irregular dos métodos contraceptivos (Cláudio, Pereira, & Robalo, 1994 *cited in* Reis & Matos, 2007; Fortenberry et al., 2002; Nodin, 2001; Roque, 2001).

Uma das potenciais barreiras à utilização de contraceptivos orais prende-se com a crença de que os seus efeitos secundários são graves, podendo interferir com a fertilidade (Nguyen, Liamputtong, & Murphy, 2006). No entanto, sabe-se hoje que não há interferência com a fertilidade após a suspensão da contracepção oral. Por outro lado, a diminuição da sensibilidade e do prazer no acto sexual, são desvantagens associadas ao preservativo masculino (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contracepção & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2011).

A utilização da contracepção oral de emergência (*pílula do dia seguinte*) por estudantes, também é influenciada por determinadas crenças, nomeadamente ter efeitos muito graves na saúde da mulher, ser um método abortivo e a vergonha na sua aquisição (Coelho, Cristos, Mesquita, Graça, & Guimarães, 2010; Freitas, 2002).

É com base em crenças e conhecimentos adquiridos que os indivíduos determinam os métodos contraceptivos a utilizar. Os principais factores, considerados essencialmente pelas mulheres, na escolha de um método contraceptivo são a eficácia na prevenção da gravidez e na protecção de IST, os

efeitos secundários e a aprovação/desaprovação do parceiro, baseando essa escolha nas expectativas acerca da probabilidade desses factores (Delavande, 2008).

É objectivo deste trabalho identificar as crenças de estudantes dos cursos superiores de Farmácia e Medicina sobre contracepção e IST, uma vez que, como futuros profissionais de saúde, as crenças que detêm poderão vir a influenciar a sua intervenção, quer em termos de prescrição e aconselhamento médico, quer em termos de aconselhamento e dispensa de métodos contraceptivos ao nível da Farmácia.

MÉTODO

Participantes

A amostra (seleccionada por conveniência) é constituída por 200 estudantes do Ensino Superior (100 do curso de Farmácia e 100 do curso de Medicina), 71% do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M=20,78$; $DP=2,20$). 71,7% dos estudantes afirma ter uma relação estável e 76% refere já ter iniciado a sua vida sexual. Destes, 80,9% afirma usar sempre um método contraceptivo, 37,3% o preservativo masculino, 36,7% a contracepção oral e 24,7% a associação destes dois métodos.

Material

Foi utilizado um questionário de auto-preenchimento, composto por 34 itens referentes a cinco dimensões de análise, estabelecidas de acordo com o Modelo de Crenças de Saúde, adaptado ao tema em questão: percepção de susceptibilidade a uma gravidez ou contágio de uma IST; gravidade atribuída a uma gravidez não planeada; benefícios e barreiras associados aos métodos contraceptivos; percepção de eficácia na adopção de comportamentos de saúde relacionados com a contracepção (Morgado, Ribeiro, Coelho, Pedro, & Guimarães, 2007). Cada item tem cinco opções de resposta, segundo uma escala de Likert: “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente. Para os nossos dados foi encontrado um α de Cronbach de 0,65 em relação ao total dos itens do questionário.

Procedimento

Este é um estudo exploratório descritivo, de carácter transversal.

Solicitou-se a participação voluntária dos estudantes para o preenchimento do questionário, garantindo o seu anonimato e a confidencialidade da informação recolhida.

Após a recolha dos dados foi efectuada uma análise estatística descritiva e aplicado o teste χ^2 , com recurso ao *software* informático SPSS.

Na análise dos dados e para tornar os resultados mais significativos, agruparam-se as respostas “discordo totalmente” e “discordo” em “desacordo” e as respostas “concordo” e “concordo totalmente” em “acordo”.

RESULTADOS

Relativamente à susceptibilidade percebida a uma gravidez, 89,5% dos inquiridos consideram que a probabilidade de engravidar ao longo de todo o ciclo menstrual é diferente e 91% assume que essa probabilidade não é menor numa relação ocasional. No que se refere ao contágio de IST, 90,5% dos estudantes percebem-se susceptíveis ao contágio mesmo mantendo um(a) parceiro(a) fixo(a). Contudo, uma larga maioria (72%) não considera provável contrair uma IST segundo os seus comportamentos sexuais.

A percepção de gravidez foi avaliada num só item e verificou-se que 91% dos estudantes consideram que uma gravidez não planeada teria implicações negativas na sua vida.

Foram também avaliados benefícios e barreiras atribuídos a vários métodos contraceptivos. Relativamente ao coito interrompido, 94% dos estudantes consideram que não previne a transmissão de IST e 84% que não previne uma gravidez.

São consideradas barreiras à utilização do preservativo masculino o facto de diminuir a sensibilidade (36,5%) e o prazer (29%) durante o acto sexual, embora 71% dos inquiridos não consideram a sua colocação constrangedora. Quanto à sua eficácia, 94,5% dos estudantes consideram que é a melhor opção na prevenção de IST, mas apenas 62,5% concordam que estão protegidos contra todas as IST sempre que utilizam preservativo.

A maioria dos estudantes (93%) acredita que a contracepção oral não previne o contágio de IST, 46,5% consideram que a sua utilização continuada não diminui a fertilidade e 64% não consideram graves os seus efeitos secundários.

Em relação à *pílula do dia seguinte*, 74% concordam que não é totalmente eficaz na prevenção de uma gravidez, 78% consideram que provoca efeitos secundários graves e 92,5% referem que não deve ser utilizado como método contraceptivo regular.

A percepção de eficácia foi avaliada quanto à aquisição de métodos contraceptivos e à comunicação com o parceiro, os amigos, os pais e os profissionais de saúde. De um modo geral, os estudantes consideram estar à vontade para adquirir o preservativo masculino (81%), a contracepção oral (69,5%) e a *pílula do dia seguinte* (51%). A maioria (78,5%) discorda da afirmação “Tenho vergonha de ter sempre comigo um preservativo pelo que possam pensar de mim” e 72,5% consideram-se capazes de convencer o(a) parceiro(a) a utilizá-lo.

Em relação à capacidade de comunicação, 77% dos estudantes revelam estar à vontade para falar da sua vida sexual com o(a) parceiro(a) e 55% com os amigos. 40,5% afirmam estar à vontade para falar da sua vida sexual com os pais, ao passo que 32% assumem o contrário. Por outro lado, 81,5% estão à vontade para tirar dúvidas com os profissionais de saúde acerca dos métodos contraceptivos.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as crenças dos estudantes de Farmácia e Medicina, para qualquer item do questionário.

Foi encontrada uma associação entre o método contraceptivo usado e a estabilidade da relação ($\chi^2(1, N= 200) = 23,61; p<0,001$), sendo que o uso do preservativo diminui e o uso da contracepção oral aumenta com um relacionamento estável.

DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos, os estudantes percebem-se susceptíveis à ocorrência de uma gravidez indesejada e ao contágio de uma IST mas, em contrapartida, não o consideram provável segundo os seus comportamentos, vistos como adequados. Verifica-se, no entanto, uma associação entre o método usado e a estabilidade da relação, prevalecendo o uso isolado da contracepção oral em relações estáveis, o que revela uma dissociação entre as crenças relativas à susceptibilidade e os comportamentos.

As investigações existentes referem que, quando os jovens estão envolvidos em relacionamentos com uma duração mais longa, isso pode constituir uma barreira à promoção de comportamentos sexuais saudáveis e seguros (Kirman, Rosenthal, & Smith, 1998 *cited in* Reis & Matos, 2007), parecendo existir uma correlação entre o envolvimento afectivo e a desvalorização dos comportamentos de prevenção face às IST (Cláudio et al., 1994 *cited in* Reis & Matos, 2007).

Por outro lado, a gravidade das consequências atribuídas pela maioria dos estudantes à ocorrência de uma gravidez indesejada poderá contribuir para a utilização de métodos contraceptivos de elevada eficácia na protecção de uma gravidez.

De entre os benefícios e barreiras atribuídos aos métodos contraceptivos, destacam-se crenças bastante vinculadas e adequadas relativamente à ineficácia do coito interrompido, dado que não previne contra IST e é pouco eficaz na prevenção de uma gravidez (Organização Mundial de Saúde, 2004). Além disso, os dados apontam para uma análise de custo-benefício dos métodos contraceptivos, tendo sido identificadas, com maior tendência, barreiras ao uso da contracepção oral de emergência - não protege das IST, não deve ser considerado um método contraceptivo regular e apresenta efeitos negativos para a saúde da mulher, o que está de acordo com o estudo de Coelho e colaboradores (2010). Desta forma, poderá aumentar a probabilidade dos jovens adoptarem um comportamento

contraceptivo adequado, fazendo uso regular de métodos como o preservativo masculino e a contracepção oral e recorrendo à contracepção oral de emergência só em situações de emergência.

Os estudantes reconhecem os comportamentos mais favoráveis a adoptar, considerando o preservativo como a melhor opção contraceptiva para diminuir o risco de contágio e a contracepção oral como mais eficaz na prevenção de uma gravidez, embora neste caso identifiquem como barreiras à sua utilização o facto de não prevenir o contágio de IST.

Em relação à auto-eficácia, os resultados obtidos permitem-nos verificar que os estudantes consideram-se eficazes na aquisição e utilização do preservativo masculino e da contracepção oral, o que não se verifica em relação à aquisição da *pílula do dia seguinte*, o que poderá estar relacionada com a necessidade de explicar ao profissional de saúde a situação que conduziu ao recurso a este método.

No que se refere à eficácia em termos de comunicação, as dificuldades colocam-se aos jovens essencialmente na comunicação com os pais, revelando a maioria à vontade em tirar dúvidas com os profissionais de saúde relativamente aos métodos contraceptivos, o que constitui uma mais-valia, visto ser esta uma fonte de informação adequada.

Os resultados encontrados são particularmente importantes no âmbito da promoção da saúde sexual e reprodutiva, por permitirem identificar aspectos a reforçar nestas intervenções, nomeadamente na promoção de comportamentos mais adequados e na necessidade de uma intervenção dirigida igualmente aos pais. Apontam ainda para uma adequada capacitação destes futuros profissionais de saúde, ao evidenciarem crenças que poderão contribuir para uma intervenção eficaz, quer na prescrição e aconselhamento médico, quer no aconselhamento e dispensa dos métodos contraceptivos em Farmácia.

REFERÊNCIAS

- Cláudio, V., Pereira, M., & Robalo, P. (1994). SIDA! A falsa protecção que o amor tece. In M. Reis, & M. G. Matos, Contracepção – conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 209-220.
- Coelho, A., Cristos, A., Mesquita, M., Graça, A., & Guimarães, T. (2010). Contracepção oral de emergência: crenças, conhecimentos e consumo nos estudantes do Instituto Politécnico de Lisboa. *Actas do I Congresso Internacional da Saúde Gaia-Porto*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, 325-332.
- Coleta, M. (2003). Escalas para Medida das Crenças da Saúde: Construção e Validação. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 111-122.

- Delavande, A. (2008). Pill, patch or shot? Subjective expectations and birth control choice. *International Economic Review*, 49(3), 999-1042.
- Eiser, J. (1997). Attitudes and beliefs. In: Baum et al. (Eds.) *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 3-7). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fortenberry, J., Tu, W., Harezlak, J., Katz, B., & Orr, D. (2002). Condom use as a function of time in new and established adolescent sexual relationships. *American Journal of Public Health*, 92(2), 211-213.
- Freitas, M. (2002). *Conhecimentos, opiniões e comportamentos face à SIDA de uma população universitária*. Braga: Universidade do Minho.
- Fundo das Nações Unidas para a população (2005). Uma viagem por caminhos nunca antes trilhados: Adolescentes, pobreza e género. In M. Reis, & M. G. Matos, *Contraceção – conhecimentos e atitudes em jovens universitários*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 209-220.
- Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. (2002). *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). Anuário estatístico de Portugal 2009. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). *Infecção VIH/DIDA – A situação de Portugal a 31 de Dezembro de 2008*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge & Instituto Nacional de Estatística (2007). *4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Kirkman, M., Rosenthal, D., & Smith, A.M.A. (1998). Adolescent sex and the romantic narrative: Why some young heterosexuals use condoms to prevent pregnancy but not disease. In M. Reis, & M. G. Matos, *Contraceção – conhecimentos e atitudes em jovens universitários*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 209-220.
- Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Uman, G., & Nyamathi, A. (2003). Teen pregnancy, motherhood and unprotected sexual activity. *Research in Nursing & Health*, 26, 4–19.
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Morgado, D., Ribeiro, M., Coelho, A., Pedro, J., & Guimarães, T. (2010, Fevereiro). *Contraceção e doenças sexualmente transmissíveis: crenças de estudantes do ensino superior da área da saúde*. Poster apresentado no 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa.
- Nguyen, H., Liamputtong, P., & Murphy, G. (2006). Knowledge of contraceptives and sexually transmitted diseases and contraceptive practices amongst young people in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Health Care for Women International*, 27, 399-417.

- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Buckingham: Open University Press.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais*. Lisboa: OMS, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa.
- Ramos, R., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M., & Polónia, Z. (2008). Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*, 22(1), 3-15.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e gravidez não desejada*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contracepção & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (2011). *Consenso sobre Contracepção*. Edições First News.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS DIFERENTES ATORES DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM MANAUS: UMA DISCUSSÃO PRELIMINAR

DENISE MACHADO DURAN GUTIERREZ

Os cuidados da saúde se inserem num amplo campo de práticas sociais que envolvem diversos contextos institucionais em que atuam uma complexa gama de personagens. No mundo moderno esses espaços assumiram ao menos duas formas de prover cuidados: o contexto dos Serviços Formais de Saúde (públicos ou privados) organizados em rede em diferentes níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade); e os cuidados realizados em contextos informais providos pela família e comunidade, gestados por relações de confiança e sociabilidade.

Ao nível dos serviços esses cuidados precisam ser vistos não simplesmente como um conjunto de procedimentos instrumentais para manter e/ou atingir saúde, mas, sobretudo, como um conjunto de posturas pessoais acompanhadas e geradas por reflexões a respeito da condição de saúde do sujeito articulada a um *projeto de vida* construído socialmente (Ayres, 2001).

O entendimento sobre como diversos atores inseridos em contextos socioculturais específicos compreendem os processos de saúde – doença - cuidado e agenciam formas de prover cuidados é da maior importância para a mudança do modelo de saúde preconizada pelo ideário Sistema Único de Saúde (SUS) e adequação dos serviços de saúde aos seus usuários.

Fica claro a partir do acima exposto que abraçamos aqui a perspectiva postulada no Modelo do *Campo de Saúde* em que se vê esse fenômeno complexo a partir de suas múltiplas determinações em que interatuam: o ambiente (físico e social), estilos de vida, biologia humana, e os sistemas de serviços de saúde, numa inter-relação dinâmica marcada pela interdependência.

Vários autores nos estimulam à pesquisa dos cuidados da saúde. Oliveira & Bastos (2000) em estudo sobre práticas de cuidado da saúde no ambiente doméstico ressaltam a escassez de investigações na temática dos cuidados à saúde em diferentes classes e que no Brasil as investigações sobre os sistemas de crenças em saúde articulados a práticas de cuidado são incipientes.

Essa carência de conhecimento empírico-teórico é preocupante quando se pensa que tal conhecimento é fundamental para o planejamento e organização do cuidado, uma vez que é importante conhecer para melhor atender à saúde.

Uma vez que as formas de cuidar da saúde estão intimamente ligadas à cultura, e esta assume feições específicas em cada região, o estudo contextualizado que procure clarificar o modo como diferentes grupos proveem cuidados, e que tipo de cuidado é esse, tem grande valor.

Todo um conjunto de produções na área de antropologia da saúde (Albuquerque & Oliveira, 2006; Caprara, 2003) indica com argumentos bastante consistentes a necessidade de se conhecer as representações, valores e lógicas presentes nas práticas cotidianas, construídas pelas e nas interações sociais. Isso é fundamental para que o pesquisador entenda o modo como os grupos e pessoas reagem e organizam fazeres diante desse fenômeno complexo, unitário, porém tripartite, que é a saúde/doença/cuidado. O cuidado à saúde, como prática social se insere nesse conjunto de elementos de um modo específico, uma vez que através dele se dá corpo às representações que atuam na construção do mundo concreto e são construídas a partir daí.

Ao olhar para o desenvolvimento das relações entre políticas públicas na área social e funções atribuídas à família, daí englobamos os cuidados da saúde produzidos por ela, se verifica uma relação inversa. Historicamente, quando o Estado esteve forte, dentro do modelo do Estado de bem-estar, houve um esvaziamento das funções familiares com a transferência de suas atribuições para outras instituições sociais, como também assinala Bilac (2002).

Contrariamente, quando dentro do modelo neoliberal o Estado se enfraquece, são devolvidas à família suas funções e volta-se a responsabilizá-la pela educação, saúde e segurança de seus membros. Serapioni (2005) analisa essa situação, argumentando que aqui interessa verificar a revalorização da família enquanto produtora de cuidados da saúde. É nessa direção que as políticas apontam. Porém não se pode tratá-la de modo acrítico sem que se questione em que medida a família pode dar conta das pesadas atribuições que a sociedade e o Estado lhe atribuem. Revalorizar a família sim, transferir responsabilidades para o exercício das quais foi historicamente alijada e agora se encontra sem condições de responder, não.

Destacando o papel da família no cuidado à saúde, Helman (2003) constata que a família é o primeiro espaço em que a assistência informal ocorre e onde se dá a maior parte dos tratamentos de saúde. Ele refere que no próprio imaginário social compete à família o cuidado de seus membros. Porém, o modo como cada um cuida do doente é influenciado por vários fatores. É preciso reconhecer que a instituição familiar está imersa na cultura que oferece às pessoas uma série de conhecimentos para interpretar a experiência e induzir comportamento.

Dentro da antropologia médica, é clássico o trabalho de Kleinman (1980) que identifica três formas de cuidar da saúde nas sociedades complexas: *Cuidados Informais* que se referem ao auto - tratamento

e medicalização, obtenção de conselhos com amigos ou parentes – sendo a família seu principal agente. Nessa esfera, os sistemas de crenças sobre o corpo, origem e natureza das doenças, tratamento e prevenção atuam com muito vigor. O segundo são os *Cuidados formais ou profissionais*, oferecidos pelos diversos serviços de saúde; e os *Cuidados populares ou tradicionais* que se encontram fortemente marcados pela cultura, especialmente expressos em práticas de curadores religiosos.

Acioli (2001) convida a olhar as formas de fazer, as práticas populares ligadas à saúde, à doença e ao cuidado. Considera que a população tem suas estratégias invisíveis de responder às necessidades de cuidados. Essas formas são construídas a partir de uma lógica de ação própria do grupo social de onde emergem. Segundo a autora “*o espaço cotidiano se apresenta como o mundo da intimidade da confiança, da familiaridade*” (p.160), onde as práticas são naturalizadas. A relação dialética entre indivíduo e sociedade aponta a possibilidade de trabalhar com diversas representações quer individuais, quer grupais, as quais nos permitem entender as convergências e divergências como expressões válidas e plenas de significado. Como Gomes & Mendonça (2002) reafirmam, as representações individuais e as representações sociais convergem para o campo das práticas sociais em saúde as quais também são representadas e constituem um campo privilegiado de investigação.

Independente do viés teórico assumido parece haver certo consenso entre os autores em reconhecer que o estado de saúde das pessoas depende de processos mediadores que ocorrem na família. A referência à família como matriz formadora do sujeito aparece com muita força, especialmente nos estudos sobre as relações entre o eu e o outro, a interface entre indivíduo e cultura que se daria, sem sombra de dúvida, no seio familiar. O modo como o indivíduo se constitui em suas relações sociais e as características do grupo de referência que lhe serve de ninho não são desprezíveis. As relações eu - outro são fundamentais para as construções efetuadas pelo sujeito, até mesmo na construção do “*si mesmo*”, das operações lógicas ou das concepções de mundo (físico e social). Nesse processo de inter-relação o indivíduo se constitui e é constituído no e pelo meio social, ao mesmo tempo em que o meio social vai sendo transformado pelo indivíduo numa extensa relação dialética.

Entendemos tanto a cultura como a estrutura social como processos dinâmicos em que interatuam elementos dos sistemas: religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico; delimitados pelo contexto linguístico e ambiental que interferem nas práticas de cuidado.

Tivemos como objetivo geral desse estudo investigar concepções e práticas de “*cuidado*” entre diferentes atores da rede pública de saúde em vários níveis organizativos (atenção primária, secundária e terciária). E como objetivos específicos: **1.** Investigar o *Cuidado* do outro e o *Auto Cuidado* concebido pelos diversos cuidadores: profissionais, usuários, gestores ou familiares; **2.** Identificar modos e práticas que se associam a concepções específicas de cuidado; **3.** Analisar as repercussões desse conjunto de representações e práticas para a saúde das pessoas e para a implementação de Políticas Públicas de Saúde; **4.** Compreender como *processos sócio culturais* locais se relacionam com

concepções e práticas de saúde a partir do discurso dos diversos sujeitos; **5.** Verificar possíveis relações entre diferentes inserções em diferentes níveis organizativos do sistema de saúde e concepções/práticas de saúde.

MÉTODO

Participantes

Como *amostra*, estimávamos entrevistar 48 sujeitos, 4 em cada unidade de saúde. Até agora conseguimos dados sobre cerca de 40 sujeitos.

Material

Para a coleta de dados utilizamos como *instrumento* um roteiro em forma de entrevista semi estruturada composta por questões fechadas para levantamento de dados sociodemográficos; e questões mais abertas de cunho qualitativo para que os sujeitos possam expressar livremente suas ideias, sentimentos e opiniões sobre o objeto da investigação. Adicionalmente registramos observações espontâneas nos diversos momentos da coleta de dados em forma de *Diário de Campo* para contextualizar mecanismos e processos presentes nos discursos. O tratamento de dados começou com o emprego da técnica de editoração de entrevistas conforme proposto por Araújo (2001), na qual realizamos uma codificação e organização das informações transcritas de modo a manejar grande quantidade de informação coletada.

Cada entrevista foi analisada individualmente. Buscamos definir o discurso do conjunto de participantes e o discurso individual de cada um. No discurso coletivo, buscamos as semelhanças, os contrastes, as contradições e as complementaridades. No discurso individual tratamos também das homogeneidades e das diferenças nos posicionamentos singulares, levando em conta inserção no sistema de saúde e aspectos socioculturais.

Procedimento

Do ponto de vista prático, buscamos submeter o conjunto do material a um processo compreensivo hermenêutico (Minayo, 2006) e de interpretação de sentidos, conforme Gomes *et al* (2007). Procedemos conforme os seguintes passos: **1)** leitura compreensiva visando à impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material transcrito; **2)** identificação dos temas em destaque nas falas sobre concepções e práticas de cuidados da saúde; **3)** discussão analítica dos temas emergentes ou latentes nas falas; **4)** construção de relações entre as falas e aspectos socioculturais mais amplos; **5)** diálogo entre os temas, ideias e a teoria de base para compreensão do fenômeno investigado; **6)** síntese interpretativa juntando objetivos do trabalho, teoria e dados empíricos.

RESULTADOS

Cuidado do outro e autocuidado-Quando investigamos o cuidado do outro e o autocuidado, concebidos pelos diversos atores sociais (profissionais, usuários, gestores ou familiares), verificamos que o modo de tratar o tema é diferente quando se trata da própria saúde ou da saúde do outro. No discurso dos profissionais e gestores dos serviços de saúde, e em relação à saúde do outro, se assume uma postura pautada por forte referencia racional em que o conhecimento técnico e o que se conhece como *boa saúde* entra em foco. Não faltam prescrições sobre alimentação saudável, necessidade de exercícios físicos diários e cumprimento de orientações médicas. As técnicas de ‘acolhimento’ aparecem marginalmente sendo pouco citadas.

Já quando a discussão gira em torno da própria saúde o discurso muda para os impeditivos para alcançar a boa saúde: os longos dias de trabalho, a rotina diária marcada por intensa atividade estressante, as responsabilidades ligadas a diversos contextos de inserção e papéis sociais (ser pai, mãe, esposa, marido, filho, profissional, etc.). Aqui vale o ditado citado por uma gestora: “*santo de casa não faz milagre, né?*”. O contato com a natureza, os períodos de contemplação e isolamento também são vistos como fontes de renovação da saúde, mas acontecem em contextos externos sem conexão com os serviços de saúde.

Processos socioculturais- O reconhecimento da importância da cultura e dos modos peculiares aos diversos grupos e sujeitos se cuidarem e serem cuidados aparece bem raramente na fala dos participantes e quando referidos não há aprofundamento na discussão. As ações multidisciplinares são referidas como importantes, porém se reconhece que raramente acontecem. Os profissionais não procuram ajudar-se mutuamente e compartilhar conhecimentos, embora as práticas de ‘*encaminhamento*’ de pacientes sejam frequentes. Encaminhar pode, por vezes, significar livrar-se de um paciente inconveniente e pouco colaborador, muito mais do que prover um serviço necessário.

Os métodos alternativos ligados ao emprego de chás e fitoterapia são associados a práticas afetivas “*Eu gosto dessa coisa do chá, do abraço, do cuidado*” (gestora, Média complexidade). Entre os usuários se reconhece seu valor e certo domínio do conhecimento de seu uso para vários males e incômodos de saúde. Apesar disso é visto como “*remédio de pobre*” e menos efetivo que os recursos farmacológicos da biomedicina.

A participação em grupos quer comunitários, quer de coloração religiosa, remete a sentimentos de “*estar vivo*” e de gratidão pela vida, como pudemos apreender da fala de uma participante.

Práticas e concepções de saúde/cuidado-As concepções de saúde englobam aspectos bem abrangentes que conjugam fatores sociais, ligados ao exercício de direitos e cidadania, bem como aspectos psicológicos de segurança e autoconfiança. São mencionadas também características do atendimento como acolhimento e escuta do paciente como elementos importantes para a saúde. O

trabalho médico é visto como central e como um trabalho pautado na lógica da doença, o que impediria o cuidado de qualidade. Para além dos serviços de saúde a análise acaba por apontar para uma sociedade adoecida, “*Na realidade a gente tá vivendo praticamente é... a sociedade das pessoas doentes e não das pessoas saudáveis [e ainda] O grande entrave é você tratar saúde como se fosse uma mercadoria, eu acho que esse é o grande problema*” (gestora, Média complexidade). A mídia é vista como fator facilitador enquanto veículo de informação e de pressão política para melhorar os serviços de saúde, mas também como causadora de mal estar e frustração social.

Entre os usuários encontram-se representações mais relacionais e ligadas ao ser querido e ser alegre: “*ser alegre, ser benquista com as pessoas*” (usuário, média complexidade), associando corpo e mente, uma postura mais holística e integradora.

Alimentação, trabalho e apoio psicossocial são vistos como os principais elementos para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Os cuidados da saúde quando são referidos a elementos tão importantes, porém gerais e amplos acabam perdendo corpo e instrumentalidade. Os profissionais e gestores têm bastante dificuldade em exemplificar como cuidam e quais as implicações desse cuidar para a saúde.

Enfatizam a ocorrência de casos em que a pessoa vem à busca de cuidados para suas relações afetivas dificultadas, desfeitas ou comprometidas por diversos conflitos dentre os quais ressaltam os familiares “*Acho que a maior doença delas seria exatamente essa doença de atenção (...) a pessoa está hoje de certa forma extremamente individualista*” (gestora, Média complexidade).

O ato de cuidar assume sentido bastante importante: “*acho que cuidar é se humanizar*” (gestora, Média complexidade), porém genérico e impreciso não delimita e ajuda a entender esse processo humanizador.

A atenção afetiva e a disciplina do corpo se mesclam na perspectiva dos usuários que cuidam “*Fazendo caridade, fazendo o bem pras pessoas (...) tomando remédio na hora certa como o médico mandou (...) cuidar ou do filho, ou duma filha, ou dum vizinho*” (usuário, média complexidade). Nessa ótica os objetos de cuidado se expandem e condensam pessoas da família e da vizinhança próxima

Entre usuários e familiares destacam-se os conteúdos mais afetivos e relacionais ligados ao bem-estar e pertencimento ao grupo em que “*viver bem*” é “*viver bem com as pessoas*”.

DISCUSSÃO

Os dados apontam para diversas dimensões que merecem maior aprofundamento e discussão na literatura para consolidação final do trabalho de pesquisa. No entanto, já nos remetem a conhecimento essencial para compreensão de nossa região e seus serviços de saúde.

A consideração de aspectos socioculturais, embora enfatizada na literatura aparece muito pouco nas falas dos entrevistados, de modo que nos remete a pensar na importância da construção de políticas públicas que reconheçam e enfatizem essa dimensão.

Entre usuários e familiares destacam-se os aspectos relacionais e afetivos envolvidos na aceção geral de saúde/cuidado. Embora profissionais e gestores da saúde reconheçam esses aspectos e os mencionem, eles aparecem pouco integrados às representações e práticas de saúde não conseguindo assim constituir uma unidade conceitual e prática abrangente.

REFERÊNCIAS

- Acioli, S. (2001). Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In R. Pinheiro & R.A. Mattos (Eds.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (p.157-166). Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ABRASCO.
- Araújo, D.R.D. (2001). Como transcrever sua entrevista: Técnica de editoração da transcrição de entrevista em pesquisa de abordagem compreensivista. *PSICO*, 3(1),147-157.
- Ayres, J.R.C.M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e praticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1), 63-72,
- Albuquerque, C., & Oliveira, C. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*, 25.
- Bilac, E. D. (2002). Família: algumas inquietações. In M. C. B. Carvalho (Ed.). *A família contemporânea em debate* (pp. 29-38). São Paulo: EDUC/Cortez.
- Bourdieu, P. (1983). Esboço de uma teoria da prática. In R. Ortiz (Ed.) *Pierre Bourdieu - Sociologia*. São Paulo: Ática.
- Caprara, A. (2003). Uma abordagem hermenêutica da relação saúde – doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (4), 923-931.
- Gomes, R., & Mendonça, E.A. (2002). A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In MCS Minayo & S.F. Deslandes (Eds.). *Caminhos do pensamento. Epistemologia e método* (pp.109-132). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Gomes, R., Nascimento, E.F., & Araújo, F.C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3),565-574.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: As exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Helman, C.G. (2003). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed.

Minayo M.C.S. (2006). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: HUCITEC

Oliveira, M.L.S., & Bastos, A.C.S. (2000). Health care practices in family context: a comparative case study. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (1), 97-107.

Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 243-253.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO IDOSO: A IMPORTÂNCIA DO AJUSTAMENTO AO ENVELHECIMENTO

SOFIA VON HUMBOLDT & ISABEL LEAL

O envelhecimento bem-sucedido implica a existência de condições que proporcionem um envelhecimento com qualidade de vida e saudável, no qual, as condições de funcionalidade são comparáveis às de indivíduos não-idosos (Baltes & Baltes, 1990). As alterações no indivíduo adulto ao longo da vida indicam um funcionamento adaptativo, implicando a consideração das dimensões cognitiva, afectiva e física. Daqui resultam estratégias com potencial adaptativo e estilos diferentes de resolução de problemas, sendo que envelhecer bem requer ajustamento pessoal e social, que pode ser comprometido por condições decorrentes do curso de vida (Blanchard-Fields & Chen, 1996; Lazarus & Folkman, 1984). Havighurst e Albrecht (1953) sugeriram que o ajustamento dos idosos dependia largamente da sua felicidade presente, dos níveis de actividade da vida adulta e da aprovação social. Estes autores enfatizaram que o que a pessoa *faz* é mais importante que o que a pessoa *é*. As actividades gerais e as actividades interpessoais são consistentemente importantes para predizer o sentido de bem-estar do indivíduo para Havighurst e Albrecht (1953), sendo que esta teoria da actividade foi contestada pela teoria do afastamento (Cumming & Henry, 1961), segundo a qual os idosos mais capazes de se afastarem dos papéis sociais adultos e da sociedade de modo geral, adaptam-se com maior sucesso ao envelhecimento. O indivíduo bem ajustado é capaz de satisfazer suas necessidades, rápida e adequadamente quando elas aparecem e o ajustamento reduzido implica em incapacidade de satisfação das necessidades (Cumming & Henry, 1961). O entendimento do ajustamento ao envelhecimento (AaE) e da sua relevância para o aumento do bem-estar subjectivo, poderá contribuir positivamente para intervenções na área da saúde com idosos (Staudinger & Kunzmann, 2005). Neste contexto, o AaE do idoso tem vindo a tornar-se uma realidade na adultícia avançada, que urge aprofundar.

Consideramos que em vez deste ser medido através de assumpções teóricas, este deverá ser inicialmente compreendido a partir das narrativas individuais dos idosos.

Como os elementos que constituem o AaE são considerados pessoais, uma abordagem que explore o conceito a partir da perspectiva do idoso poderá fornecer informação assertiva no que concerne o envelhecimento saudável desta população. Este estudo tem como objectivos os seguintes, a saber: (a) aferição e análise dos principais indicadores que os idosos apontam como determinantes para o AaE, num contexto de envelhecimento saudável; (b) determinação de um conjunto de itens para a construção do instrumento Adjustment to Aging Schedule-33 (ATAS-33). O trabalho seguinte implica a validação psicométrica do instrumento.

MÉTODO

Participantes

O estudo incidiu sobre uma amostra de 33 indivíduos idosos com mais de 74 anos não institucionalizados e culturalmente diversos ($M_{idade} = 86.2$, $SD = 5.4$, 74-101 anos), (60.6% mulheres, 63.6% casados, 42.4% portugueses, 24.2% ingleses, 18.2% alemães). Como critério de inclusão foi estabelecida a idade superior a 73 anos. Foram critérios de exclusão a presença de dificuldades cognitivas ou de acompanhamento psiquiátrico.

Material

Foram utilizados nesta investigação qualitativa, os seguintes instrumentos: (a) Questionário de caracterização socio-demográfico; (b) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) e (c) Entrevista aberta semi-estruturada com três questões: “Como se sente em relação à sua idade?”; “Na sua opinião, o que contribui para se sentir ajustado(a) ao envelhecimento, neste momento?” e “Como encara a sua idade actualmente?” (Ritchie & Lewis, 2003).

Como enquadramento geral das entrevistas, considerámos o AaE em função da interacção dinâmica de elementos objectivos e subjectivos, nomeadamente, o estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença. Adicionalmente, considerámos ainda que o AaE pode ser influenciado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, valores individuais, e relação com características do ambiente circundante (Bauer & McAdams, 2004; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryff, 1989).

Procedimento

Após garantir a confidencialidade do conteúdo ao entrevistado, foi igualmente explicado a cada participante o objectivo do presente estudo. As entrevistas foram realizadas presencialmente e duraram em média entre 30 e 90 minutos. Para garantir a espontaneidade e riqueza das respostas obtidas, as entrevistas

foram realizadas num ambiente privado e tranquilo (e.g. habitação do entrevistado). Por outro lado, o entrevistador procurou sempre evitar interferências no discurso do entrevistado, de forma a reduzir ao mínimo a possibilidade de um eventual condicionamento à resposta. Todas as respostas foram gravadas em registo áudio e foram submetidas a uma análise de conteúdo (Bardin, 2007). A partir das respostas dos participantes, foram apuradas unidades de sentido que de seguida foram codificadas e agrupadas sucessivamente até à obtenção de sub-categorias diferentes. Através da sucessiva comparação dos conteúdos das respostas obtiveram-se categorias mutuamente exclusivas até à sua completa saturação teórica, sendo que a preocupação foi a criação de categorias que reflectissem a perspectiva genuína dos participantes. Os temas emergentes das entrevistas foram tratados de forma descritiva e não interpretativa (Mattis, 2002). Os dados sócio-demográficos foram submetidos à análise descritiva de frequências através do SPSS para Windows (versão 19.0; SPSS Inc., Chicago, IL). Tal como recomendado para investigação através de métodos qualitativos, foram utilizados métodos para aumentar a validade, fidelidade e neutralidade dos dados obtidos (Mays & Pope, 2000).

RESULTADOS

Categorias emergentes para a ATAS-33

Os resultados das 33 entrevistas indicaram um total de sete categorias conceptuais de indicadores de AaE, com 40 sub-categorias de temas: (1) ‘realização pessoal e projectos futuros’ (RPePF), (2) ‘ocupação, profissão, autonomia e lazer’ (OPaEL), (3) ‘saúde e funcionamento físico e intelectual’ (SeFFeI), (4) ‘valorização do tempo e da idade’ (VTeI), (5) ‘família, e relações interpessoais’ (FeRI), (6) ‘estabilidade e situação financeira’ (EQeSF) e (7) ‘sentido de limite e existencial’ (SdLeE). RPePF (17.9%) e OPaEL (16.7%) constituíram as categorias de indicadores para o AaE mais mencionados.

Realização pessoal e projectos futuros

Os participantes privilegiaram produzir resultados e ter um papel reconhecido pelos outros (e.g., projectos artísticos, família, viagens). Dos seis temas extraídos das entrevistas ‘realização e criação’ foi a sub-categoria mais mencionada (7.4%). Respeito pelo ritmo foi apontado pelos participantes. Estes efectuaram decisões no sentido de respeitar a sua disponibilidade, sentindo-o como um direito obtido pela idade. Sonhar com o futuro e imaginar alternativas futuras como resultado da criatividade produtiva, foi indicado como fonte de satisfação. O trabalho criativo trouxe disciplina e envolvimento, em paralelo com a necessidade de contribuição intelectual e abstracção das limitações da idade. Os participantes indicaram a importância de desempenhar papéis através de projectos pessoais (e.g., encontros profissionais, ensino aos mais novos); da família (e.g., estar com os mais novos, imortalidade simbólica) e da comunidade (e.g., trabalho voluntário na sua área de especialidade profissional).

Ocupação, profissão, autonomia e lazer

Dos seis temas apontados nas entrevistas, ‘actividades e ocupações diárias’ foi a sub-categoria mais mencionada (7.4%). A profissão ou ocupação contribuiu para a manutenção de um sentido de propósito, de *empowerment* em relação aos outros (e.g. contacto com ex-colegas de profissão) de ligação ao mundo e de motivação intelectual. A autonomia foi um indicador frequentemente apontado, com destaque para a autonomia financeira. O lazer constituiu um meio de socialização com outros idosos com interesses comuns. “Sair de casa” foi indicado como muito importante para alguns participantes.

Saúde e funcionamento físico e intelectual

Os participantes indicaram uma diminuição dos interesses possíveis de seguir (e.g. férias, exercício) e de oportunidades de socialização, nomeadamente devido à ausência de condições de saúde e incapacidade física. Dos cinco temas apontados nas entrevistas, ‘saúde, energia e capacidades sensoriais’ foi a sub-categoria mais mencionada (6.2%).

Valorização do tempo e da idade

Dos cinco temas apontados nas entrevistas, ‘valorização do tempo e da vida’ e ‘valorização da idade e do envelhecimento’ foram as sub-categorias mais mencionadas (ambas com 6.2%). Principalmente por dois motivos, a reforma e a independência dos descendentes, os idosos expressaram que a adultícia avançada lhes trouxe mais tempo livre para valorizar a sua idade.

Família e relações interpessoais

A família, os vizinhos, os amigos e colegas profissionais foram indicados como as principais fontes de suporte e principais contribuintes para o AaE. Dos seis temas apontados nas entrevistas, ‘envolvimento social’ foi a sub-categoria mais mencionada (5.4%). Os idosos indicaram que os seus cônjuges constituíam a ligação à família. O impacto da morte de um parceiro foi indicado como significativo e como desencadeador de solidão emocional. Os participantes indicaram ainda importância de reter amigos de diferentes etapas da vida, nomeadamente da infância.

Estabilidade e situação financeira

Dos sete temas apontados nas entrevistas, ‘adaptação à mudança’ e ‘descanso e relaxamento’ foram as sub-categorias mais mencionadas (ambas com 2.3%). O conforto e o desejo de simplificação foram considerados como relevantes para os participantes. Adicionalmente a qualidade de experiência vivida, em conjunto com a independência financeira foi também apontada como importante. Soluções complexas ou planos radicais (e.g. mudança de casa), foram alternativas evitadas pelos idosos, em prol da escolha de acontecimentos simples e significativos, que envolvam pessoas significativas.

Sentido existencial e de limite

Dos cinco temas apontados nas entrevistas, ‘atitude perante a vida’ foi a sub-categoria mais mencionada (4.3%). Os idosos mais jovens revelaram a incerteza de não conseguir integrar a perspectiva de perda de autonomia, de capacidades físicas e intelectuais, a ausência de entes significativos e a morte. O optimismo em relação à vida, em conjunto com a presença de humor e uma atitude jovem, foi apontado como indicador de ajustamento para os idosos, perante as situações anteriormente apontadas. Alguns idosos indicaram igualmente a importância de valores espirituais e pessoais, para o seu ajustamento ao envelhecimento.

Associações Bivariadas

Quanto aos indicadores de AaE, VTel encontra-se fortemente correlacionado com SdLeE ($r=.775$, $p<.001$). RPePF está igualmente fortemente correlacionado com OPaEL ($r=.911$, $p<.001$), e fracamente com VTel ($r=.385$, $p=.027$). OPaEL encontra-se positivamente correlacionado com EQeSF ($r=.377$, $p=.031$) e negativamente com FeRI ($r=-.353$, $p=.044$). Verificou-se também uma correlação positiva e significativa entre FeRI e SeFFeI ($r=.824$, $p<.001$). Não se verificaram mais associações entre os diferentes indicadores.

DISCUSSÃO

As percepções dos idosos foram frequentemente apontadas num contexto elíptico ao invés de uma perspectiva linear do ciclo de vida, revelando a multi-dimensionalidade do conceito de AaE, com temas objectivos (e.g. saúde) e subjectivos (e.g. espiritualidade), em consistência com a literatura existente (Bauer & McAdams, 2004; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Os temas indicados de uma forma muitas vezes inter-relacionada (e.g. aumento de bem-estar e sentido de valor pessoal) estiveram por vezes associados a actividades produtivas e criativas, a uma boa vida e ao envelhecimento bem-sucedido, o que corrobora a literatura existente (Brodsky, 1988; Ryff, 1989).

Alguns indicadores que não estavam inicialmente previstos, emergiram nas respostas dos idosos: companhia de jovens, relações com vizinhos, importância de comer e dormir bem, ritmo, movimento, clima, humor, reconhecimento profissional, relaxamento e simplificação. Estudos anteriores sugerem que estes últimos podem contribuir para o AaE e envelhecimento bem-sucedido (Whitbourne & Weinstock, 1986). Adicionalmente, um estilo de vida saudável, produtivo e agradável, movimento, actividades ao ar livre, encontra-se associado ao envelhecimento bem-sucedido (Silverstein & Parker, 2002; Smith et al., 2002). Contudo no nosso estudo, não se verificaram correlações entre OPaEL e SeFFeI, ou entre este último e RPePF. Alternativamente RPePF encontrou-se relacionado com OPaEL, e VTel, o que suporta a importância da realização, produtividade criativa, envolvimento profissional e autonomia para os idosos (Brodsky, 1988; Stevens-Ratchford, 2005; Wahrendorf & Siegrist, 2010)

A literatura indicou a importância das relações sociais significativas para idosos (Low & Molzahn, 2007). A extensão das relações aos vizinhos e redes de suporte social foram valorizadas pelos participantes. SeFFeI encontrou-se fortemente associado à FeRI. Whitbourne and Weinstock (1986) indicaram a saúde e as relações sociais como relevantes para os idosos. VTel apresentou-se positivamente correlacionado com SdLeE no nosso estudo. O sentido de limite verificou-se associado à dimensão espiritual nos idosos (Meuller, Plevak, & Rumman, 2001). Os indicadores financeiros foram menos valorizados pelos participantes, o que contrapõe as conclusões de Keith et al. (1994), que identificaram as condições económicas como relevantes para os idosos.

Este estudo, pretendeu contribuir para um melhor entendimento do conceito de AaE e da sua pertinência para a população idosa. No caso concreto da adultícia avançada, verificam-se mudanças relevantes de carácter psicológico, somático e social no idoso. Estas podem ser abordadas numa perspectiva patológica de deterioração e de degenerescência. Inversamente, numa perspectiva salutogénica, podemos como profissionais, concentrarmo-nos nas possibilidades de expansão da senescência do idoso. Daqui, parece-nos efectivamente que como profissionais, devemos ir mais longe que uma abordagem patológica quanto ao idoso e explorarmos o seu ajustamento ao envelhecimento, numa perspectiva salutogénica mais ampla (Antonovsky, 1987).

REFERÊNCIAS

- Antonovsky, A. (1987), *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P.Baltes, & M. Baltes, (eds.) *Successful Aging perspectives from the behavioral sciences* (pp.1-34). Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Bardin L. (2007). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Portugal, Edições 70.
- Bauer, J. J., & McAdams, D. P. (2004). Growth goals, maturity, and well-being. *Developmental Psychology*, 40(1), 114–127.
- Blanchard-Fields, F., & Chen, Y. (1996). Adaptive cognition and aging. *The American Behavioural Scientist*, 39, 231-248.
- Brodsky, S.L. (1988). *The Psychology of Adjustment and Well-Being*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing Old: The process of disengagement*. New York: Basic Books Publishing Co.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.

Havighurst, R. J., & Albrecht, R. (1953). *Older people*. Nova York: Longmans.

Keith, J.F., Glascock, A.P., Ikels, C., Dickerson-Putman, J., Harpending, H.C., & Draper, P. (1994). *The Ageing Experience: Diversity and Commonality Across Cultures*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Incorporated.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.

Knee, C. R., Lonsbary, C., Canevello, A., & Patrick, H. (2005). Self-determination and conflict in romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(6), 997–1009.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Low, G., & Molzahn, A.E. (2007). Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. *Research in Nursing and Health* 30(2), 141-50.

Mattis, J. S. (2002). Religion and spirituality in the meaning-making and coping experiences of African American women: A qualitative analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 309-321.

Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320, 50–52.

Meuller, P.S, Plevak D.J., & Rumman, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1225–1235.

Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice*. London: Sage Publications.

Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: new directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.

Silverstein, M., & Parker, M.G. (2002). Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528-547.

Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715-732.

Staudinger, U. M., & Kunzmann, U. (2005). Positive adult personality development: adjustment and/or growth? *European Psychologist*, 10(4), 320–329.

Stevens-Ratchford, R. G. (2005). Occupational engagement: Motivation for older adult participation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21 (23), 171-181.

Wahrendorf, M., & Siegrist, J. (2010). Are changes in productive activities of older people associated with changes in their well-being? Results of a longitudinal European study. *European Journal of Ageing*, 7(2), 59-68.

Whitbourne, S.K., & Weinstock, C.S. (1986). *Adult development*. New York: Praeger.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

HÉLIMI IWATA 1, NELSON SILVA FILHO 2 & MARIA LAURA NOGUEIRA PIRES 3

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), *“a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções dos rins. Por ser lenta e progressiva esta perda resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença”*. Até que se tenha perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes permanecem quase sem sintomas. Na medida em que a insuficiência renal progride e ocorre um acúmulo de substâncias tóxicas no sangue, o indivíduo pode apresentar fadiga, cansaço fácil e comprometimento do estado mental. Quando a função renal se reduz abaixo de 10% de sua atividade normal, torna-se necessário a hemodiálise ou um transplante renal. Segundo o Instituto do Rim do Paraná (2010), a hemodiálise consiste em um procedimento que filtra o sangue e retira substâncias que quando em excesso trazem prejuízos ao corpo, como a uréia, potássio, sódio e água.

De acordo com Schor e Srougi (1998), o quadro clínico de evolução da insuficiência renal é chamado de síndrome urêmica ou uremia. Ela começa a se desenvolver apenas com perdas de mais de 75% da função renal, por isso demonstra uma grande capacidade adaptativa por parte do rim e do organismo como um todo. Ainda segundo esses autores, a síndrome urêmica causa uma série de sintomas, tais como alterações no nível de consciência até coma, distúrbios do sono (sonolência ou insônia), convulsões, demência, cefaléia, náuseas, vômitos, diarreia, prurido, anemia, entre outros.

Segundo Cesarino e Casagrande (1998) a insuficiência renal crônica e o tratamento hemodialítico, provocam uma sucessão de situações para o paciente renal crônico, que compromete o aspecto não só físico, como psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais.

Segundo a Associação de Pacientes Transplantados da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) (2010), as doenças mais comuns que acarretam a insuficiência renal são a glomerulonefrite, o diabetes, a hipertensão arterial e as infecções urinárias repetidas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, segundo o Censo realizado em 2009, havia 77.589 pacientes em tratamento dialítico no Brasil enquanto que em 2000 eram 42.695.

1-Psicologia, UNESP- Assis; 2-Departamento de Psicologia Clínica – UNESP - Assis; 3-Departamento de Psicologia Experimental – UNESP – Assis.

Para Mendonça (2007) *“a auto-imagem do portador de IRC altera tanto fisicamente, ocorrendo, o emagrecimento e a piora da aparência física, como psicologicamente, aumentando a irritação, o nervosismo”*. Muitas vezes o paciente perde a esperança ou sentido em relação à vida, e se sente desiludido pelas perdas físicas, econômicas, sociais e laborais em relação à doença ou ao tratamento. Estes eventos comprometem a qualidade de vida desses pacientes.

O estudo de Kusumota (2005) observou que os pacientes com insuficiência renal crônica apresentam grande diversidade no tocante à qualidade de vida e evidenciou grande prejuízo na dimensão Condições de Trabalho, pois os pacientes não conseguem estabelecer um vínculo devido ao tempo que gastam nas sessões de hemodiálise e às constantes queixas de cansaço, fraqueza indisposição, mal estar o que impossibilita fazer esforço físico no trabalho.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010) define a qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*.

De acordo com Cordeiro, Silva, Oliveira, Zatta, & Silva, (2009), a avaliação da qualidade de vida é feita através de instrumentos genéricos e específicos. Estes *“[...] detectam particularidades da qualidade de vida em determinadas situações. Avaliam de maneira individual e específica aspectos como função física, sexual, sono, fadiga entre outros, que são fundamentais para se avaliar algo subjetivo como qualidade de vida”*.

Nos últimos anos ela vem sendo tema de várias abordagens. Por ser um assunto abrangente e atual, os profissionais da área de saúde cada vez mais estão preocupados com a qualidade de vida de seus pacientes.

O objetivo geral foi avaliar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise através dos instrumentos de qualidade de vida World Health Organization Quality of Life-abreviado (WHOQOL-bref) e Kidney Disease and Quality of Life — Short Form (KDQOL-SF). Como objetivos Específicos: Avaliar como o sujeito lida com a doença, com suas consequências e limitações e como isso afeta seu vínculo social, sua saúde mental e sua auto-imagem através dos instrumentos WHOQOL-bref e KDQOL-SF; Analisar o impacto da doença renal e da hemodiálise na vida desses pacientes através dos instrumentos WHOQOL-bref e KDQOL-SF.

MÉTODO

Participantes

Foram avaliados 54 sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, escolhidos aleatoriamente. O local da pesquisa foi a Unidade de Nefrologia de uma cidade do interior do Estado de São Paulo

Material

Um questionário semi-estruturado dividido em duas partes: a primeira com dados sociodemográficos e a segunda com perguntas sobre a doença do paciente. Foi usada também a escala genérica de qualidade de vida WHOQOL-bref e a escala específica KDQOL-SFTM, que mede a qualidade de vida de pacientes em tratamento de diálise. De acordo com Moreira et al. (2009), este instrumento é composto por 80 itens, que incluem o Short Form – 36 Item Health Survey (SF 36) e mais 43 itens sobre a doença renal crônica. Foram excluídos do estudo os itens do SF-36, com perguntas genéricas sobre a saúde, ou seja, os primeiros 36 itens da escala.

Procedimento

A coleta de dados foi realizada individualmente durante a sessão de hemodiálise.

RESULTADOS

Dos 54 pacientes entrevistados, 28 pertenciam ao sexo masculino que corresponde a 51,9% e 26 do sexo feminino com 49,1%. Na amostra estudada a média de idade foi de 55,3 ($\pm 13,8$) anos, variando de 26 a 81 anos. Houve prevalência de casados, com 37 (68,5%) dos 54 entrevistados seguidos dos solteiros com 9 (16,7%), viúvos com 5 (9,2%) e separados com 3 (5,5%). Verificou-se também que 70,4% moram com o cônjuge, 11,1% com outros parentes como mãe, irmã, filha ou filho, 9,2% moram com os pais e 9,2% sozinhos. Em relação à escolaridade houve predomínio do ensino fundamental incompleto (59,3%). Com relação à ocupação atual, 45 (83,3%) são aposentados devido à doença, 3 (5,6%) são do lar, 4 (7,4%) não trabalham e 2 (3,7%) possuem um trabalho remunerado. A principal etiologia para a insuficiência renal foi a hipertensão arterial com 28 entrevistados, que corresponde a 51,8%, em segundo lugar o diabetes com 15 (27,8%) e ainda 3 pacientes possuíam ambas as enfermidades (5,5%). Apesar de a glomerulonefrite ser uma das principais causas apenas 2 (3,7%) pacientes tiveram essa etiologia, igualando com rins policísticos. Outras etiologias foram relatadas cada um com um caso, como uropatia obstrutiva por refluxo, estenose de uretra, nefrite e intoxicação por veneno. Os pacientes eram submetidos à hemodiálise três vezes por semana, divididos em dois grupos, o primeiro realizavam as segundas, quartas e sextas-feiras e o segundo grupo as terças, quintas e sábados. O tempo das sessões dependia de cada pessoa, porém variavam de três a no máximo quatro horas. A média de tempo de hemodiálise foi de 54,9 ($\pm 44,4$) meses, com tempo mínimo de 1 mês e no máximo 216 meses. As médias dos escores dos domínios da escala WHOQOL-bref e as dimensões da escala KDQOL-SFTM foram analisadas da seguinte forma: quanto mais próximo de 100% for o escore, maior será a qualidade de vida para o paciente. Em relação à escala WHOQOL-bref o Domínio Físico obteve menor média com 46,89 ($\pm 22,76$), seguida de Relações

Sociais 65,69 ($\pm 25,85$), Psicológico 65,82 ($\pm 18,38$) e por fim Meio Ambiente com média 70,31 ($\pm 16,34$). O Domínio Geral da escala WHOQOL-bref foi de 61,27 ($\pm 15,02$). (Quadro 1)

Quadro 1: Médias dos escores de cada domínio do WHOQOL-bref obtida por 54 indivíduos em tratamento de hemodiálise.

Domínio	Média	Desvio-Padrão
Físico	46,89	22,76
Relações Sociais	65,59	25,85
Psicológico	65,82	18,38
Meio Ambiente	70,31	16,34
Geral	61,27	15,02

Quando verificamos os resultados da escala KDQOL-SF, com exceção dos itens SF-36, percebemos que houve grande prejuízo na dimensão Condições de Trabalho com média de 6,5 ($\pm 21,8$). Seguido da dimensão Função Sexual 33,8 ($\pm 41,7$), Sobrecarga da Doença Renal 39,0 ($\pm 25,8$); Sono 58,0 ($\pm 15,1$), Efeitos da Doença Renal 62,7 ($\pm 22,7$), Sintoma/Lista de Problemas 72,8 ($\pm 17,6$), Qualidade da Interação Social 73,9 ($\pm 22,8$), Função Cognitiva 77,9 ($\pm 26,6$), Suporte Social 79,9 ($\pm 33,0$), Satisfação do Paciente 93,5 ($\pm 13,5$) e Estímulo por Parte da Equipe 97,7 ($\pm 9,7$). (Quadro 2)

Quadro 2: Médias dos escores de cada Dimensão do KDQOL-SF obtida por 54 indivíduos em tratamento de hemodiálise.

Dimensão	Média	Desvio-Padrão
Estímulo por Parte da Equipe de Diálise	97,7	9,7
Satisfação do Paciente	93,5	13,5
Suporte Social	79,9	33,0
Função Cognitiva	77,9	26,6
Qualidade da Interação Social	73,9	22,8
Sintoma/Lista de Problemas	72,8	17,6
Efeitos da Doença Renal	62,7	22,7
Sono	58,0	15,1
Sobrecarga da Doença Renal	39,0	25,8
Função Sexual	33,8	41,7
Condições de Trabalho	6,5	21,8

DISCUSSÃO

Na amostra estudada houve predomínio de homens, este dado corrobora com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, que de acordo com o Censo de 2009, 57% dos pacientes são do sexo masculino e 43% do sexo feminino. No estudo foi visto que apenas 9,2% dos entrevistados moravam sozinhos, evidenciando a dependência dos pacientes submetidos à hemodiálise, pois mesmo não sendo casados, moravam com algum membro da família. Confirmando com Cordeiro (2009) a maioria dos

pacientes não trabalhavam devido à sua doença renal, pois a maioria eram aposentados precocemente. Isto demonstra a dificuldade de pacientes em manter um trabalho fixo, pois é gasto boa parte do dia à sessão de hemodiálise e muitos relataram que após a sessão se sentem cansados e fracos.

Quanto à escala WHOQOL-bref o domínio que obteve maior comprometimento foi o físico, que corrobora com os dados de outros estudos (Higa, Kost, Soares, Morais, & Polins, 2008; Mendonça, 2007) e que segundo estes é o domínio que mais influencia a qualidade de vida do sujeito submetido à hemodiálise. De todos os itens da escala, os dois itens com menor média pertencem ao Domínio Físico que é a dependência de medicação ou tratamento e a capacidade de trabalho, demonstrando o quanto este domínio prejudica estes pacientes.

Os resultados da escala KDQOL-SF nos mostram que as perdas mais significativas foram na dimensão Condições de Trabalho, pois muitos pacientes relataram a aposentadoria devido à doença. Este dado coincide com Kusumota (2005) que observou que nesta dimensão houve prejuízo, porque os pacientes não conseguem estabelecer um vínculo devido ao tempo que gastam nas sessões de hemodiálise e às constantes queixas de cansaço, fraqueza indisposição, mal estar o que impossibilita fazer esforço físico no trabalho. Carreira (2003) ressalta a importância do trabalho na vida dos pacientes. Este relata que o trabalho é uma condição essencial para a realização e a valorização pessoal, mesmo quando realizado apenas no âmbito doméstico. Portanto, percebemos a importância do trabalho na melhoria na qualidade de vida dos pacientes. O segundo menor escore obtido foi a Dimensão Função Sexual, em que Yassumoto (2004) chama a atenção para este problema dos pacientes renais crônicos, que associado a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardíacas, depressão e ao hábito de fumar pode afetar a sua qualidade de vida. O terceiro menor escore foi a Dimensão Sobrecarga da Doença Renal que são questões para verificar se o paciente se sente decepcionado ao lidar com a doença, se sente como um peso para família e o quanto a doença renal interfere na vida. A Dimensão Efeitos da Doença Renal avalia o impacto das restrições líquidas/alimentares, condições para viajar, aparência pessoal e tempo livre. Percebemos que os pacientes se sentem muito incomodados principalmente com as restrições líquidas e alimentares. A dimensão que obteve melhores resultados foi Estímulo por Parte da Equipe e Satisfação do Paciente, isto mostra o quanto a equipe da diálise ajuda e estimula o enfrentamento da doença.

Kusumota (2005) ressalta que a IRC enquanto doença crônica não-transmissível, bem como seu tratamento contínuo por toda a vida, exceto se houver um transplante renal bem sucedido, afetam vários aspectos da vida dos pacientes, tornando importante a avaliação da qualidade de vida.

Percebemos que a maior parte deles moravam com o cônjuge ou com alguém da família, portanto mesmo solteiros dependiam de alguém. Quando se trata de pacientes renais crônicos, devemos prestar atenção em sua capacidade de trabalho, pois houve grande prejuízo neste estudo, consequentemente em seu estado físico em geral. Kusumota (2005) ressalta que a IRC enquanto doença crônica não-

transmissível, bem como seu tratamento contínuo por toda a vida, exceto se houver um transplante renal bem sucedido, afetam vários aspectos da vida dos pacientes, tornando importante a avaliação da qualidade de vida.

Segundo Fernandes, Monteiro, Lima, Mesquita, e Pacheco, (2009) o papel do psicólogo ao paciente renal crônico tem o objetivo de facilitar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para diminuir o impacto decorrente da doença e do tratamento e a ajudá-lo a reconstruir a sua vida tanto particular quanto social a partir do diagnóstico. Os resultados também sugerem a importância do oferecimento de psicoterapia para pacientes submetidos à hemodiálise.

REFERÊNCIAS

Associação de Pacientes Transplantados da UNIFESP. *Insuficiência Renal*. Recuperado em 25 novembro, 2010, de <http://www.unifesp.br/assoc/atx/dossie.htm>.

Carreira, L., & Marcon, S. S. (2003) Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, 11(6), 823-31.

Cesarino, C. B., & Casagrande, L. D. R. (1998). Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Revista latino-americano de enfermagem*, 6 (4), 31-40.

Cordeiro, J., Silva, A., Oliveira, L., Zatta, L., & Silva, A. (2009) Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (4), 785-93.

Desenvolvimento do WHOQOL. *Conceito de Qualidade de Vida*. Rio Grande do Sul (1998). Recuperado em 25 novembro, 2010, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>.

Duarte, P., Miyazaki, M. C. D. S., Ciconelli, R. M., & Sesso, R. (2003) Tradução e Adaptação Cultural do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida para Pacientes Renais Crônicos (KDQOL-SF). *Revista de Associação Médica Brasileira*, 4 (94), 375-81.

Fernandes, L. F., Monteiro, K., Lima, J., Mesquita, F., & Pacheco, M.. (2009) Salud y calidad de la vida de los pacientes en hemodiálisis. *Psicologia para a América Latina*, (16).

Higa, K., Kost, M. Soares, D., Morais, M., & Polins, B.(2008) Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (número especial), 203-6.

Kusumota, L. (2005) *Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Mendonça, D. P. (2007) *Qualidade de Vida dos Portadores de Insuficiência Renal Crônica em Tratamento de Hemodiálise*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Moreira, C. A., Junior, W., Lima, L., Lima, C., Ribeiro, J., & Miranda, A. (2009) Avaliação das Propriedades Psicométricas Básicas para a Versão em Português do KDQOL-SFTM. *Revista de Associação Médica Brasileira*, 55 (1), 22-8.

Pedroso, B, Pilatti, L. A., Gutierrez, G. L., & Picinin, C. T. (2010) Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 2(1), 31-36.

Rim-Online. Instituto do rim do Paraná. *Hemodiálise*. Recuperado em 25 novembro, 2010, de <http://www.rim-online.com.br/site/?id=140>.

Schor, N., & Srougi, M. (1998). *Nefrologia urologia clínica*. São Paulo: Sarvier Editora.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. *O rim e suas doenças*. São Paulo (2004). Recuperado em 04 novembro, 2009, de <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.htm>.

Yassumoto, G., Bezerra, C. S., Júnior, F. N. F., & Azoubel, R. (2004) Avaliação da função erétil e da qualidade de vida sexual em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico no Hospital de Base de São José do Rio Preto – FAMERP. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 11 (2), 2-4.

BURNOUT, AJUSTAMENTO EMOCIONAL E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM PROFESSORES PORTUGUESES: INFLUÊNCIAS DO GRAU DE ENSINO E TIPO DE ESCOLA

FILIPPE JESUS 1, IVONE PATRÃO 1 & JOANA SANTOS-RITA 2

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o stress constitui-se actualmente como uma “epidemia a nível mundial” e representa severas consequências quer em termos individuais, familiares, organizacionais e mesmo em toda a esfera sociopolítica das comunidades e países por si afectados (WHO, 2001). O stress pode então ser definido como a resposta a um ou a vários acontecimentos, com um nível de exigência aos quais o sujeito é sensível e não consegue desenvolver estratégias adequadas.

Considerado como uma das maiores preocupações das sociedades actuais, o *burnout* é entendido como um tipo de *stress* ocupacional que afecta essencialmente profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado numa relação de atenção directa, contínua e altamente emocional (Leiter & Maslach, 1988; Maslach & Leiter, 1999), sendo as profissões mais vulneráveis as que envolvem serviços, tratamento ou educação (Maslach & Leiter, 1999). Actualmente, a definição mais aceite do *burnout* é a fundamentada na perspectiva social-psicológica de Maslach e colaboradores, sendo esta constituída por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho. Dentro do quadro dos profissionais da educação, Farber (1991) divide as manifestações do *burnout* em professores em sintomas individuais e profissionais, destacando, entretanto, que estas questões são de difíceis generalizações e descrições universais. Em geral, segundo o autor, os professores sentem-se emocional e fisicamente exaustos, estão frequentemente irritados, ansiosos, com raiva ou tristes.

Por outro lado, deve-se também ter em atenção que as consequências do *stress* profissional e do *burnout* em professores não se manifestam somente no campo pessoal-profissional, mas também trazem repercussões sobre a organização escolar e na relação com os alunos. A adopção de atitudes negativas, por parte dos professores, na relação com os receptores dos seus serviços, deflagra um processo de deterioração da qualidade da relação e do seu papel profissional (Farber, 1991).

1- ISPA – Instituto Universitário – Lisboa, Portugal; 2 -Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Lisboa, Portugal.

Algumas investigações referem que o tipo de *stress* na classe docente difere entre os vários níveis de ensino (Buunk, Peiró, Rodriguez & Bravo, 2007).

Neste âmbito, torna-se também fulcral ter em atenção a problemática da satisfação profissional. De facto, a satisfação profissional tem vindo a constituir um tópico de interesse crescente para aqueles que se preocupam com a qualidade de vida no trabalho e com o sucesso organizacional. Apesar da grande acumulação de resultados empíricos, poucas afirmações de natureza causal se podem fazer, devido às metodologias de investigação, utilizadas nos diferentes estudos, normalmente de natureza transversal (Jesus, 2005).

Assim, se nos situarmos ao nível da actividade dos professores e termos em consideração os resultados da crescente investigação em torno dos conceitos de “crise” e “mal-estar” docente, somos confrontados com indicadores negativos do bem-estar psicológico e emocional desta classe profissional, entre os quais se destacam alguns “sintomas” de insatisfação profissional. Perante tal situação e tendo em conta a crescente acumulação de expectativas sociais e os desafios face à educação, torna-se cada vez mais importante para os docentes a necessidade de uma qualificação profissional e pessoal ao longo da vida (Vieira, 1995).

Face ao exposto, o objectivo deste estudo exploratório e transversal passou por avaliar a relação entre o ajustamento emocional, o *stress* profissional e a satisfação profissional vivenciadas pelos professores, procurando compreender potenciais diferenças em relação ao grau de ensino e ao tipo de escola em que estes profissionais leccionavam.

MÉTODO

Participantes

Seleccionou-se uma amostra não-probabilística e de tipo “bola-de-neve” de 125 professores portugueses, que se encontravam a exercer a sua actividade profissional há mais de seis meses. Do total dos 125 participantes 71.2% são do género feminino e 28.8% são do género masculino, com idades compreendidas entre os 27 e os 61. Na sua maioria, os participantes são casados (59.2%) ou vivem em união de facto (1.6%), tendo a maioria, um ou mais filhos (68%). Maioritariamente, os participantes exercem funções no sector público (71.2%), leccionam em tempo total (94.4%) e têm uma licenciatura (76.8%). O tempo médio de docência é de cerca de 19 anos, enquanto o tempo médio na actual escola é de aproximadamente 11 anos. Relativamente ao nível de ensino, 17.6% dos professores leccionam no 1º ciclo, 14.4% no 2º ciclo, 15.2% no 3º ciclo, 16.8% no 3º ciclo e secundário e 36% no ensino secundário. Verifica-se também que a maioria dos participantes possui funções de docência nas escolas onde trabalham (42.4%) e não exercem actividades em outras instituições (93.6%).

Material

No presente estudo foram utilizados quatro instrumentos: Questionário de Dados Socio-demográficos e Profissionais, Questionário de *Burnout* para Professores, versão revista - CBP (CBP-R; versão portuguesa de Patrão e Santos Rita, 2010), Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21; versão portuguesa de Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) e Questionário de Satisfação no Trabalho para Professores (TJSQ; versão portuguesa de Seco, 2002). O Questionário de Dados Sócio-demográficos e Profissionais foi desenvolvido para recolha dos dados sócio-demográficos e profissionais

Genericamente, a consistência interna das escalas apresentadas é considerada boa/aceitável (Marôco & Garcia-Marques, 2006): Preocupações Profissionais ($\alpha=0.787$); Falta de Reconhecimento Profissional ($\alpha=0.801$); *Stress* de Papel ($\alpha=0.773$); Exaustão Emocional ($\alpha=0.855$); Condições Organizacionais ($\alpha = 0.504$); Despersonalização ($\alpha=0.598$); Falta de Realização ($\alpha=0.374$); Supervisão ($\alpha=0.679$); *Burnout* ($\alpha=0.687$); Natureza do Próprio Trabalho ($\alpha=0.603$); Relações com os Órgãos de Gestão ($\alpha=0.612$); Recompensas Pessoais ($\alpha=0.809$); Relações com os Colegas ($\alpha=0.843$); Condições Materiais de Trabalho ($\alpha=0.805$); Depressão ($\alpha=0.903$); Ansiedade ($\alpha=0.811$) e *Stress* ($\alpha=0.880$).

A baixa consistência interna da Despersonalização pode estar relacionada com o facto desta dimensão ser a ultima a estabelecer-se na síndrome de *burnout* (Borges et al. 2002). Em relação às dimensões Condições Organizacionais e Falta de Realização, a baixa consistência poderá ser explicada pelo facto dos professores terem tido dificuldades em perceber alguns dos itens referentes às duas dimensões, podendo tal facto ter sido gerador de confusão e, deste modo, influenciando as respostas dadas. Assim, os dados obtidos em relação a estas dimensões devem ser analisados com precaução.

Procedimento

Após obtida a aprovação da Direcção-Geral da Inovação e do Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação, constituiu-se uma amostra de conveniência de 125 sujeitos, tendo todos os participantes dado o seu consentimento informado e completado o preenchimento dos instrumentos. Foi efectuada pesquisa bibliográfica em diferentes bases de dados, centrada nas seguintes palavras-chave: *burnout*, *emotional adjustment*, *professional satisfaction* e *teachers*. Para a análise e o tratamento dos dados recorreu-se ao software IBM SPSS (v. 17.0), tendo-se procedido a uma análise descritiva e inferencial das variáveis do estudo. Uma vez que a amostra não seguia uma distribuição normal, recorreu-se à utilização de testes não paramétricos (Coeficiente de Correlação de *Spearman* e o teste de *Kruskal-Wallis*). Em termos de conclusões estatísticas, foi utilizado um nível de significância de 0.05.

RESULTADOS

De um modo geral, a amostra apresenta níveis baixos de depressão ($M=2.66$; $DP=3.09$), ansiedade ($M=2.26$; $DP=2.63$) e *burnout* ($M=2.43$; $DP=0.42$) enquanto no *stress* apresenta níveis um pouco mais elevados ($M=5.50$; $DP=3.54$), mas mesmo assim inferiores ao valor médio da sub-escala *stress* da EADS-21 (que é de 10.5 pontos). De um modo geral 40.8% da amostra apresenta elevados níveis de *burnout*. No que diz respeito à satisfação profissional dos participantes, estes encontram-se relativamente satisfeitos ($M=3.20$; $DP=0.31$). Relativamente à relação das diferentes sub-escalas em análise com as variáveis grau de ensino e tipo de escola podem-se observar nos Quadros 1 e 2 os resultados obtidos.

Quadro 1 – *Exploração de associações da variável Grau de Ensino com as sub-escalas do CBP-R, EADS-21 e TJSQ (n=125, *p<0.05).*

Sub-escalas	Depressão	Stress	Stress de Papel	Falta de Reconhecimento Profissional	Exaustão Emocional
Grau de Ensino (X^2)	9.540*	12.022*	10.833*	11.323*	12.447*
Predominância (M)	3º Ciclo (M=74.68)	1º Ciclo (M=76.98)	1º Ciclo (M=78.48)	1º Ciclo (M=77.98)	1º Ciclo (M=80.57)

Quadro 2- *Exploração de associações da variável Tipo de Escola com as sub-escalas do CBP-R, EADS-21 e TJSQ (n=125, *p<0.05).*

Sub-escalas	Stress de Papel	Natureza do Próprio Trabalho	Recompensas Pessoais	Satisfação Profissional Total
Tipo de Escola (X^2)	4.568*	6.245*	6.529*	5.038*
Predominância (M)	Ensino Público (M=64.75)	Ensino Privado (M=87.08)	Ensino Privado (M=87.67)	Ensino Privado (M=84.63)

Na comparação entre os professores e os diferentes graus de ensino, verifica-se que estes diferem significativamente em relação à depressão ($p=0.048$), ao *stress* ($p=0.013$), ao *stress* de papel ($p=0.028$), à falta de reconhecimento profissional ($p=0.021$) e à exaustão emocional ($p=0.012$). Em relação aos professores e aos tipos de escola, constataram-se diferenças ao nível do *stress* de papel ($p=0.030$), da natureza do próprio trabalho ($p=0.013$), das recompensas pessoais ($p=0.010$) e da satisfação profissional ($p=0.025$).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos revelam a existência de níveis baixos de depressão, ansiedade e *burnout*. Deve-se, contudo, ter em atenção que os níveis de *stress* são elevados e que uma parte da amostra apresenta níveis elevados de *burnout*, o que vai de encontro ao que é descrito na literatura, em que a classe docente é caracterizada como uma profissão de *stress* (Jesus, 2005; Stoeber & Rennert, 2008).

Segundo vários estudos, os profissionais de ensino apresentam elevados níveis de *stress* (Jesus, 2005; Capelo & Pocinho, 2009; Stoeber & Rennert, 2008) e são afectados pela síndrome de *burnout* de forma severa (Carlotto, 2008; Jesus, 2005), provocando no docente uma exaustão física e emocional que acarreta consequências, não só ao nível individual, como ao nível organizacional.

Para além destes resultados, verificam-se diferenças relativamente ao grau de ensino a que estes professores leccionavam. Concretamente, os professores do ensino primário apresentam valores superiores nos níveis de *stress*, exaustão emocional e maior falta de reconhecimento profissional. Por outro lado, os professores do ensino secundário apresentam valores superiores de depressão. Neste sentido, uma possível explicação para estes resultados poderá passar pelos professores do ensino primário sentirem-se colocados perante níveis de exigência e expectativas superiores para a execução do seu papel e, tendo em conta o contexto educativo português, por vezes não conseguirem ter os recursos materiais e humanos mais adequados para o desempenho eficaz das suas funções. Esses factores contribuem também para que estes professores experienciem uma falta de reconhecimento profissional em relação à sua profissão. Além disso, verificou-se nesta amostra que são os professores do ensino primário que têm uma maior sensação de exaustão emocional, o que faz com que estes profissionais sintam que não possuem energias suficientes para continuarem a trabalhar, situação esta que poderá levar ao absentismo (Ursúa & Toro, 2006). De acordo com Esteve (1999), o absentismo e o abandono da profissão docente estão intimamente relacionados com o *burnout* na medida em que estas são as reacções mais frequentes dos professores que têm essa síndrome.

Por outro lado, os professores do ensino secundário aparentam possuir uma maior incidência de fadiga e depressão, cuja ocorrência poderá levar ao aparecimento da restante sintomatologia associada à síndrome de *burnout*. De facto, segundo Golembiewsky, Scherb & Boudreau (1993), a síndrome de *burnout* constitui-se como um modelo multidimensional na qual a ocorrência de uma dimensão pode desencadear o desenvolvimento das outras duas. Van Horn e colaboradores (2001) demonstraram a existência de maiores níveis de *burnout* em professores do ensino secundário do que em professores do primário. Também Schwab (2001) concluiu que os professores que leccionavam ciclos mais elevados de ensino apresentavam níveis mais elevados de despersonalização do que os que leccionavam níveis mais elementares. Por outro lado, Nagy e Nagy (1992, in Mota-Cardoso et al., 2002) encontraram níveis mais frequentes de exaustão emocional e de despersonalização nos professores primários do que noutros docentes.

Em relação ao tipo de escola, verificou-se no presente estudo que eram os professores que trabalhavam em escolas públicas aqueles que apresentavam maiores níveis de *stress* de papel e maior insatisfação em relação ao seu trabalho diário, ordenado, reconhecimento social e progressão na carreira. Estes resultados remetem a Soratto e Oliver-Heckler (1999) que relatam que a escola pública segue o modelo do serviço público, que é vertical e de hierarquia sucessiva, ou seja, o poder para se tomar decisões na escola é fragmentado. Por sua vez, Silva e Carlotto (2003) acrescentam que o trabalho dos professores é geralmente realizado sob factores potencialmente geradores de *stress* tais

como: baixos ordenados, escassos recursos materiais e didáticos, turmas superlotadas, tensão na relação com os alunos, excesso de carga horária e falta de segurança no contexto escolar.

De facto, tal como acontece actualmente com outros profissionais, os múltiplos papéis que o contexto sócio-económico espera do profissional da docência supõem o domínio de um vasto leque de competências pessoais (que ultrapassa largamente a simples acumulação de conhecimentos) e uma maior versatilidade para lidar com a mudança (quer ao nível da sala de aula, quer ao nível do próprio contexto escolar), o que leva, em muitos casos, ao confronto com desajustes que implicam reestruturações frequentes das representações que o professor tem da sua actividade, de modo a conseguir responder adequadamente às exigências sociais e profissionais, que se sucedem a um ritmo tão acelerado (Champoux, 1992).

Por fim, numa perspectiva de investigação futura, constata-se que todos os dados recolhidos neste estudo parecem alertar para a importância da contínua avaliação do *burnout* em professores, de forma a discriminar os diferentes factores associados. Tendo em conta os diferentes níveis de ensino, parece importante que se adopte uma metodologia de investigação-acção com o objectivo de explorar diferentes amostras com um maior número de participantes, procurando também que estas sejam mais homogéneas em relação ao género dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 189-200.
- Buunk, A. P., Peíró, J. M., Rodríguez, I., & Bravo, M. J. (2007). A Loss of Status and a Sense of Defeat: An Evolutionary Perspective on Professional Burnout. *European Journal of Personality*, 21, 471-485.
- Capelo, M., Pocinho, M., & Jesus, S. N. (2009). *Stress, estratégias de coping e auto-eficácia em professores*. Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, 643-658.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores de escolas públicas e privadas. *Psicologia da Educação*, 26, 29-46.
- Champoux J. E. (1992). A multivariate test of the job characteristics theory of work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 431-446.
- Esteve, J. (1999). *O mal-estar docente – a sala de aula e a saúde dos professores*. Bauru: EDUSC.
- Farber, B. A. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Golembiewsky, R.T., Scherb, K., & Boudreau, R. A. (1993). *Burnout in cross national settings: generic and model specific perspectives*. Philadelphia: Taylor & Francis.

Jesus, S. N. (2005). Bem-estar docente. Perspectivas para superar o mal-estar dos professores. In A. M. Pinto & A. L. Silva, *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores.

Leiter, P. M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do Alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4, 65-90.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1999). *Psychology Today*, 32, 50-57.

Mota-Cardoso, R., Araújo, A. Carreira Ramos, R., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O Stress nos Professores Portugueses – Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.

Rita, J. S., Patrão, I., & Sampaio, D. (2010). *Burnout, Stress Profissional e Ajustamento Emocional em Professores do Ensino Básico e Secundário*. Actas do VII do Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho.

Schwab, R. L. (2001). Teacher burnout: Moving beyond “psychobabble”. *Theory Into Practice*, 22(1), 21-27.

Seco, G. M. (2002). *A satisfação dos professores. Teorias, modelos e evidências*. Porto: Edições ASA.

Silva, G. N., & Carlotto, M. S. (2003). Síndrome de burnout: Um estudo com professores da rede pública. *Revista Psicologia Escolar e Educacional*, 7(2), 145-153.

Soratto, L., & Olivier-Heckler, C. (1999). Os trabalhadores e seu trabalho. In Codo (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. São Paulo: Vozes.

Stoeber, J., & Rennert, D. (2008). Perfectionism in school teachers: Relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21, 37-53.

Ursúa, M., & Toro, L. (2006). Contexto laboral y malestar docente en una muestra de profesores de Secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(1), 45-73.

Van Horn, J. E., Schaufeli, W. B., & Taris, T.W. (2001). Lack of reciprocity among Dutch teachers: Validation of reciprocity indices and their relation to stress and well-being. *Work and Stress*, 15, 191-213.

Vieira, M. T. (1995). A Integração Escolar – Uma Prática Educativa. *Educação*, 10, 16-21.

World Health Organization (2001). The World Health Report: 2001: Mental health – new understanding, new hope. WHO: Geneva.

DÉFICES COGNITIVOS ESPECÍFICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FENILCETONÚRIA DIAGNOSTICADA E TRATADA PRECOCEMENTE

ANA LAÚNDES, ENRIQUE VÁZQUEZ-JUSTO & CARLA CARMONA

A fenilcetonúria (PKU) foi a primeira alteração metabólica a ser considerada como factor etiológico de atraso mental. Consiste num erro autossómico recessivo, que ocorre no metabolismo da fenilalanina (Phe), um aminoácido essencial. A incidência da PKU ou hiperfenilalaninemia (HPA) é aproximadamente 1 em 10.000 nascimentos, sendo mais elevada entre os caucasianos do que em outras raças. A PKU pode ser detectada na triagem neo-natal, como tem sido executada na maioria dos países ocidentais, e o seu tratamento habitual consiste numa dieta baixa em proteínas com restrição de Phe, de forma a impedir o desenvolvimento de lesões no sistema nervoso central e, consequentemente, a deficiência cognitiva, iniciada precocemente (Williams, Mamotte, & Burnett, 2008).

O quociente intelectual (QI) foi sempre uma medida chave usada nos estudos da PKU, por ser uma das consequências da qualidade do controlo dietético (QCD). No final da década de 70, os resultados do tratamento passam a ser cada vez mais quantificados por instrumentos de avaliação neuropsicológica (Koff, Kammerer, Boyle, & Pueschel, 1979). Situações de HPA podem prejudicar a neurotransmissão e as funções cognitivas. Sabe-se que a Phe inibe a síntese dos neurotransmissores dopamina e serotonina. Como o córtex pré-frontal é rico em neurónios dopaminérgicos, Pennington, Doorninck, McCabe, e McCabe (1985) colocam a hipótese dos défices na função executiva, prevendo que as funções de controlo superior sejam afectadas por níveis elevados de Phe durante e após a liberalização da dieta.

Para este estudo foi estabelecida uma classificação da HPA baseada na classificação definida pela Comissão Nacional para o Diagnóstico Precoce. Considerando os valores de diagnóstico da Phe, obtidos ao rastreio e na análise de confirmação, os indivíduos que apresentam valores de Phe inferiores ou iguais a 20 mg/dl são englobados no grupo da PKU moderada. Doentes com valores superiores a 20 mg/dl inserem-se no grupo da PKU clássica.

A QCD é calculada a partir das medianas anuais de Phe obtidos nas diversas colheitas efectuadas, bem como através dos valores de Phe actuais (obtidos no momento da avaliação cognitiva).

Tendo como base a classificação definida em Portugal, foi estabelecida para este estudo uma classificação da QCD. Os indivíduos que apresentam valores de Phe inferiores ou iguais a 6,0 mg/dl são englobados no grupo que cumpre o tratamento. Doentes com valores superiores a 6,0 mg/dl inserem-se no grupo que não cumpre o tratamento.

O nível de desenvolvimento mental global (QI) é uma das variáveis avaliadas nos estudos sobre PKU. Investigações recentes sobre a PKU procuraram também explorar funções cognitivas específicas (Griffiths, Tarrini, & Robinson, 1997). Enquanto a linguagem, a percepção, a memória e o funcionamento motor parecem ser normais, os estudos documentam deficiência em alguns domínios incluindo a atenção, o funcionamento perceptivo-motor, a capacidade de planeamento e de organização, a aplicação flexível de estratégias e a formação de conceitos (Brunner, Jordan, & Berry, 1983; Pennington et al., 1985).

O objectivo do estudo consiste em caracterizar a população portuguesa de crianças e adolescentes com PKU diagnosticada e tratada precocemente em vários aspectos do seu funcionamento cognitivo e neuropsicológico, definindo factores e grupos de risco para os défices cognitivos específicos. Serão considerados os níveis de desenvolvimento global e, também, aspectos específicos de desenvolvimento neuropsicológico, através, sempre que possível, da análise do perfil psicométrico nos testes utilizados.

As hipóteses colocadas serão relativas às diferenças esperadas no nível de desenvolvimento mental global e no nível de desenvolvimento mental em áreas cognitivas específicas das crianças e dos adolescentes, distribuídos pelos dois grupos de classificação da HPA, isto é, valores de Phe inferiores ou iguais a 20 mg/dl e valores de Phe superiores a 20 mg/dl, bem como distribuídos pelos dois grupos de QCD definidos, ou seja, cumprimento do controlo dietético e incumprimento do controlo dietético.

MÉTODO

Participantes

Para efeitos de elaboração da amostra foram contemplados os doentes seguidos no Centro de Genética Médica Doutor Jacinto de Magalhães (CGM) e pertencentes ao grupo de diagnóstico precoce. Estes indivíduos apresentam idades compreendidas entre os 6 anos e os 16 anos 11 meses e 30 dias. No controlo de variáveis parasitas, explorou-se a existência de eventuais atrasos de desenvolvimento não relacionados com a PKU mas com outras condições clínicas, que podem influenciar as variáveis estudadas. Dos 181 casos de PKU diagnosticados e seguidos pelo CGM foram estudados 68 sujeitos. Atendendo aos critérios de inclusão apresentados na constituição da amostra, trata-se de uma amostra por conveniência.

Material

No estudo das variáveis nível de desenvolvimento mental global e em áreas cognitivas específicas, foi utilizado, como instrumento de avaliação, a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - 3ª Edição (WISC-III). Com esta escala, o desempenho dos sujeitos pode ser sintetizado em três resultados compósitos, identificados como QI Verbal, QI de Realização e QI Global, permitindo ao avaliador determinar a qualidade do desempenho em diferentes aptidões intelectuais. A WISC-III é constituída por vários subtestes, cada um deles avaliando áreas específicas da inteligência. Os subtestes verbais linguísticos estão subjacentes ao QI verbal. Os subtestes visuo-espaciais estão subjacentes ao QI de realização.

Procedimento

O tipo de desenho desta investigação enquadra-se nos estudos correlacionais prospectivos, onde se procura estabelecer uma base-line das variáveis independentes, primeiramente, o valor de rastreio e confirmação, e, posteriormente, os valores históricos e actuais de Phe. Depois da sua acção sobre as variáveis dependentes, nomeadamente, o nível de desenvolvimento mental global e em áreas cognitivas específicas, mede-se as variáveis dependentes para avaliar o impacto das variáveis independentes. A análise e o tratamento estatístico dos dados foi realizado, recorrendo ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para Windows com a versão 15.0. No estudo de diferenças inter-individuais, foi realizada uma análise estatística correlacional descritiva bivariada. Na comparação de médias entre grupos, foi utilizado um teste paramétrico (T de Student), uma vez que em cada uma das análises existia apenas uma variável dependente.

RESULTADOS

Nível de desenvolvimento mental global e em áreas cognitivas específicas em função da HPA

Relativamente ao QI Global, verifica-se uma diferença significativa ($t(60)=3,316$; $p=0,00$) entre as médias dos sujeitos com valores superiores a 20 mg/dl ($M=78,94$; $DP=18,74$) e os sujeitos cujos valores são iguais ou inferiores a 20 mg/dl ($M=97,1$; $DP=18,87$). Da mesma forma, verificam-se diferenças significativas relativamente ao QI Verbal e QI de Realização ($t(60)=2,698$; $p=0,01$ e $t(60)=3,365$; $p=0,00$, respectivamente) entre as médias do grupo de sujeitos com valores iguais ou inferiores a 20 mg/dl ($M=97,7$; $DP=19,82$ e $M=98,4$; $DP=17,39$) e naqueles cujos valores são superiores a 20 mg/dl ($M=82,25$; $DP=19,67$ e $M=81,38$; $DP=17,52$).

No estudo do perfil psicométrico das provas da escala verbal, verificaram-se diferenças significativas nas provas de informação ($t(60)=2,476$; $p=0,02$), semelhanças ($t(60)=2,172$; $p=0,03$), aritmética ($t(60)=2,141$; $p=0,04$) e vocabulário ($t(60)=2,225$; $p=0,03$), entre as médias dos sujeitos

com valores superiores a 20 mg/dl (M=7,19; DP=3,04 e, M=8,31; DP=4,38 e, M=7,13; DP=2,87 e, M=7,38; DP=3,44, respectivamente) e os sujeitos cujos valores são iguais ou inferiores a 20 mg/dl (M=9,6; DP=3,51 e, M=10,8; DP=3,75 e, M=9,1; DP=3,34 e, M=10,0; DP=4,25, respectivamente).

No estudo do perfil psicométrico das provas da escala de realização, verificaram-se diferenças significativas nas provas de código ($t(60)=3,137$; $p=0,00$), disposição de gravuras ($t(60)=2,442$; $p=0,02$), cubos ($t(60)=2,915$; $p=0,01$) e composição de objectos ($t(60)=3,216$; $p=0,00$), entre as médias dos sujeitos com valores superiores a 20 mg/dl (M=6,63; DP=2,68 e, M=7,94; DP=4,55 e, M=6,50; DP=2,92 e, M=7,63; DP=2,50, respectivamente) e os sujeitos cujos valores são iguais ou inferiores a 20 mg/dl (M=9,3; DP=3,02 e, M=10,7; DP=3,64 e, M=9,0; DP=2,93 e, M=10,2; DP=2,77, respectivamente).

Quadro 1 –Diferenças no perfil psicométrico global e em áreas cognitivas específicas das crianças e dos adolescentes fenilketonúricos, a partir dos resultados médios obtidos nos diferentes subtestes da WISC-III, em função da classificação da HPA (valores de rastreio e de confirmação)

Dimensões			Valores de rastreio e de confirmação		<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
			≤ 20 mg/dl	> 20 mg/dl			
			M	DP			
QI Global	97,1	87	18,78,94	18,74	3,316	60	0,00 *
QI Verbal	97,7	82	19,82,25	19,67	2,698	60	0,01 *
QI Realização	98,4	39	17,81,38	17,52	3,365	60	0,00 *
Informação	9,6	1	3,57,19	3,04	2,476	60	0,02 *
Semelhanças	10,8	5	3,78,31	4,38	2,172	60	0,03 *
Aritmética	9,1	4	3,37,13	2,87	2,141	60	0,04 *
Vocabulário	10,0	5	4,27,38	3,44	2,225	60	0,03 *
Compreensão	9,3	7	3,97,06	4,46	1,884	60	0,06
Composição de Gravuras	10,2	2	3,78,13	4,57	1,787	60	0,08
Código	9,3	2	3,06,63	2,68	3,137	60	0,00 *
Disposição de Gravuras	10,7	4	3,67,94	4,55	2,442	60	0,02 *
Cubos	9,0	3	2,96,50	2,92	2,915	60	0,01 *
Composição de Objectos	10,2	7	2,77,63	2,50	3,216	60	0,00 *

* $p \leq 0,05$.

Nível de desenvolvimento mental global e em áreas cognitivas específicas em função da QCD

Relativamente ao QI Global, verifica-se uma diferença significativa ($t(60)=8,888$; $p=0,00$) entre as médias dos sujeitos que não cumprem adequadamente o tratamento (M=69,53; DP=14,98) e os sujeitos que cumprem adequadamente o tratamento (M=102,5; DP=12,76). Da mesma forma, verificam-se diferenças significativas relativamente ao QI Verbal e QI de Realização ($t(60)=7,239$;

$p=0,00$ e $t(60)=7,324$; $p=0,00$, respectivamente) entre as médias do grupo de sujeitos que cumprem adequadamente o tratamento ($M=103,1$; $DP=14,81$ e $M=102,5$; $DP=12,63$) e aqueles que não cumprem adequadamente o tratamento ($M=72,58$; $DP=16,39$ e $M=74,68$; $DP=16,22$). No estudo do perfil psicométrico das provas da escala verbal, verificaram-se diferenças significativas em todas as provas, ou seja, informação ($t(60)=4,819$; $p=0,00$), semelhanças ($t(60)=6,236$; $p=0,00$), aritmética ($t(60)=6,342$; $p=0,00$), vocabulário ($t(60)=5,413$; $p=0,00$) e compreensão ($t(60)=4,320$; $p=0,00$), entre as médias dos sujeitos que não cumprem adequadamente o tratamento ($M=6,21$; $DP=2,99$ e, $M=6,37$; $DP=3,74$ e, $M=5,47$; $DP=2,48$ e, $M=5,74$; $DP=2,45$ e, $M=5,68$; $DP=4,18$, respectivamente) e os sujeitos que cumprem adequadamente o tratamento ($M=10,2$; $DP=3,05$ e, $M=11,8$; $DP=2,89$ e, $M=10,0$; $DP=2,64$ e, $M=10,9$; $DP=3,82$ e, $M=10,1$; $DP=3,45$, respectivamente).

No estudo do perfil psicométrico das provas da escala de realização, verificaram-se diferenças significativas em todas as provas, isto é, composição de gravuras ($t(60)=5,050$; $p=0,00$), código ($t(60)=4,747$; $p=0,00$), disposição de gravuras ($t(60)=5,288$; $p=0,00$), cubos ($t(60)=5,578$; $p=0,00$) e composição de objectos ($t(60)=5,129$; $p=0,00$), entre as médias dos sujeitos que não cumprem adequadamente o tratamento ($M=6,37$; $DP=4,42$ e, $M=6,16$; $DP=3,24$ e, $M=6,58$; $DP=3,72$ e, $M=5,63$; $DP=3,06$ e, $M=7,11$; $DP=2,54$, respectivamente) e os sujeitos que cumprem adequadamente o tratamento ($M=11,1$; $DP=2,84$ e, $M=9,7$; $DP=2,44$ e, $M=11,5$; $DP=3,21$ e, $M=9,5$; $DP=2,28$ e, $M=10,6$; $DP=2,40$, respectivamente).

Quadro 2: Diferenças no perfil psicométrico global e em áreas cognitivas específicas das crianças e dos adolescentes fenilcetonúricos, a partir dos resultados médios obtidos nos diferentes subtestes da WISC-III, em função da QCD (valores históricos e actuais de Phe)

		Valores históricos e actuais de Phe				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>
		Cumpre		Não cumpre				
Dimensões		M	DP	M	DP			
QI Global		102,5	12,76	69,53	14,98	8,888	60	0,00 *
QI Verbal		103,1	14,81	72,58	16,39	7,239	60	0,00 *
QI Realização		102,5	12,63	74,68	16,22	7,324	60	0,00 *
Informação		10,2	3,05	6,21	2,99	4,819	60	0,00 *
Semelhanças		11,8	2,89	6,37	3,74	6,236	60	0,00 *
Aritmética		10,0	2,64	5,47	2,48	6,342	60	0,00 *
Vocabulário		10,9	3,82	5,74	2,45	5,413	60	0,00 *
Compreensão		10,1	3,45	5,68	4,18	4,320	60	0,00 *
Composição	de							
Gravuras		11,1	2,84	6,37	4,42	5,050	60	0,00 *
Código		9,7	2,44	6,16	3,24	4,747	60	0,00 *
Disposição	de							
Gravuras		11,5	3,21	6,58	3,72	5,288	60	0,00 *
Cubos		9,5	2,28	5,63	3,06	5,578	60	0,00 *
Composição	de							
Objectos		10,6	2,40	7,11	2,54	5,129	60	0,00 *

* $p \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

Na avaliação do nível de desenvolvimento mental global, em função da classificação da HPA, os resultados obtidos confirmam a existência de diferenças significativas no QI Global, no QI Verbal e no QI de Realização. Os sujeitos que apresentam valores de Phe ao rastreio e na análise de confirmação superiores a 20 mg/dl registam desempenhos inferiores nas três dimensões, comparativamente com os sujeitos cujos mesmos valores se apresentam inferiores ou iguais a 20 mg/dl. O valor de rastreio e de confirmação interfere na tolerância à Phe, ou seja, condicionam a gravidade da doença.

Relativamente ao nível de desenvolvimento mental em áreas cognitivas específicas, em função da classificação da HPA, os resultados obtidos confirmam a existência de diferenças significativas em subtestes específicos, nomeadamente Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Código, Disposição de Gravuras, Cubos e Composição de Objectos. Assim, em provas de cariz verbal, os sujeitos que apresentam valores superiores a 20 mg/dl registam maiores dificuldades ao nível do conhecimento factual geral, do conhecimento lógico-abstracto, do raciocínio aritmético e do conhecimento de palavras, comparativamente com os sujeitos cujos valores se apresentam inferiores ou iguais a 20 mg/dl. Nas provas de realização, os sujeitos apresentam mais dificuldades na velocidade de processamento, na sequenciação temporal, na visualização espacial e na organização perceptiva. Neste sentido, valores de Phe superiores a 20 mg/dl ao rastreio e, posteriormente, na análise de confirmação podem ser indicadores de défices cognitivos específicos.

Na avaliação do nível de desenvolvimento mental global, em função da QCD, considerando os valores históricos e actuais de Phe, os resultados obtidos confirmam a existência de diferenças significativas no QI Global, no QI Verbal e no QI de Realização. Os sujeitos que não cumprem adequadamente o tratamento apresentam desempenhos inferiores nas três dimensões, comparativamente com os sujeitos que cumprem adequadamente o tratamento. Assim, um valor histórico e um valor actual de Phe superior a 6 mg/dl influenciam negativamente o nível de desenvolvimento mental global destes doentes. Conforme foi descrito por Smith, Hanley, Clark, e Klim (1998), os níveis elevados de Phe têm um impacto negativo sobre o QI não só até à idade de 10 anos, mas também nas idades seguintes, nomeadamente durante a adolescência.

Relativamente ao nível de desenvolvimento mental em áreas cognitivas específicas, em função da QCD, os resultados obtidos confirmam a existência de diferenças significativas em todos os subtestes da WISC-III. Os sujeitos que não cumprem adequadamente o tratamento apresentam desempenhos inferiores em todas as provas avaliadas, comparativamente com os sujeitos que cumprem adequadamente o tratamento. Conforme foi descrito por Diamond (1994) os défices cognitivos específicos parecem surgir em tarefas que envolvem o controlo do comportamento e a flexibilidade cognitiva. Por este motivo, o autor recomenda níveis de Phe entre 2 e 6 mg/dl como concentrações óptimas para a idade pré-escolar e escolar. De facto, os défices cognitivos específicos foram

encontrados em crianças e adolescentes com mau controlo dietético a longo-termo, bem como em crianças com bom controlo dietético a longo-termo e níveis de Phe actuais elevados.

Em conclusão, os resultados remetem para grupos de risco nesta população. As crianças e os adolescentes com PKU, que apresentam ao rastreio e/ou na análise de confirmação valores de Phe superiores a 20 mg/dl, ou seja, PKU clássica, inserem-se neste grupo, pois manifestam um funcionamento cognitivo mais deficitário comparativamente com os sujeitos que apresentam valores de Phe inferiores ou iguais a 20 mg/dl.

De igual modo, crianças e adolescentes com PKU que não cumprem adequadamente o tratamento, ou seja, que apresentam valores históricos e/ou actuais de Phe superiores a 6 mg/dl apresentam défices cognitivos específicos a um nível global e em áreas cognitivas específicas e também são contemplados no grupo. Estes grupos correm um maior risco de apresentar défices cognitivos específicos.

De acordo com os resultados obtidos, pode-se afirmar que o cumprimento do controlo dietético é um factor protector da deterioração cognitiva na PKU. Assim, sugere-se um valor de segurança, ou seja, um valor a partir do qual se pode prever um desenvolvimento cognitivo normal. Neste sentido, sugere-se o intervalo entre 2 a 6 mg/dl como o valor de Phe a seguir. Com uma intervenção dietética precoce os doentes fenilcetonúricos podem ter uma vida relativamente normal, abrindo a possibilidade de um desenvolvimento cognitivo normal.

REFERÊNCIAS

Brunner, R. L., Jordan, M. K., & Berry, H. K. (1983). Early treated phenylketonuria: neuropsychological consequences. *Journal of Pediatrics*, 102, 831-835.

Diamond, A. (1994). Phenylalanine levels of 6-10 mg/dl may not be as benign as once thought. *Acta Paediatrica Supplement*, 407, 89-91.

Griffiths, P., Tarrini, M., & Robinson, P. (1997). Executive function and psychosocial adjustment in children with early treated phenylketonuria: correlation with historical and concurrent phenylalanine levels. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 317-323.

Koff, E., Kammerer, B., Boyle, P., & Pueschel, S. (1979). Intelligence and phenylketonuria: effects of diet termination. *Journal of Pediatrics*, 94, 534-537.

Pennington, B. F., Van-Doorninck, W. J., McCabe, L. L., & McCabe, E. R. (1985). Neuropsychological deficits in early treated phenylketonuric children. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 467-474.

Smith, M. L., Hanley, W. B., Clark, J. T., & KLIM, P. (1998). Randomized controlled trial of tyrosine supplementation on neuropsychological performance in phenylketonuria. *Archives of Disease in Childhood*, 78, 116-121.

Williams, R. A., Mamotte, C. D., & Burnett, J. R. (2008). Phenylketonuria: an inborn error of phenylalanine metabolism. *Clinical Biochemist Review*, 29, 31-41.

ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA PARENTAL

ISABEL LEAL, CÉLIA LOPES & MARINA DUARTE

O construto de auto – eficácia introduzido por Bandura em 1977, refere-se à crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado (Bandura, 1997, 2006).

Bandura salienta que as crenças de auto-eficácia têm um papel crucial no funcionamento humano, uma vez que orientam o comportamento, determinando as tentativas e o esforço realizado para atingir determinado resultado. Neste sentido a auto- eficácia funda-se na noção de competência pessoal (Bandura, 1997; Bong & Skaalvik, 2003; Schunk & Pajares, 2005), pois é essa noção que permite aos sujeitos estimar a possibilidade de realizarem as tarefas com sucesso e de alcançarem os resultados desejados, levando - os a formar expectativas para a sua realização.

A auto-eficácia pode ser caracterizada como uma variável cognitiva, com uma função motivacional, que resulta de uma avaliação individual sobre a capacidade para apresentar um desempenho competente e capaz, em determinadas situações (Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson & Bandura, 2002).

É importante salientar que este construto tem gerado alguma controvérsia centrada no carácter generalizado da acção em contraponto à associação da acção a domínios específicos de funcionamento.

Os autores que consideram a auto-eficácia de forma geral (Schwarzer & Jerusalem, 1999; Sherer & Maddux, 1982; Skinner et al., 1988) definem-na como o sentimento de confiança geral da pessoa na sua capacidade de coping perante situações exigentes ou desconhecidas (Brites & Nunes, 2010). Consideram que se pode falar de auto-eficácia como a avaliação do sucesso de desempenho da pessoa numa variedade de situações (Bennett, 2002; Juges, Erez, Bono, & Thoresen, 2002; Lightsey, Burke, Ervin, Henderson, & Yee, 2006; Schmitz, 1989), operando de forma independente de uma auto-eficácia considerada específica (Wangs & Richard, 1988).

Todavia a maioria dos autores consideram a auto -eficácia como um conceito específico associados a domínios específicos (Caprara, Regalia, Scabibi, Barbaranelli & Bandura, 2004; Hastings & Brown, 2002).

Bandura (1989), a partir da perspectiva da aprendizagem social, define a auto-eficácia como o julgamento do próprio sujeito sobre sua habilidade para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento. Este envolve o julgamento sobre as capacidades para mobilizar recursos cognitivos e acções de controlo sobre eventos e solicitações do meio.

Assim a auto-eficácia pode ser compreendida numa dupla vertente, ou seja, na sua forma generalizada (percepção da pessoa sobre a sua maior ou menor eficácia na vida em geral), e na sua forma específica (associada aos diversos domínios do funcionamento humano).

Neste sentido, as crenças que o indivíduo possui relativamente à sua capacidade para atingir determinados níveis de desempenho, em tarefas específicas, determinam o seu nível de auto-eficácia. A pessoa pode ter uma percepção de si de maior eficácia em determinada área e sentir que possui as competências adequadas, o que leva a uma avaliação positiva do seu desempenho, e ter uma percepção completamente oposta, em outras áreas o que exige, segundo Pina Neves (2004), uma avaliação circunstancial e contextualizada. Assim, a avaliação positiva ou negativa que a pessoa faz da sua eficácia é determinada pela percepção que o próprio tem sobre a adequabilidade das suas competências em determinada área ou domínio e sentir que possui as competências adequadas. (Brites & Nunes, 2010).

A noção que a pessoa tem das suas capacidades afecta o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reacção emocional (O’leary, 1985). Deste modo as crenças de auto-eficácia desenvolvem-se e alteram-se em função da experiência pessoal (Caprara, et al. 2004) e do desempenho actual do sujeito resultando de experiências contínuas.

De maneira geral, os estudos actuais evidenciam que a percepção de eficácia influencia a escolha das actividades, dos ambientes ou situações; determina igualmente quanto esforço o indivíduo vai despende e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências; a percepção acerca da capacidade própria influencia, ainda os processos de pensamento e as reacções emocionais antes das, e perante as situações (Ribeiro, 2004). Assim sendo, quanto mais forte for a percepção de auto-eficácia, mais rigoroso e persistente o esforço, já que, normalmente as pessoas não se envolvem em actividades para as quais sintam que não têm capacidade. Igualmente, não revelam motivação para lutar por objectivos ambiciosos e mostrar perseverança perante as dificuldades, a não ser que sintam que são capazes de produzir os resultados esperados (Caprara, et al. 2004).

Este conceito tem sido transposto para o campo das relações familiares concentrando-se na confiança que os pais possuem quanto à sua habilidade para lidar com os seus filhos (Johnston & Mash, 1989).

O modelo da auto-eficácia de Bandura (1997), aplicado à auto-eficácia parental, sugere que, para que os pais desempenhem com sucesso o seu papel parental precisam acreditar que irão conseguir o

resultado desejado e, conseqüentemente, que tenham confiança na sua performance (Salonen, et al.2009).

Coleman e Karraker, (2000) definem-na como as expectativas do próprio acerca da sua capacidade para desempenhar o papel parental. Tem sido sugerido que o sentimento de auto-eficácia para o desempenho de actividades de cuidados gerais, prestados por pais aos seus filhos, está relacionado com a percepção dos pais acerca da sua capacidade para realizar estas tarefas com sucesso (Hastings & Brown, 2002). Deste modo, a auto-eficácia parental possui uma dimensão afectiva bastante significativa, passível de influenciar a percepção e o desempenho do próprio sobre o seu papel parental.

A auto-eficácia parental associada a conhecimentos específicos parece ser o factor mais relevante na determinação dos comportamentos parentais, na persistência que os pais demonstram perante adversidades e nos mecanismos de coping utilizados (Bandura, 1997). Johnston e Mash (1989) complementam essa noção, demonstrando que baixos níveis de auto-eficácia estão associados a pouca persistência, depressão e diminuição da satisfação quanto ao papel parental.

O stress parental parece estar correlacionado com a auto-eficácia-parental sendo um factor preditivo importante das percepções de eficácia dos pais para com os seus filhos (Coleman & Karraker, 1997; Raikes & Tompson, 2005). Outros factores como o temperamento dos filhos, a depressão parental, os problemas económicos e a carência de apoio social parecem influenciar o sentimento de auto-eficácia. (Correia, 2008).

Ardelt e Eccles (2001), referem-se à auto-eficácia parental como um conceito relativo às crenças dos pais (e não somente das mães) acerca da sua capacidade para influenciar a criança e o seu meio, de uma forma que facilite o desenvolvimento bem sucedido da criança. Assim, os estudos mostram a importância do sentimento de auto-eficácia para o desenvolvimento da criança pelo que importa dispor de metodologias que permitam avaliar o sentimento de auto-eficácia dos pais.

Na revisão de literatura que realizámos, verificámos a inexistência de um instrumento de avaliação da auto-eficácia parental, aferido para a população portuguesa o que justifica a pertinência da presente investigação, sendo esse o seu objetivo.

MÉTODO

Participantes

A amostra, de conveniência, foi composta por 258 pais (83 pais e 175 mães), com idades compreendidas entre os 23 e os 55 anos ($M=36,75$; $DP=5,5$). Relativamente ao estado civil dos participantes, 173 são casados (correspondendo a 67,1%), 38 solteiros (correspondendo a 14,7%), 25 divorciados (correspondendo a 9,7%) e 21 vivem em união de facto (8,1% da amostra global).

Relativamente às habilitações académicas, 41,9% dos sujeitos possuem licenciatura, 28,3% concluíram o ensino secundário, 14,3% possuem o 9º ano, 5,8% o mestrado, 4,7% o 6º ano, 2,7% o doutoramento, 1,9% escolhe a opção “outro” e 0,4% o 4º ano. Relativamente à profissão e segundo a Classificação Portuguesa das Profissões do Instituto Nacional de Estatística (2011), 35,3% são especialistas de actividades intelectuais e científicas, 19,4% são técnicos de profissões de nível intermédio, 15,1% é pessoal administrativo, 10,1% são trabalhadores dos serviços pessoais, protecção e segurança, 6,2% são representantes do poder, 5,4% são trabalhadores não qualificados, 3,9% estão desempregados, 3,1% são trabalhadores qualificados da indústria, 1,6% são operadores de instalações e máquinas.

O critério de inclusão no estudo era ter pelo menos um filho com idade compreendida entre os 0 e os 12 anos. Com uma dispersão da amostra no que respeita ao número de filhos, entre 1 e 6, a média situa-se em 1,72 filhos (DP= 0,79). Relativamente às crianças, 133 são do sexo feminino e 123 do sexo masculino sendo a média da idade 4,5 anos (DP= 2,9). No que respeita à escolaridade das crianças, 42,6% frequentam o infantário, e as restantes estão distribuídas pela pré-escola (19%), 1º ciclo (19,8%), 2º ciclo (8,5) sendo que 7,8% ainda não estão incluídas no sistema de educação, e estão em casa.

Material

A partir da literatura existente, de diferentes escalas em várias línguas e da nossa experiência clínica no trabalho com pais de crianças, criámos uma escala de auto-eficácia parental que aqui apresentamos bem como o estudo das suas qualidades psicométricas.

A escala de auto-eficácia parental é um questionário com 4 itens de tipo Likert, cujo objectivo é avaliar se os pais acreditam possuir as competências necessárias (itens 1 e 3) para exercer o seu papel parental e se sentem que desempenham essa tarefa com sucesso (itens 2 e 4). Os itens têm uma pontuação de 1 a 5, sendo que valores mais elevados correspondem a um maior sentimento de auto-eficácia. As opções de resposta são operacionalizadas desde *Sempre* (5 pontos) a *Nunca* (1 ponto).

Itens da Escala de Auto - Eficácia Parental

1. Consigo entender o meu filho
2. Sei o que fazer em quase todas as situações com o meu filho
3. Sei lidar com o meu filho
4. Tenho conhecimentos sobre o que pode preocupar o meu filho

RESULTADOS

Sensibilidade- O quadro 1 apresenta os valores medianos, de assimetria e achatamento dos 4 itens da escala observados na amostra de validação. A sensibilidade dos itens avaliou-se através das medidas de assimetria e achatamento. A totalidade dos itens apresenta valores indicadores de uma sensibilidade psicométrica adequada, segundo os valores de Kline (1998), que considera os valores de Sk e Ku inferiores a 3 e 7 respectivamente, como adequados para avaliação e análises factoriais.

Quadro 1: Média, Assimetria, (Sk) e Achatamento (Ku) com respectivos rácios-críticos (Sk/Se e Ku/Se ku), valores mínimos e máximos observados na amostra de validação

	M	Sk	Sk/SE(sk)	Ku	Ku/SE(ku)	Min	Max
Item 1	4.1953	-.564	.152	-.138	.303	2.00	5.00
Item 2	3.9492	-.020	.152	-.541	.303	2.00	5.00
Item 3	4.1563	-.306	.152	-.802	.303	2.00	5.00
Item 4	4.0196	-.201	.153	-.739	.304	2.00	5.00

Validade factorial-A estrutura factorial da escala foi avaliada através da Análise Factorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações, com extracção dos factores pelo método das componentes principais.

Para avaliar a validade da análise factorial utilizou-se o critério KMO com os valores de classificação definidos por Maroco (2010^a), tendo-se encontrado um valor de KMO= 0, 73. Os factores retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a 1, em consonância com o *Scree Plot* e a percentagem de variância retida. Deste modo, a estrutura relacional dos itens é explicada por 1 factor que explica 55% da variância total.

Fiabilidade-O índice de consistência interna da escala, estimado pelo α de Cronbach apresenta um valor de 0,728, considerado como indicador de uma fiabilidade adequada (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Quadro 2: Pesos factoriais dos itens, variância explicada pelo factor encontrado e consistência interna da Escala

	Fac tor1
Item1	.76
Item2	.79
Item3	.82
Item4	.57
Variância explicada	55.
Alfa de Cronbach (α)	708 0,7

Cotação-Os itens apresentam pontuações entre 1 e 5, (1= Nunca, 2= Raramente, 3= Às vezes, 4= Frequentemente, 5= Sempre). A pontuação total é calculada através da soma dos itens, correspondendo valores mais elevados a maior sentimento de auto-eficácia parental. O valor mínimo obtido é 4 e o valor máximo é 20, sendo a média encontrada nesta amostra de 16,28 (DP=2,10).

Quadro 3: Valores mínimos, máximos e média encontrados na amostra de validação

	N	Min	Max	M	DP
Auto-eficácia	258	9,00	20,00	16,2752	2,10379

DISCUSSÃO

Após a realização da análise factorial e de fiabilidade, podemos considerar que a Escala de Auto - Eficácia Parental possui qualidades psicométricas adequadas, pelo que se trata de um instrumento adaptado ao estudo das percepções de auto-eficácia parental em pais portugueses. Deste modo, pode ser utilizado em investigações futuras que possam contribuir para o aprofundar do conhecimento científico sobre a parentalidade.

REFERÊNCIAS

- Ardelt, M., & Eccles, J. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22(8), 944-972. Consultado em 12 de Maio através de <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/eficaci.hm>
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*. nglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Brites, R., & Nunes, O. (2010, Fevereiro). Uma nova escola de auto-eficácia parental: Estudo sobre a validação. Comunicação apresentado VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga.
- Caprara, G., Regalia, C., Scabibi, E., Barbaranelli, C., & Bandura, A. (2004). Assessment of Filial, Parental, Marital, and Collective Family Efficacy Beliefs. [Electronic version]. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 4, 247-261.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49, 13–24.
- Hastings, R., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), 222-232.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18 (2), 167-175.
- Judge, T., Erez, A., Bono, J., & Thoresen, C. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (3), 693-710.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and Practices of Structural Equation Modelling*. The Guilford Press. New York.
- Lightsey, O., Burke, M., Ervin, A., Henderson, D., & Yee, C. (2006). Generalized Self-Efficacy, Self-Esteem, and negative affect. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38(1), 72-80.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições.
- Maroco, J. (2010a). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. ReportNumber. Sílabo.
- Pina Neves, S., & Faria, L. (2006). Construção, Adaptação e Validação da Escala de Auto-Eficácia Académica (EAEA). *Análise Psicologia*, 20 (2), 45-68.
- Ribeiro, J. L.P. (2004). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. Consultado em 12 de Maio de 2011 através <http://www.fpce.up.pt/paisribeiro/testes/eficacia.hm>.
- Steffen, A., McKibbin, C., Zeiss, A., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A. (2002). The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies. *Journal of Gerontology*, 57B (1), 74-86.

EVITAMENTO EXPERIENCIAL NA DIABETES MELLITUS

TELMO LEANDRO 1, MARIANA LIMA 1, ANA PAULA MATOS 1 & LUÍSA BARROS 2

A Diabetes *Mellitus*, designada genericamente de diabetes, resulta da deficiência, absoluta ou relativa, de insulina, consequente à ineficiência da sua acção a nível dos tecidos, da deficiência da sua secreção ou de ambas. Daí resulta perturbação do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, sendo a consequência mais evidente, a hiperglicemia (Rosas, 2010).

A Diabetes é uma doença crónica em larga expansão, atingindo de uma forma crescente as características de uma verdadeira pandemia. Em 2007, estimava-se a existência de 246 milhões de sujeitos portadores de Diabetes, sendo que a Federação Internacional de Diabetes (IDF) projectou que, no ano de 2025, esse número aumentaria para 380 milhões de indivíduos (Correia, 2010).

O diagnóstico de Diabetes *Mellitus* gera múltiplas exigências no quotidiano dos indivíduos, caracterizando-se a vivência destas pessoas por sucessivas alterações e estados de desequilíbrio relacionados com alterações biofísicas e mudanças psicológicas que conduzem frequentemente a situações de desgaste (Amorim & Coelho, 2008).

A saúde mental e a saúde física são duas componentes que se encontram fortemente relacionadas e interdependentes. A investigação tem mostrado que quer muitas doenças físicas quer perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002).

Evitamento Experiencial

O evitamento experiencial é um fenómeno que ocorre quando o indivíduo não está disposto a manter o contacto com determinadas experiências privadas (por exemplo, sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias e predisposições comportamentais) e toma medidas para alterar a forma ou frequência desses acontecimentos e o contexto em que ocorrem (Hayes, Wilson, Gifford, Follete, & Strosahl, 1996).

1 -Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2- Serviço de Endocrinologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Na verdade, o evitamento experiencial origina um efeito paradoxal, na medida em que o sujeito ao tentar evitar pensamentos, sentimentos e / ou sensações desagradáveis, tende a aumentar a sua frequência e o desconforto causado por essas experiências (Gross, 1998, 2002; Wegner, 1994 *cit in* Kashdan, Barrios, Foryth, & Steger, 2006).

Experiências de dor e sofrimento fazem parte da existência humana, implicando a vivência de diversas emoções e estados perturbadores, a que se podem associar determinados pensamentos. Agir perante estes momentos implica o contacto do sujeito com um conteúdo emocional muito forte e, muitas vezes, perturbador. É face a estas situações que o evitamento experiencial pode trazer consequências negativas para o sujeito e gerar interferência nas actividades de vida (Kashdan et al., 2006).

Kashdan et al. (2006) citam diversos autores (Forsyth, Parker, & Finlay, 2003; Hayes et al., 2004; Marx & Sloan, 2005; Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005; Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004) que têm verificado uma forte ligação entre o evitamento experiencial e a psicopatologia em geral e, especificamente, a ansiedade e depressão. No contexto específico da diabetes, Amorim e Coelho (2008) encontraram evidências de que o *coping* por evitamento se encontra relacionado com o afecto negativo e, segundo Coelho, Amorim e Prata (2003), também se associa com menores níveis de qualidade de vida.

De destacar que a aceitação pode constituir-se como uma alternativa ao evitamento experiencial (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). A aceitação pode ser definida como a vontade do sujeito experienciar acontecimentos privados indesejados, afim de prosseguir e alcançar os seus valores e objectivos (Hayes et al., 1996 *cit in* Bond et al., 2011). Gregg, Callaghan, Hayes e Lawson (2007 *cit in* McCracken, Vowles, Gregg, & Almada, 2010) realizaram um estudo em que constituíram dois grupos de pacientes com diabetes. No primeiro combinaram psicoeducação sobre a Diabetes com Terapia de Aceitação e Compromisso, enquanto no segundo aplicaram apenas psicoeducação sobre Diabetes. Os resultados, após um mês, revelam que os indivíduos do primeiro grupo apresentavam mais comportamentos de auto-cuidado / adesão terapêutica e maiores níveis de aceitação da sua doença. Os autores McCracken et al. (2010) referem que a culpa, vergonha e sentido de responsabilidade poderão contribuir para que os sujeitos apresentem dificuldades em estar conscientes da sua experiência, o que poderá prejudicar a gestão da sua Diabetes.

A investigação pretende compreender o papel desempenhado pela aceitação/evitamento experiencial nos níveis de adesão terapêutica reportados pelos sujeitos, na sua qualidade de vida e na sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão).

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 46 jovens diabéticos tipo 1, em que 27 sujeitos são do sexo feminino (58,7%) e 19 do sexo masculino (41,3%), com idades compreendidas entre 14 e 25 anos. A média de idades corresponde a 19,48 anos (d.p. = 3,16).

Material

Questionário de Aceitação e Acção - II (AAQ - II; Bond et al., 2011; traduzido e adaptado por Pinto Gouveia & Gregório, 2007). Este instrumento é uma medida do evitamento experiencial, mais concretamente, das tentativas para evitar ou controlar experiências internas desagradáveis. Corresponde a um questionário de auto-resposta, composto por 10 itens, numa escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 corresponde a “Nunca verdadeiro” e 7 a “Sempre verdadeiro”. Resultados mais elevados neste questionário, traduzem maiores níveis de evitamento experiencial, enquanto resultados inferiores traduzem maiores níveis de aceitação. Apresenta uma boa consistência interna, com um Alfa de *Cronbach* de .84, e valores de fiabilidade teste-reteste aos 3 e 12 meses de, respectivamente, .81 e .79.

Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS; Zigmond & Snaith, 1983; traduzida e adaptada por Baltar & Ribeiro, 1999; validada por Pais-Ribeiro et al., 2007). A ansiedade e depressão constituem-se como as duas sub-escalas do presente instrumento. Cada sub-escala é composta por 7 itens, num sistema de resposta *Likert* de 4 pontos (0-3). A pontuação pode variar entre 0 e 21, sendo que um resultado entre 0-7 é classificado como “normal”, entre 8-10 como “fraco”, entre 11-14 como “moderado” e entre 15-21 como “severo”. Esta escala, ao nível da consistência interna, apresenta um Alfa de *Cronbach* de .76 para a ansiedade e de .81 para a depressão e os valores de fiabilidade teste-reteste, com um intervalo de uma semana, são de .75, em ambas as sub-escalas.

Escala de Adesão ao Tratamento (Matos, 1999). Esta escala pretende medir, unidimensionalmente, a adesão ao tratamento por portadores de Diabetes *Mellitus*, sendo composta por 26 itens e variando a pontuação total entre 22 e 110 pontos. O sistema de classificação corresponde a um de tipo *Likert*, em que 1 equivale a “Não acontece comigo” e 5 a “Acontece muitíssimo”. Quanto maior a pontuação obtida, maior será a adesão ao tratamento percebida pelo próprio indivíduo. A escala apresenta boas qualidades psicométricas, apresentando uma elevada consistência interna ($\alpha=.912$).

KIDSCREEN-27 (versão para crianças e adolescentes) (European KIDSCREEN Group, 2006; traduzido e adaptado por Gaspar & Matos, 2008). Este instrumento (versão reduzida do Kidscreen-52) é constituído por 27 itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que pontuações mais

elevadas correspondem a melhor qualidade de vida e vice-versa. O instrumento é composto por 5 factores (“Bem estar físico”; “Bem estar psicológico”; “Autonomia e relação com os pais”; “Suporte Social” e “Ambiente Escolar”), bem como por uma pontuação global. Os valores da consistência interna das dimensões do Kidscreen-52 variam entre 0,60 e 0,88, com um valor médio de 0,80, comprovando uma elevada consistência interna.

Escala de Qualidade de Vida na Diabetes (EQVD; Jacobson et al., 1988, 1994; aferida e adaptada por Matos & Rodrigues, 1997). Constituída por 46 itens, a escala é classificada de acordo com um sistema *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Muito satisfeito” e 5 a “Muito insatisfeito”. Quanto maior a pontuação obtida, menores os índices de qualidade de vida. A escala é composta por um índice global e as dimensões “Satisfação”, “Impacto”, “Preocupação social/vocacional” e “Preocupação com a diabetes”. Os autores originais referem que a escala apresenta uma elevada consistência interna ($\alpha = .92$) e na fiabilidade teste-reteste os valores situam-se entre .78 e .92.

Procedimento

O conjunto de instrumentos foi aplicado no Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Centros de Saúde, Unidades de Saúde Familiar de Coimbra e Associações de jovens diabéticos, para a amostra clínica – 46 indivíduos portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 1. Foi também recolhida uma amostra de 46 indivíduos da população geral, no entanto, no presente estudo apenas apresentamos os resultados referentes à população clínica.

RESULTADOS

Estudo da relação entre Evitamento experiencial e a Adesão ao Tratamento-A análise dos resultados permite apontar a existência de uma correlação negativa entre o evitamento experiencial e a adesão ao tratamento ($r = -.472$; $p = .001$). Uma vez que níveis mais baixos na escala AAQ correspondem à aceitação, esta correlação indica que os sujeitos que tendem a aceitar mais as suas experiências, relatam maiores níveis de adesão ao tratamento (Quadro 1).

Quadro 1: Correlações entre Evitamento experiencial (AAQ) e Adesão ao Tratamento (EAT) (N= 46)

	Adesão ao	p
	tratamento	
Evitamento Experiencial	-.472	.001

Estudo da relação entre Evitamento experiencial e a Qualidade de Vida-

Os resultados obtidos indicam a existência de correlações negativas entre o evitamento experiencial e todas as dimensões da escala Kidscreen, bem como com o seu índice global. Os valores do coeficiente de Pearson variam entre $-.468$ e $-.729$.

No respeitante à escala de qualidade de vida específica da população clínica (EQVD), são apresentadas correlações positivas e significativas com o total da escala ($r = .542$) e com as dimensões “Impacto” ($r = .533$), “Preocupação social” ($r = .383$) e “Preocupação com a doença” ($r = .356$).

Assim, é possível indicar que, de uma forma geral, sujeitos com índices mais elevados de evitamento experiencial manifestam menores índices de qualidade de vida. O mesmo é dizer que sujeitos com maiores níveis de aceitação reportam maiores níveis de qualidade de vida (Quadro 2).

Quadro 2: Correlações entre Evitamento experiencial (AAQ) e Qualidade de vida (KIDSCREEN e EQVD) (N= 46)

KIDSCREEN	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Evitamento experiencial	$-.596^{**}$	$-.701^{**}$	$-.655^{**}$	$-.468^{**}$	$-.576^{**}$	$-.729^{**}$
EQVD	Satisfação	Impacto	Preocupação Social	Preocupação doença	Total	
Evitamento experiencial	$.278^{ns}$	$.533^{**}$	$.383^{**}$	$.356^{*}$	$.542^{**}$	

$*p < .05$; $**p < .01$; $^{ns}p > .05$

Estudo da relação entre Evitamento experiencial e a Sintomatologia Psicopatológica (ansiedade e depressão)-Verifica-se a existência de correlações positivas com a ansiedade ($r = .781$; $p = .000$) e com a depressão ($r = .644$; $p = .000$), significando que os sujeitos que evitam mais as suas experiências tendem a reportar maiores níveis de ansiedade e depressão.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados permite apontar que os sujeitos com maiores níveis de aceitação, ou seja, aqueles que apresentam menores níveis de evitamento experiencial, tendem a apresentar melhor adesão ao tratamento. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Gregg, Callaghan, Hayes e Lawson (2007 *cit in* McCracken, Vowles, Gregg, & Almada, 2010), no qual os autores verificaram que com sessões de Terapia de Aceitação e Compromisso, os sujeitos manifestavam índices mais elevados de adesão ao tratamento da Diabetes.

O nosso estudo aponta ainda que os sujeitos do grupo clínico com níveis mais elevados de evitamento experiencial apresentam índices de qualidade de vida inferiores. Kashdan et al. (2006) referem que o evitamento de experiências, avaliadas como negativas pelo sujeito, causa uma

interferência nas actividades de vida dos sujeitos. No mesmo sentido, o estudo desenvolvido por Coelho, Amorim e Prata (2003), com portadores de Diabetes *Mellitus*, associa as tentativas de fuga a determinados pensamentos, sensações e/ou emoções a menores níveis de qualidade de vida. De igual modo, o evitamento experiencial parece associar-se com maiores índices de ansiedade e depressão, o que vai ao encontro dos resultados de diversos estudos (Amorim & Coelho, 2008; Forsyth, Parker, & Finlay, 2003; Hayes et al., 2004; Marx & Sloan, 2005; Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005; Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004 *cit in* Kashdan et al., 2006).

Deste modo, para além do impacto do evitamento experiencial na gestão das tarefas terapêuticas da Diabetes, é aqui salientada a sua interferência na percepção da qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos, a qual pode estar diminuída face à presença de sintomatologia psicopatológica.

Por último, é possível retirar do presente estudo algumas implicações clínicas, nomeadamente, a fomentação de estratégias de aceitação, com recurso à Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), incentivando a vivência de experiências classificadas como negativas, ao invés do seu evitamento.

REFERÊNCIAS

- Amorim, I., & Coelho, R. (2008). Diabetes *Mellitus* tipo 2 e Sintomas Psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 319-333.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., & Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Coelho, R., Amorim, I., & Prata, J. (2003). Coping Styles and Quality of Life in Patients with Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Psychosomatics*, 44 (4), 312-318.
- Correia, L. (2010). Epidemiologia da diabetes mellitus. In Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. *Diabetes uma abordagem global* (pp. 1-10). Miraflores: Euromedicine, Edições médicas.
- Gaspar, T., & Matos, M. (Coords.). (2008). Qualidade de vida em crianças e adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN 52. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

Jacobson, A., Barofsky, I., Cleary, P., & Rand, L. (1988). Reliability and validity of diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care*, *11*, 725-732.

Jacobson, A., Degroot, M., & Sanson, J. A. (1994). The Evaluation of Two Measures of Quality of Life in Patients with Type I and Type II diabetes. *Diabetes Care*, *17*, 267-274.

Kashdan, T., Barrios, V., Foryth, J., & Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1301-1320.

Matos, A. P. (1999, Janeiro). *Desenvolvimento de instrumentos de avaliação para o estudo da diabetes: Desenvolvimento de uma escala de “Adesão ao Tratamento”* Trabalho apresentado nas Jornadas da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento, Coimbra.

McCracken, L., Vowles, K., Gregg, J., & Almada, P. (2010). Acceptance and Mindfulness as Processes of change in Medical populations. In R. Baer (Ed.), *Assessing Mindfulness and Acceptance Processes in Clients: Illuminating the Theory & Practice of Change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Organização Mundial de Saúde. (2002). Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Obtido em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, *12* (2), 225-237.

Rosas, S. (2010). Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. In Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. *Diabetes uma abordagem global* (pp. 11-16). Miraflores: Euromedicine, Edições médicas.

GÊNERO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

*ISIS SIMÕES LEÃO 1, JOÃO CARLOS ALCHIERI 1, RÔMULO LUSTOSA PIMENTEIRA DE MELO
2 & MARIA DO CARMO EULÁLIO 2*

A transição demográfica, que provoca o aumento da população idosa, acontece em diferentes ritmos e com aspectos específicos nas variadas realidades do mundo, formando uma população de idosos com características distintas especialmente quanto aos aspectos sociais. Tal realidade confere ao envelhecimento multidimensionalidade e heterogeneidade, ou seja, as pessoas envelhecem de formas diferentes (Moreira & Nico, 2010; Neri 2001).

No Brasil o envelhecimento populacional tem acontecido de forma sistemática, consistente e influenciada por diversos fatores, dentre eles o gênero. Atualmente os idosos correspondem a 11,3% da população e esse número tende a crescer. Do total de brasileiros com 60 anos ou mais 55,8% são mulheres. A expectativa de vida feminina é em média 8 anos maior que a masculina, o que torna o gênero um fator importante para o estudo do envelhecimento (IBGE, 2010).

Como resultado da maior expectativa de vida das mulheres, se observa um processo de feminização da velhice. O maior número de mulheres nessa faixa etária ocasiona problemas de ordem médica e social (Neri, 2001). Apesar de ser o sexo forte quanto à longevidade, as mulheres sofrem por ocuparem um lugar de fragilidade e vulnerabilidade na velhice. Por outro lado, aquelas que conseguem se adaptar, adotar uma flexibilidade de funções e se manter inseridas socialmente tem, na longa expectativa de vida, uma oportunidade de realizar atividades que antes não conseguia em virtude, principalmente, das obrigações como mãe e esposa (Salgado 2002).

Mais que diferenças biológicas e distinções entre a função social de homens e mulheres, os papéis de gênero são socialmente construídos segundo inúmeros fatores, de acordo com a época e a sociedade (Neri, 2001). Por trás dos comportamentos do homem e da mulher idosos estão valores e padrões culturais que determinam suas atitudes e podem distanciá-los ou aproximá-los de um envelhecimento saudável (Figueiredo, et al, 2007). Dessa forma, o estudo da qualidade de vida considerando as diferenças de gênero é pertinente uma vez que os papéis do feminino e do masculino são demarcados de formas distintas por aspectos sociais, históricos e culturais que oferecem características específicas ao envelhecimento de homens e mulheres (Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009).

1- Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2-Universidade Estadual da Paraíba.

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa desenvolvida pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Envelhecimento e Saúde (GEPES). Nesse artigo apresentamos dados sobre a qualidade de vida de idosos a partir de comparações entre os gêneros. O objetivo do estudo é contribuir para o conhecimento das diferenças entre a qualidade de vida de homens e mulheres na velhice.

MÉTODO

Participantes

Trata-se de um estudo transversal realizado idosos moradores da cidade de Campina Grande no estado da Paraíba. A escolha dos idosos se deu de forma não probabilística, por acessibilidade e conveniência.

O estudo contou com a participação de 335 pessoas sendo 224 mulheres com média de idade 74,5 anos (DP=6,6) e 111 homens com média de idade 72,8 anos (DP=8,4). A população estudada retrata o cenário brasileiro de feminização da velhice e possui uma diferença ainda mais acentuada entre os gêneros: 66,9% mulheres e 33,1% homens.

Material

Como instrumentos para coleta de dados foram utilizados: um questionário sociodemográfico, a fim de traçar o perfil dos participantes; e uma escala de avaliação da qualidade de vida, o *Whoqol-old*. Esta última é voltada especificamente para o estudo da qualidade de vida em idosos e possui 24 itens distribuídos em 6 domínios: funcionamento sensorio, intimidade, autonomia, participação social, atividades passadas, presentes e futuras, e morte e morrer (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003; 2006).

Procedimento

A coleta de dados foi realizada do domicílio do idoso por pesquisadores previamente treinados. Os pesquisadores, devidamente identificados por crachá e camisa, se apresentavam, esclareciam quais os objetivos da pesquisa, sobre a participação voluntária e sigilo dos dados dos participantes. Caso o idoso aceitasse participar do estudo o era solicitado assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assim iniciar a administração dos instrumentos. Para assegurar que o idoso usufruía de boas condições cognitivas para participar do estudo foi aplicado com todos os participantes o Mini-Exame do Estado Mental (Folstein; Folstein; MC Hugh, 1975). Participaram apenas aqueles que atingiram a pontuação mínima de acordo com sua escolaridade (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto, 2003). No caso dos idosos cujas pontuações não atingiram o desejado foi procedido da seguinte maneira: o pesquisador agradeceu pela contribuição do idoso no estudo e finalizou a visita.

Para o tratamento dos dados foram realizadas análises descritivas e inferenciais. O erro máximo aceito para todas as medidas foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

RESULTADOS

As médias da “qualidade de vida geral” (QVG) foram de 67,72 (DP=11,8) para homens e 67,86 (DP=10,2) para mulheres. Diferente de estudos prévios nacionais e internacionais, que apontam piores condições de vida entre o gênero feminino (Cherepanov, Palta, Fryback & Robert, 2010; Figueiredo & Tyrrel, 2005), não foi observada uma qualidade de vida pior entre as mulheres.

A comparação entre os gêneros indica diferença significativa para o fator “participação social”, no qual as mulheres apresentam melhor qualidade de vida (média feminina: 67,24; DP=14,87; média masculina 63,34; DP= 18,14). O fator “participação social” inclui participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade. Em pesquisa realizada por Ribeiro, Neri, Cupertino e Yassuda (2009) as mulheres realizavam com mais frequência atividades ocupacionais como aquelas de âmbito social, cuidado com familiares, tarefas domésticas e trabalhos voluntários, o que contribui para que mulheres estejam mais inseridas socialmente que os homens.

Os dados indicam que quanto mais jovens os idosos, mais autônomos se mostram ($r=-0,23$). Essa correlação não foi significativa entre o gênero feminino. Veras (2009) aponta a autonomia como uma das principais condições para se atingir uma idade elevada, sendo necessário oferecer assistência para que os idosos jovens não acometidos por doenças crônicas possam preservar a autonomia e se prevenir para assim viver ainda mais.

Além da assistência à saúde, a educação é também um pilar para a longevidade e o envelhecimento saudável. A correlação entre escolaridade e os domínios da qualidade de vida indicam que melhores índices de escolaridade se relacionam com escores mais altos de “habilidades sensoriais” ($r=0,26$), “morte e morrer” ($r=0,23$) e “QVG” ($r=0,21$) das mulheres e com a “autonomia” dos homens ($r=0,32$). Observa-se que a escolaridade obteve o maior número de correlações, se mostrando extremamente importante para uma boa qualidade de vida entre idosos. O aumento na escolaridade brasileira foi um dos indicadores selecionados pelo Ministério da Saúde - através dos Indicadores de Saúde e Sociodemográficos do Brasil (IBGE, 2009) - para explicar mudanças comportamentais que contribuem para uma maior expectativa de vida.

As análises entre a situação conjugal do idoso e sua qualidade de vida revelaram que os idosos divorciados apresentaram uma qualidade de vida significativamente melhor ($m=84,37$; DP=45,92) que os casados ($m=62,68$; DP=18,93) no fator “participação social”. Não encontramos na literatura pesquisas que dêem suporte a essa correlação. O que comumente acontece é um efeito protetor oferecido pelo matrimônio aos homens (Romero, 2002). Por outro lado, os casados ($m=70,92$;

Dp=18,65) avaliam a dimensão “intimidade” melhor que os viúvos (m=52,20; DP=18,87). Esse dado corrobora com pesquisa realizada por Tavares (et.al, 2009) cujos idosos casados também apresentam uma qualidade de vida melhor que aqueles que não possuem uma companheira. Entre o gênero feminino, o fator “intimidade” também é significativamente melhor avaliado entre as casadas. Neri (2001) afirma que as mulheres são mais envolvidas afetivamente, o que lhes propicia uma maior capacidade de estabelecer relacionamentos pessoais.

DISCUSSÃO

Os dados apontam para a necessidade de considerar as diferenças de gênero no estudo da qualidade de vida de idosos. O conhecimento dessas diferenças é de fundamental importância para a promoção de políticas públicas de atenção aos idosos. Além disso, a compreensão do que influencia na qualidade de vida durante o envelhecimento oferece condições de intervenção em grupos etários que ainda não atingiram a velhice. Dessa forma medidas relacionadas às variáveis sociais podem ser tomadas para preparar jovens e adultos para usufruírem da longevidade de forma autônoma e saudável.

Os dados indicam que a principal diferença entre a qualidade de vida de homens e mulheres idosos está no domínio “participação social”. Estratégias de maior inserção social do homem na sociedade podem ser uma forma proteção à qualidade de vida dos mesmos.

Quanto às correlações com fatores sociais, os dados sugerem uma possível influencia da idade com a “autonomia” masculina, da situação conjugal com a “participação social” e “intimidade” dos dois gêneros e da escolaridade com os domínios “habilidades sensoriais”, “morte e morrer” e “QVG” das mulheres e com a “autonomia” dos homens. A escolaridade foi, portanto, o fator que mais se relacionou com a qualidade de vida dos idosos, indicando a importância da educação para um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 777-781.
- Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D. G., Robert, S. A. (2010). Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research*. doi: DOI 10.1007/s11136-010-9673-x.

- Figueiredo, M. L. F., Tyrrel, M. A. R., Carvalho, C. M. R. G., Luz, M. H. B. A., Amorim, F. C. M., & Loyola, N. L. A. (2007). As diferenças de gênero na velhice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 422-427.
- Figueiredo, M. L. F., Tyrrel, M. A. R., & Carvalho, C. M. R. G. (2005). O gênero (in)visível da terceira idade no saber da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (3), 330-4.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791. doi: S0034-89102006000600007 [pii]
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Síntese dos Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. *Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*, 27
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). *Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados*. Recuperado em 10 de out de 2010: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf
- Neri, A. L. (2001). *Maturidade na velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas: Papirus.
- Ribeiro, P. C. C., Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B., & Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 501-509.
- Romero, D. E. (2002). Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no statua de saúde dos idosos brasileiros
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud. interdiscip. envelhec.* 4, 7-19.
- Tavares, D. M. A., Dias, F. A., Santos, N. M. F., Miranzi, S. C. S., Iwamoto, H. H., & Miranzi, M. A. S. (2009). Fatores associados com a qualidade de vida de homens idosos. *Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, 4428-4431.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-54.

CONCEPÇÕES INFANTIS DE SAÚDE E DOENÇA: A INFLUÊNCIA DE DIFERENTES PATOLOGIAS DO TIPO CRÓNICO

LÍGIA LIMA 1, MARINA SERRA DE LEMOS 2 & ANA AGUIAR 2

O estudo das concepções infantis de saúde e doença está muito associado ao reconhecimento da sua importância para o desenvolvimento de acções de educação e promoção da saúde (Myant & Williams, 2005) assim como para a implementação de intervenções psicológicas e educacionais com crianças doentes (Koopman, Baars, Chaplin, & Zwinderman, 2004; Piko & Bak, 2006).

A investigação recente tem também demonstrado que um importante determinante do bem-estar psicológico dos doentes pediátricos é o reconhecimento da necessidade de serem informados em relação à sua saúde, doença, hospitalização e procedimentos médicos (Haler, Sanci, Sawyer, & Patton, 2008). Foram encontradas associações entre o processo de dar informação e a redução do medo, stresse e dor no período pós-operatório assim como entre o fornecimento de informação e os processos de auto-gestão e adesão ao regime terapêutico (Rushford, 1999). Haler, Sanci, Sawyer e Patton (2008) realizaram uma revisão sistemática de estudos neste domínio tendo concluído que em geral apontam para o papel determinante das crenças acerca da doença nos processos de adaptação à doença. Desta forma, um número crescente de estudos têm procurado explorar o que é que as crianças pensam e compreendem acerca da saúde e da doença.

Existem duas abordagens teóricas principais no estudo das concepções infantis de saúde e doença. A primeira e a usada como base teórica para estudos neste domínio é aquela que defende que a compreensão destes conceitos é determinada pelo desenvolvimento cognitivo. Esta abordagem, geralmente denominada de estruturalista, defende que a forma como as crianças conceptualizam a saúde e a doença é determinada pela sua maturidade cognitiva, e que é possível organizar as suas definições de saúde numa sequência ordenada de estádios semelhantes aos propostos por Piaget para o desenvolvimento cognitivo em geral (Bibace & Walsh, 1980).

Uma outra abordagem, também chamada de funcionalista é aquela que destaca o papel da experiência e ou aprendizagem. Carey (1985) defende que quanto mais conhecimento a criança tiver, melhor equipada ela estará para desenvolver uma concepção mais global do fenómeno, o que crianças muito pequenas podem atingir níveis sofisticados de compreensão da experiência de doença.

1- Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2 Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do porto.

Vários estudos procuraram demonstrar a influência da experiência de doença nas concepções infantis, a maior parte dos quais, focando a experiência da própria criança em situações graves de doença ou ainda a partir da sua exposição a situações de doença de familiares próximos (Hansdotter & Malcarne, 1998). Os resultados encontrados não são muito consistentes e se alguns estudos demonstram que a experiência de doença não afecta a compreensão dos fenómenos a ela associados, outras investigações demonstram que as crianças doentes possuem concepções de saúde e doença diferentes das dos seus pares saudáveis. Parece existir ainda um efeito de interacção entre a influência da experiência de doença e a idade, no sentido em que à medida que crescem as crianças com doença crónica vão apresentando uma maior compreensão da doença, enquanto as mais pequenas não parecem ser afectadas pela vivência da doença (Crisp, Ungerer, & Goodnow, 1996).

A abordagem das representações de saúde de Leventhal e colaboradores (Leventhal et al, 2000) é também um modelo que tem sido utilizado para o estudo das concepções infantis de saúde e doença, com um foco específico na natureza e dimensões destes conceitos, mais do que propriamente nos seus determinantes. Inicialmente desenvolvido para a compreensão das representações dos adultos, tem sido também aplicado e testado em crianças e adolescentes (Goldman, Granger, Whitney-Saltiel, & Rodin, 1991; Paterson, Moss-Morris, & Butler, 1999). Este modelo fornece uma estrutura compreensiva para o estudo das concepções infantis de saúde e doença na medida em que analisa não só os processos de atribuição relacionados com o adoecer (causas) mas também a natureza da doença (identidade) e as suas consequências. Uma abordagem semelhante é o modelo proposto por Burochovitch e Mednick (1997) que inclui categorias conceptualmente idênticas a 3 dimensões do modelo anterior (causas, identidade e consequências), mas que acrescenta uma categoria relacionada com sentimentos, o que aumenta o carácter compreensivo do modelo. Estudos em que este sistema de análise foi utilizado (Lima & Lemos, 2008; Lima, Lemos & Lema, 2010) demonstraram que o modelo categoriza de forma válida e exaustiva os conceitos de saúde e doença de crianças de diferentes grupos etários, pelo que este foi também o modelo usado para desenvolver este estudo em particular.

Este estudo, que se insere num projecto mais abrangente sobre concepções infantis de saúde e doença, teve como finalidade analisar em que medida a experiência de doença tem influência nas conceptualizações das crianças acerca destes fenómenos. Nesse sentido foram analisadas as concepções de saúde e doença de crianças com diferentes tipos de patologia crónica, mais concretamente asma, diabetes e cancro, assumindo que estas doenças e seus tratamentos envolvem vivências diferentes e específicas. Como referem Crisp et al.(1996), é de esperar que a natureza da doença (nomeadamente a sua etiologia, diversidade e complexidade de sintomas e prognóstico) afecte a necessidade de reflexão da criança e consequentemente, a sua conceptualização acerca do processo de adoecer.

A asma sendo a doença crónica mais prevalente na infância, é actualmente uma patologia que quando bem gerida sob o ponto de vista farmacológico e ambiental, permitindo uma funcionalidade em quase tudo semelhante à das crianças saudáveis. As terapêuticas existentes evoluíram muito nos últimos anos e na maioria das situações, as crianças com asma fazem medicação que as mantem a maior parte do tempo assintomáticas ou que minimizam eficazmente os sintomas em situações de crise. Porque muitas vezes existe um fundo atópico e as alergias aos ácaros e pólenes são as mais frequentes, trata-se de uma doença com períodos de exacerbação sazonal dos sintomas (Lima, 2005).

A *diabetes mellitus* tipo 1 também é uma das doenças crónicas mais comuns na infância, mas exige um maior esforço de adaptação nos âmbitos psicológico, social e físico, tanto por parte da criança como da família. Efectivamente, a criança portadora de diabetes deve ter determinados cuidados no seu dia-a-dia a fim de conseguir o controlo metabólico e prevenir as situações agudas de hiperglicemia e hipoglicemia. O regime terapêutico inclui a administração diária de insulina exógena, o controlo frequente da glicemia sanguínea, regulação da actividade física e controlo da alimentação (Silva, 2003).

A doença oncológica na infância é uma patologia relativamente rara e os tumores mais frequentes nas crianças são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas. Em geral, o prognóstico da doença é mais favorável comparativamente à idade adulta mas as terapêuticas são bastante agressivas, com efeitos secundários significativos, tais como as náuseas, vómitos, alopecia, fadiga, entre outros. Por vezes são necessários internamentos prolongados e períodos de maior ou menor grau de isolamento, impondo grandes restrições às actividades normais da criança, que se mantêm mesmo após a fase activa da doença dado que anorexia, a fadiga, a ansiedade são alguns dos efeitos secundários das terapêuticas que podem persistir no tempo (Ruland, Hamilton, & Scjodt-Osmo, 2009).

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram 82 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos, diagnosticadas com doença crónica e que eram seguidos em 3 instituições de saúde do Norte do país. Do total de crianças, 33 sofriam de asma, 23 de diabetes e 26 de cancro.

Material

As concepções de saúde e de doença foram recolhidas através do método “Desenhar e escrever” (Williams, Wetton & Moon, 1989). A cada criança foi entregue uma folha de papel branco e de tamanho A4, sendo-lhe pedido que desenhasse e escrevesse sobre o que significa estar saudável em

metade da folha e estar doente na outra metade (neste artigo apresenta-se o estudo dos textos escritos pelas crianças). Os desenhos e textos das crianças foram recolhidos nos serviços de consultas externas dos hospitais.

Procedimento

Todos os textos foram sujeitos a um processo de análise de conteúdo utilizando um sistema de categorias desenvolvido por Lima e Lemos (2008), com base no sistema de Burochovitch e Mednick (1997). O sistema utilizado é constituído por pares categorias que serviram para codificar os dados relativos aos conceitos de saúde e de doença, de acordo com as seguintes definições:

1. Participação/falta de participação em práticas preventivas – a saúde é descrita em termos de acções que as pessoas realizam para se tornarem saudáveis (ex. comer comida saudável) e a doença é descrita como estando associada à falta de acções de saúde adequadas por parte do sujeito, (ex: não fazer exercício físico)
2. Participação/falta de participação em práticas curativas – a saúde é descrita em termos da falta de necessidade de realizar acções do tipo curativo (ex: ser saudável é não ter que ir ao hospital), e a doença é descrita como acções que descrevem medidas curativas (ex: estar doente é tomar pastilhas).
3. Ausência/presença de problemas de saúde e sintomas – inclui as respostas que descrevem a saúde em termos de ausência de doença, problemas ou sintomas (ex: ter saúde é não ter sarampo) e respostas que definem a doença como ausência de saúde ou pela presença de um problema geral/específico de saúde ou de sintomas físicos e somáticos (ex: estar doente é ter um vírus).
4. Capacidade/Incapacidade de realizar actividades exigidas e/ou desejadas – as respostas que descrevem a saúde em termos funcionais, isto é, acções que reflectem o que as pessoas conseguem fazer pelo facto de estarem saudáveis (ex: estar saudável é poder ir para a escola) e a doença como o oposto, ou seja que definem a doença através de indicadores de alterações na capacidade funcional do sujeito (ex: estar doente é estar na cama).
5. Sentimentos gerais e estados de humor positivos /negativos: respostas que descrevem a saúde e a doença em termos do que as pessoas sentem e experienciam como consequência de estarem saudáveis ou doentes (ex: ser saudável é ser-se feliz ou quando estamos doentes sentimo-nos tristes).
6. Não sei – respostas ‘não sei’, as que são incompreensíveis ou que não se podem classificar noutras categorias.

Para a definição de doença foi necessária uma sétima categoria:

Vantagens e sentimentos positivos acerca de estar doente - respostas que descrevem as consequências positivas de estar doente (ex: quando se está doente as pessoas são mais simpáticas connosco).

RESULTADOS

Este estudo teve como objectivo compreender se e de que forma a natureza da doença e dos tratamentos afecta a concepção de saúde e doença das crianças com doença crónica.

O estudo revelou diferenças estatisticamente significativas em alguns aspectos das concepções de saúde e doença em função do tipo de patologia analisado. Os resultados (Quadro 1) sugerem que a vivência do cancro se destaca, através de uma maior ênfase nas restrições impostas pela doença (D5) e menor importância atribuída aos comportamentos preventivos na promoção da saúde e prevenção da doença (S2). Verifica-se também que a vivência da diabetes, quer nas definições de saúde quer de doença, se distingue por uma maior focalização nas

Quadro 1: Concepções de saúde e doença: comparação entre crianças com asma, com diabetes e crianças com cancro

	ASM	DIABE	CAN		
A	TES	M	CRO	p	Pos-hocs
Saúde					
S2	0,150	0,4275	0,0885	0,003	Diabetes diferente de asma e cancro
S3	0,300	0,1681	0,0269	0,011	Cancro difere de diabetes
S4	0,000	0,0304	0,0128	0,370	
S5	0,211	0,1536	0,4429	0,018	Cancro difere diabetes
S6	0,338	0,1986	0,4288	0,114	
Doença					
D2	0,066	0,2826	0,0104	0,005	Diabetes diferente de asma e cancro
D3	0,561	0,3348	0,1354	0,001	Cancro difere de asma
D4	0,061	0,0899	0,1118	0,688	
D5	0,111	0,1029	0,3278	0,013	Cancro difere de asma e diabetes
D6	0,200	0,1572	0,4076	0,037	Diferenças entre três grupos
D7	0,000	0,0326	0,0069	0,386	

categorias que descrevem a presença (S2) ou ausência (D2) de comportamentos do tipo preventivo. Finalmente, as crianças com asma tendem a acentuar a presença (D3) ou ausência (S3) de sintomas para definir a saúde e doença respectivamente.

DISCUSSÃO

No seu conjunto, estes resultados reforçam os modelos funcionalistas que sublinham a importância da experiência como determinante das concepções de saúde e doença. Para além disso, os resultados

da comparação entre diferentes tipos de doença evidenciam diferenças que parecem expressar especificidades na vivência e tratamento das diferentes doenças estudadas. Assim, as crianças com cancro valorizam em especial as restrições às actividades do quotidiano, que como foi referido anteriormente, descreve as limitações impostas pela doença, quer na fase activa da doença quer na fase posterior à realização dos tratamentos. As crianças com diabetes destacam a necessidade de implementar medidas preventivas e de controlo da saúde e da doença, o que também parece reflectir a necessidade de aderir a um regime terapêutico muito exigente. De forma semelhante, as crianças com asma enfatizam a presença ou ausência de sintomas, o que parece convergente com a natureza das manifestações desta doença, que se resumem na maioria dos casos a curtos episódios sintomáticos.

Em suma, os resultados suportam uma concepção funcionalista da génese das concepções de saúde e de doença e sugerem essas concepções reflectem as vivências típicas de cada doença. Finalmente, o conhecimento destas especificidades nas representações das crianças com diferentes tipos de doença crónica poderá informar o desenvolvimento de intervenções para crianças com diferentes tipos de doença crónica.

REFERÊNCIAS

- Bibace, R., & Walsh, M.E. (1980). Development of children's concepts of illness, *Pediatrics*, 66, 912-917.
- Boruchovitch, E., & Mednick, B. R. (1997). Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. *Revista Saúde Pública*, 31, 448-456.
- Boruchovitch, E., & Mednick, B., R. (2002). The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Carey, S. (1985). *Conceptual Changes in childhood*. Cambridge, MA: M.I.T. Press
- Crisp, J., Ungerer, J., & Goodnow J. (1996). The impact of experience on children's understanding of illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 57-72
- Goldman, S. L., Granger, J., Whitney-Saltiel, D., & Rodin, J. (1991). Children's representations of "everyday" aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(6), 747-766.
- Hansdottir, I., & Malcarne, V. L. (1998). Concepts of illness in Iceland Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(3), 187-195.
- Koopman, H., Baars, R., Chaplin, J., & Zwinderman, K. (2004). Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness. *Patient Education and Counseling*, 55, 363-370.

Lima, L. Lemos, M.L., & Lema, B.(2010). Concepções de saúde e de doença: Estudo comparativo entre crianças saudáveis e com doença oncológica. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, M. Marques, & F.Pimenta, (Edts.) *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, sexualidade e género.* (pp.455-463). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Myant K. A., & Williams J. M. (2005). Children's concepts of health an illness: understanding of contagious illness, non-contagious illness and injuries. *Journal of Health Psychology.* 10(6) 805-819.

Paterson, J., Moss-Morris, R., & Butler, S. (1999).The Effect of Illness Experience and Demographic Factors on Children's Illness Representations. *Psychology and Health*, 14, 117-129.

Piko, B. F., & Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence, 21(5), 643-653.

Ruland, C., Hamilton, G., & Schjodt-Osmo, B. (2009). The Complexity of Symptoms and Problems Experienced in Children with Cancer: A Review of Literature. *Journal of pain and Symptom Managemen*,37 (3),403-418.

Rushforth, H. (1999). Practitioner Review: Communicating with hospitalized children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 683-691.

Silva, I. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo.* Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Williams, T., Wetton, N., & Moon, A. (1989). A Way In: Five Key Areas of Health Education. London: HEA.

DIABETES MELLITUS: SUA RELAÇÃO COM ANSIEDADE SOCIAL E PSICOPATOLOGIA

MARIANA LIMA 1, TELMO LEANDRO 1, ANA PAULA MATOS 1 & LUÍSA BARROS 2

A Diabetes *Mellitus*, segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 1999), refere-se a uma doença metabólica de múltiplas etiologias, caracterizada por hiperglicemia com alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, fruto de um défice na secreção e/ou acção da insulina. A longo prazo, os efeitos da Diabetes poderão traduzir-se em disfunção e falência de vários órgãos, mais concretamente, retinopatia diabética com potencial cegueira, nefropatia que pode conduzir a insuficiência renal e neuropatia com risco de úlceras, amputações, entre outros. A Diabetes *Mellitus* pode ser subdividida em diferentes tipologias, entre as quais o tipo 1.

A Diabetes *Mellitus* tipo 1, caracteriza-se pela destruição das células β pancreáticas com deficiência absoluta de insulina (Rosas, 2010). Esta tipologia predomina em crianças e adolescentes, embora também possa surgir nos adultos. Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento bastante significativo em crianças e adolescentes, com um crescimento anual esperado de, aproximadamente, 3% (Correia, 2010).

Ser portador de doença crónica é um exemplo de uma situação indutora de stress, que pode gerar ansiedade e depressão, já que o sujeito poderá sentir que as suas tarefas possuem elevados níveis de exigência ou por se encontrar numa situação pautada por complexidade, incerteza, conflito, restrição de escolha ou ameaça pessoal (Vaz Serra, 2007). A Diabetes *Mellitus* é um bom exemplo de inter-relação com a psicopatologia, assumindo-se a saúde mental como um factor que influencia o controlo da doença (Amorim & Coelho, 2008). Segundo diversos autores (Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000; Gary et al., 2000; Goldney, Phillips, Fisher, & Wilson, 2004 *cit in* Amorim & Coelho, 2008; Matos, 2000; Lenmark, Persson, Fisher, & Rydelius, 1999) a comorbilidade entre sintomatologia depressiva e Diabetes associa-se com pior controlo glicémico e fraca adesão ao tratamento, o que, conjuntamente com as consequências psicológicas e sociais, gera uma deterioração da qualidade de vida.

1-Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2- Serviço de Endocrinologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

As respostas ansiosas integram um sistema de sobrevivência, constituindo-se como uma herança evolucionária, o qual se revela adaptativo e não deve ser subestimado. A ansiedade social é uma resposta reguladora do comportamento social que desempenha a função de controlo da coesão de grupo nos humanos (Cunha, 2005, p. 27), sendo uma experiência comum nos humanos que se encontra relacionada com a estrutura social de grupo e a sua organização hierárquica (Pinto Gouveia, 2000). No entanto, a ansiedade social deve ser vista num *continuum*, que vai desde um nível ligeiro a um nível mais extremo. Neste nível extremo, clinicamente designado por Fobia Social, a ansiedade torna-se de tal modo elevada, que causa interferência no funcionamento social do sujeito, limitando a sua vida e podendo conduzir ao evitamento de situações sociais (Pinto Gouveia, 2000).

No modelo psicossocial da Diabetes, La Greca (1988 *cit in* La Greca & Skyler, 1991), aponta a disfunção com os pares, a qual pode ser concebida como ansiedade social, como um elemento influenciador no auto-cuidado / adesão terapêutica.

A adesão terapêutica revela-se essencial para alcançar o controlo metabólico, no entanto, segundo Amorós e col. (2003 *cit in* Garrett, 2008, p. 10), as especificidades do tratamento da diabetes podem, por si só, dificultar a adesão terapêutica. Por um lado, é de considerar a complexidade e a frequência diária do regime terapêutico. Por outro lado, é necessário ter em conta a cronicidade da doença e o facto da adesão ao regime terapêutico não trazer consequências positivas, mas apenas evitar repercussões negativas da doença.

A investigação efectuada pretendeu compreender a importância que variáveis como a ansiedade social e a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão), assumem nos níveis de adesão ao tratamento manifestados pelos jovens diabéticos e na sua qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por um grupo clínico de Diabetes *Mellitus* tipo 1, com idades compreendidas entre 14 e 25 anos, num total de 46 sujeitos – 27 sujeitos do sexo feminino (58,7%) e 19 do sexo masculino (41,3%). A média de idades para este grupo corresponde a 19,48 anos (d.p. = 3,16).

Material

Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A; La Greca & Lopez, 1998; traduzido e adaptado por Cunha, Pinto Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004). Composta por 22 itens, estes são avaliados por uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, sendo 1 “De forma nenhuma” e 5 “Todas as vezes”. Os itens subdividem-se em 3 factores: “Medo da avaliação negativa” (Factor 1); “Desconforto

e evitamento social em situações novas” (Factor 2); “Desconforto e evitamento social geral” (Factor 3). É também possível obter um resultado global, em que valores mais elevados, traduzem níveis mais acentuados de ansiedade social. A pontuação total pode variar entre 18 e 90 pontos. No que concerne às suas características psicométricas, os autores salientam que o instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=.88$ para o total da escala; $\alpha=.87$ para o factor 1; $\alpha=.74$ para o factor 2; $\alpha=.71$ para o factor 3). Relativamente à estabilidade temporal, o instrumento tem uma estabilidade aceitável, apresentando um coeficiente de correlação de Pearson de .74.

Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS; Zigmond & Snaith, 1983; traduzida e adaptada por Baltar & Ribeiro, 1999; validada por Pais-Ribeiro et al., 2007). Esta escala é constituída por duas sub-escalas, mais concretamente, a ansiedade e a depressão. Cada sub-escala é composta por 7 itens, numa escala de *Likert* de 4 pontos (0-3), em que a pontuação pode variar entre 0 e 21. Um resultado entre 0-7 é classificado como “normal”, entre 8-10 como “fraco”, entre 11-14 como “moderado” e entre 15-21 como “severo”. Quanto à consistência interna, Pais-Ribeiro et al. (2007), referem um Alfa de *Cronbach* de .76 para a ansiedade e de .81 para a depressão. Os valores de fiabilidade teste-reteste, com um intervalo de uma semana, são de .75, em ambas as sub-escalas.

Escala de Adesão ao Tratamento (Matos, 1999). Esta escala é composta por 26 itens, que medem a adesão ao tratamento percebida por diabéticos insulino-dependentes, constituindo-se como uma medida unidimensional. As respostas são cotadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, na qual 1 corresponde a “Não acontece comigo” e 5 a “Acontece muitíssimo”. A pontuação total pode variar entre 22 e 110, sendo que quanto maior este valor, maior a adesão ao tratamento percebida pelo sujeito. Quanto às suas qualidades psicométricas, a escala apresenta uma consistência interna elevada ($\alpha=.912$).

KIDSCREEN-27 (versão para crianças e adolescentes) (European KIDSCREEN Group, 2006; traduzido e adaptado por Gaspar, & Matos, 2008). Este instrumento (versão reduzida do Kidscreen-52) é constituído por 27 itens, que compõem 5 factores - “Bem estar físico”; “Bem estar psicológico”; “Autonomia e relação com os pais”; “Suporte Social” e “Ambiente Escolar” - e um resultado total. A sua avaliação é realizada através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, correspondendo pontuações mais elevadas a melhor qualidade de vida e vice-versa. Os valores da consistência interna das dimensões do Kidscreen-52 variam entre 0,60 e 0,88, sendo o seu valor médio de 0,80, confirmando assim uma elevada consistência interna da escala. De referir que os diferentes factores se encontram relacionados entre si.

Escala de Qualidade de Vida na Diabetes (EQVD; Jacobson et al., 1988, 1994; aferida e adaptada por Matos & Rodrigues, 1997). A escala é constituída por 46 itens, cotados segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos, sendo 1 “Muito satisfeito” e 5 “Muito insatisfeito”. A escala tem um índice global

e as seguintes dimensões: “Satisfação”, “Impacto”, “Preocupação social/vocacional” e “Preocupação com a diabetes”. Quanto maior a pontuação obtida, menores os níveis de qualidade de vida. Na versão original, a escala apresenta um Alfa de *Cronbach* de .92 e os valores de fiabilidade teste-reteste situam-se entre .78 e .92.

Procedimento

O conjunto de instrumentos foi aplicado a uma amostra da população clínica de 46 jovens portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 1, recolhida no Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar de Coimbra, e Associações de jovens diabéticos. O conjunto de instrumentos, à excepção daqueles que são específicos para a população clínica, foi também aplicado a uma amostra de 46 jovens da população geral. Contudo, somente são apresentados os resultados relativos à amostra clínica.

RESULTADOS

Estudo da relação da Ansiedade Social com a Adesão ao Tratamento-Os sujeitos com maiores níveis de ansiedade social total tendem a evidenciar menor adesão ao tratamento ($r = -.364$; $p = .013$). Ao nível das dimensões da escala de ansiedade social, esta relação é encontrada relativamente ao “Medo de avaliação negativa” ($r = -.441$; $p = .002$) (Quadro 1).

Quadro 1: Correlações da Ansiedade Social (SAS-A) com a Adesão ao tratamento (EAT)

Dimensões da Ansiedade Social	Adesão ao tratamento	p
Medo de avaliação negativa	-.441	.002
Desconforto e evitamento social em novas situações	-.273	.067
Desconforto e evitamento social geral	-.272	.068
Total	-.364	.013

Estudo da relação da Sintomatologia Psicopatológica (Ansiedade e Depressão) com a Adesão ao Tratamento-A sintomatologia ansiógena ($r = -.491$; $p = .001$) e depressiva ($r = -.500$; $p = .000$) encontram-se correlacionadas negativamente com a adesão ao tratamento. Estes resultados indicam que sujeitos que apresentam maiores níveis de sintomatologia ansiógena e depressiva, tendem a manifestar menores níveis de adesão ao tratamento.

Estudo da relação da Ansiedade social com a Qualidade de vida-Os resultados apontam que, de forma geral, os sujeitos que reportam maiores níveis de ansiedade social, relatam menor qualidade de vida geral e qualidade de vida específica para diabéticos. Verifica-se que existe uma relação entre a escala de ansiedade social (factores e índice global) e a escala de qualidade vida geral (factores e total), à excepção do factor “Desconforto e evitamento social em novas situações” com o “Bem estar

físico”. A ansiedade social não parece estar relacionada com a dimensão “Satisfação” da escala de qualidade de vida específica para o grupo clínico (Quadro 2).

Quadro 2: Correlações entre Ansiedade social (SAS-A) e Qualidade de vida (KIDSCREEN e EQVD) (N= 46)

KIDSCREEN SAS-A	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambient e Escolar	Total
Medo de avaliação negativa	- .472**	-.686**	-.463**	-.489**	-.539**	-.642**
Desconforto e evitamento social em novas situações	-.286 ^{ns}	-.554**	-.448**	-.443**	-.360*	-.514**
Desconforto e evitamento social geral	-.482**	-.665**	-.492**	-.549**	-.516**	-.655**
Total	-.439**	-.681**	-.500**	-.525**	-.505**	-.645**
EQVD SAS-A	Satisfa ção	Impacto	Preocupa ção Social	Preocupa ção doença	Total	
Medo de avaliação negativa	.171 ^{ns}	.631**	.392**	.310*	.505*	
Desconforto e evitamento social em novas situações	.260 ^{ns}	.526**	.174 ^{ns}	.139 ^{ns}	.423**	
Desconforto e evitamento social geral	.276 ^{ns}	.520**	.246 ^{ns}	.243 ^{ns}	.471**	
Total	.247 ^{ns}	.608**	.298*	.250 ^{ns}	.502**	

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

Estudo da relação da Sintomatologia Psicopatológica (Ansiedade e Depressão) com a Qualidade de Vida-Os resultados indicam que a sintomatologia ansiógena e depressiva se associam com uma percepção de pior qualidade de vida por parte dos sujeitos, tanto nos factores como no índice global da escala Kidscreen (Quadro 3).

Quadro 3: Correlações entre Ansiedade e Depressão (HADS) e Qualidade de vida (KIDSCREEN e EQVD) (N= 46)

KIDSCREEN	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autono mia e Relação Pais	Suporte Social	Ambi ente Escolar	Tota l
Ansiedade	-.659**	-.711**	-.568**	-.550**	-.583**	-.742**
Depressão	-.523**	-.733**	-.612**	-.623**	-.598**	-.749**
EQVD	Satisfa ção	Impacto	Preocup ação Social	Preocup ação doença	Total	
Ansiedade	.263 ^{ns}	.578**	.215 ^{ns}	.232 ^{ns}	.470*	
Depressão	.249 ^{ns}	.370*	.124 ^{ns}	.097 ^{ns}	.337*	

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

Relativamente à escala de qualidade de vida específica para o grupo clínico (EQVD), a ansiedade e depressão apenas se correlacionam significativamente com a dimensão “Impacto” ($r = .578$; $r = .370$, respectivamente) e com o total da escala ($r = .470$; $r = .337$, respectivamente) (Quadro 3).

DISCUSSÃO

No nosso estudo, encontramos uma associação negativa entre a ansiedade social e a adesão terapêutica, sendo que o “Medo de avaliação negativa” se constitui como o factor que apresenta a correlação mais forte com os níveis de adesão ao tratamento. Estes dados vão de encontro ao modelo psicossocial de La Greca (1988 *cit in* La Greca & Skyler, 1991), que realça a existência de uma relação entre uma disfunção com os pares (ainda que não especificamente relativa à ansiedade social) e os níveis de adesão e autocuidado.

Encontramos uma relação negativa da sintomatologia ansiógena e depressiva com a adesão ao tratamento da diabetes. Os sujeitos que reportam maiores níveis de ansiedade e depressão revelam menor adesão ao tratamento. Este resultado vai ao encontro de diversos estudos (Lenmark, Persson, Fisher, & Rydelius, 1999; Gary et al., 2000; Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000; Goldney, Phillips, Fisher, & Wilson, 2004 *cit in* Amorim & Coelho, 2008; Matos, 2000), que apontam a saúde mental como um factor que influencia a adesão terapêutica.

A análise das relações da sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) e da ansiedade social com a qualidade de vida, permite indicar que os sujeitos que apresentam maiores níveis de ansiedade, incluindo a social, e depressão, tendem a reportar menores níveis de qualidade de vida, quer nos aspectos gerais quer nos relativos à doença crónica.

Estes resultados remetem para a necessidade de se realizar uma avaliação, sistemática e cuidada, e intervenção precoce ao nível da sintomatologia ansiógena, incluindo a ansiedade social, e depressiva, afim de não comprometer a adesão ao regime terapêutico e, consequentemente, o controlo glicémico, bem como a qualidade de vida dos sujeitos portadores de Diabetes *Mellitus*. De igual modo, apontam para a importância e necessidade de equipas multidisciplinares no acompanhamento dos sujeitos, uma vez que apenas deste modo é possível intervir precocemente e em diferentes áreas, o que terá repercussões nos níveis de adesão ao tratamento, na saúde mental e na qualidade de vida.

Referências

Amorim, I., & Coelho, R. (2008). Diabetes *Mellitus* tipo 2 e Sintomas Psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 319-333.

- Correia, L. (2010). Epidemiologia da diabetes *mellitus*. In Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. *Diabetes uma abordagem global* (pp. 1-10). Miraflres: Euromedicine, Edições micas.
- Cunha, M. (2005). *Ansiedade social na adolescência: avaliao e trajetórias de desenvolvimento* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educao da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M., Pinto Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M.C. (2004). Avaliao da Ansiedade Social na Adolescência: A versão Portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249-263.
- Garrett, S. (2008). *Adesão ao tratamento da Diabetes em adolescentes: Factores Motivacionais* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educao da Universidade do Porto, Porto.
- Gaspar, T., & Matos, M. (Coords.). (2008). Qualidade de vida em crianças e adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN 52. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Jacobson, A., Barofsky, I., Cleary, P., & Rand, L. (1988). Reliability and validity of diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care*, 11, 725-732.
- Jacobson, A., Degroot, M., & Sanson, J. A. (1994). The Evaluation of Two Measures of Quality of Life in Patients with Type I and Type II diabetes. *Diabetes Care*, 17, 267-274.
- La Greca, A. M., & Skyler, J. S. (1991). Psychosocial Issues in IDDM: A Multivariate Framework. In P. M. McCabe, N. Schneiderman, T. M. Field & J. S. Skyler (Eds.), *Stress, Coping and Disease* (pp. 118-138). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Matos, A. P. (1999, Janeiro). *Desenvolvimento de instrumentos de avaliao para o estudo da diabetes: Desenvolvimento de uma escala de “Adesão ao Tratamento”* Trabalho apresentado nas Jornadas da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento, Coimbra.
- Matos, A. P. (2000). Estudo de alguns aspectos emocionais e cognitivos na Diabetes. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 173-182.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Pinto Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social: da timidez a fobia social*. Coimbra: Quarteto.
- Rosas, S. (2010). Diagnóstico e classificao da diabetes *mellitus*. In Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. *Diabetes uma abordagem global* (pp. 11-16). Miraflres: Euromedicine, Edições micas.

Vaz Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Edição de autor

World Health Organization. (1999). *Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications - Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. Obtido em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_ncd_ncs_99.2.pdf.

ANÁLISE DAS MUDANÇAS DE FATORES DE RISCO DE NATUREZA BIOLÓGICA EM FUNÇÃO DO TREINO PSICOLÓGICO DE CONTROLE DO STRESS

LOUIS MARIO NOVAES LIPP, RAQUEL LEITE PERINI, GREICI MAESTRI BUSSOLETTI & MARILDA
EMMANUEL NOVAES LIPP

A Síndrome Metabólica (SM) é a mais comum doença metabólica da atualidade e também a maior responsável por eventos cardiovasculares (Isomaa, *et al*, 2001; Laaksonen, *et al*. 2002). A SM caracteriza-se pela associação num mesmo indivíduo, de dislipidemia, diabetes mellitus do Tipo 2 ou intolerância à glicose, hipertensão arterial e excesso de peso ou obesidade (Zimmet, Boyko, Collier & de Courten, 1999).

É importante destacar a associação da SM com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em cerca de 2,5 vezes (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2006). Embora poucos dados epidemiológicos existam, o 3º. Censo de Saúde e Nutrição dos Estados Unidos sugere que cerca de 23,7% da população adulta americana é portadora da SM (Ford, Giles & Dietz, 2002).

O estudo da SM tem sido dificultado pela ausência de consenso na sua definição e nos pontos de corte dos seus componentes, com repercussões na prática clínica e nas políticas de saúde. Segundo o NCEP-ATP III *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*, a SM representa a combinação de pelo menos três componentes dos apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Componentes de Síndrome Metabólica segundo o NCEP – ATP III

Componentes	Níveis
Obesidade abdominal por circunferência abdominal	
Homens	> 105 cm
Mulheres	> 88 cm
Triglicérides	≥ 150 mg/dL
HDL Colesterol	
Homens	< 40 mg/dL
Mulheres	< 50 mg/dL
Pressão Arterial	≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg
Glicemia de Jejum	≥ 110 mg/dL
A presença de <i>Diabetes Mellitus</i> não exclui o diagnóstico de SM	

Os dados da literatura levam a pensar que a síndrome metabólica resulta da interação de fatores relacionados ao indivíduo (predisposição genética para hipertensão arterial e vida sedentária), com fatores relacionados ao meio ambiente (estresse psicossocial, dieta hipercalórica e sal). Essa interação, do indivíduo geneticamente predisposto com o meio ambiente, vai resultar em alterações no organismo caracterizadas pelo aumento da atividade simpática, do sistema renina-angiotensina, aumento da atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e resistência à insulina. Essas alterações fazem parte do fenótipo intermediário do indivíduo e vão resultar em alterações orgânicas observadas no paciente com síndrome metabólica (Sharovsky, Ávila, Perez & Romano, 2005).

A síndrome metabólica resulta da influência do meio ambiente em indivíduos geneticamente predispostos. Defendemos a hipótese de que o antecedente de hipertensão tem papel importante no desenvolvimento da síndrome e de que fatores ambientais, tais como, o estresse psicossocial, dieta hipercalórica e o sal da dieta contribuem para o aparecimento de fenótipos intermediários, como o aumento da atividade simpática, do sistema renina-angiotensina-aldosterona, a ativação do eixo-hipotálamo-hipófise adrenal e a RI (Lopes, 2005). Assim, com essa linha de abordagem os fatores de risco relacionados ao stress e depressão apresentam importante influência no aparecimento e progresso da SM e as patologias associadas.

O *stress* se manifesta de modo bastante universal, quando esta em seu início, o indivíduo sente na maioria das vezes taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e a sensação de estar em alerta. Porém, com o seu desenvolvimento, começam a surgir algumas diferenças, e isso se dá de acordo com as predisposições genéticas de cada um, potencializadas pelo enfraquecimento desenvolvido no decorrer da vida em consequência de acidentes ou doenças (Lipp, 2005a).

O *stress* quando excessivo pode produzir grandes consequências para o indivíduo em si, para sua família, para a empresa a qual ele trabalha e para a comunidade onde vive. Psicologicamente e emocionalmente o *stress* provoca cansaço mental, dificuldade de concentração, perde da memória imediata, apatia, indiferença emocional, a produtividade cai, a criatividade fica prejudicada, começam a surgir autodúvidas, além dos problemas de ordem física. O sistema imunológico também é afetado quando o *stress* é prolongado, dessa forma, reduz a resistência da pessoa e ela se torna vulnerável ao desenvolvimento de infecções e doenças contagiosas. Algumas doenças que antes permaneciam latentes podem ser desencadeadas (Lipp, 2005a).

O tratamento do *stress* desenvolveu-se do trabalho de Lipp e Malagris (1995, 2011) com base no treino de inoculação de *stress*, da terapia racional-emotiva de Ellis (1973) e em dados e observações de muitos anos de pesquisas sobre *stress* e estilos de vida. Esse tratamento foi designado de “treino de controle do *stress* – TCS”, que tem o objetivo de promover uma maior habilidade nas pacientes de lidarem com o *stress* e de modificarem seus hábitos de vida, dessa forma, proporcionando uma melhora significativa na qualidade de vida. É um tratamento breve e seus efeitos são mantidos por uma prevenção de recaídas (Lipp, 2005b).

O TCS possui seus pilares que são: nutrição, anti-*stress*, relaxamento da tensão mental e física, exercício físico e mudanças cognitivo-comportamentais. Envolve também técnicas de resolução de problemas, manejo do tempo, controle da hostilidade, treino de assertividade, controle da ansiedade, reestruturação cognitiva e uso da respiração profunda (Lipp, 2005b).

Dessa forma, entende-se que o TCS, visa mudanças no estilo de vida e no modo de pensar, além de trabalhar a causa do *stress* e não simplesmente aliviar seus sintomas. Vale ressaltar que o tratamento interdisciplinar é muito importante quando o paciente já atingiu um nível de *stress* o qual propicia o aparecimento de doenças (Lipp, 2005b).

Percebe-se que essas doenças estão muito relacionadas com o que as pessoas comem, bebem, com suas atividades diárias e seu ambiente físico e social. Para que esses tipos de patologias sejam reduzidas é necessário que os indivíduos se conscientizem e modifiquem seus hábitos de vida, mas é importante ressaltar que incorporar novos comportamentos não é fácil (Chor, 1999).

A necessidade de uma abordagem multidisciplinar e de inúmeros medicamentos impõem ao paciente e ao sistema de saúde elevados custos, tanto com prevenção primária como com prevenção secundária e terciária. Apenas com este tipo de abordagem estes pacientes são adequadamente tratados e uma diminuição significativa da mortalidade pode ser alcançada (Ford, Giles & Dietz, 2002).

O presente trabalho se propôs verificar a eficácia do treino de controle do stress (TCS) na redução de fatores de risco de origem biológica, tais como: Glicemia, Colesterol Total, HDL-C, LDL-C, Triglicerídeos e Cortisol em grupos de mulheres com síndrome metabólica.

MÉTODO

Participantes

A pesquisa contou com uma amostra de 24 mulheres, pós menopausadas, com diagnóstico de síndrome metabólica, com idade entre 45 e 75 anos, que consentiram em participar do TCS de Lipp estruturado em oito sessões semanais de grupo psicoterapêutico. Local: Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do *Stress* (LEPS) - PUC de Campinas.

Material

Inicialmente foram avaliadas com o Inventário de Sintomas Adulto de Stress de Lipp, Inventário de Qualidade de vida e Inventário de depressão de Beck:

- *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)* que é composto por quadros que se referem às quatro fases do *stress*, sendo que os sintomas apresentados são os típicos de cada fase. O ISSL contém 56 itens dentre os quais 37 são de natureza somática e 19 de psicológica (Lipp, 2005a).

- *Inventário de Qualidade de Vida* que tem por objetivo identificar indicadores do nível de qualidade de vida dos indivíduos. É composto por questões relacionadas aos aspectos da vida referentes a quatro quadrantes, que são: profissional, saúde, social e afetivo (Lipp & Rocha, 1996).

- *Inventário de depressão de Beck*: Trata-se de uma escala de auto-relato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos (Beck, 1993) composta por 21 itens que visam avaliar o nível de depressão do respondente de acordo com a gravidade dos sintomas.

Concomitante a isso, foram realizados exames laboratoriais: circunferência abdominal, IMC (índice de massa corpórea), glicemia, colesterol total, HDL-c, LDL-c, triglicérides e cortisol total.

Procedimento

As participantes realizaram o Treino de Controle de Stress, método de tratamento elaborado por Lipp que requer uma avaliação minuciosa do nível de stress e das condições geradoras de tensão na vida do paciente. Está baseado nos quatro pilares de controle de stress: reestruturação cognitiva, cuidados com a alimentação, prática de exercício físico e uso de técnicas de relaxamento. O TCS se constituiu de 8 sessões, uma por semana, com duração de 2 horas e inclui, dentre outras estratégias cognitivas e comportamentais técnica de relaxamento indicada por Lipp como apropriada para indivíduos hipertensos (Lipp & Rocha, 2008). Profissionais de nutrição e de educação física, convidados para participação em algumas sessões. O TCS foi adaptado para atender às características psicológicas identificadas nas participantes. Após o TCS, as participantes foram reavaliadas com os mesmos instrumentos, a fim de se possível conduzir uma análise comparativa dos períodos pré e pós tratamento.

Apos a conclusão do estudo, todas as participantes receberam os resultados comparativos dos testes psicológicos aplicados pré e pós TCS acompanhados de um folder como fechamento para mostrar os benefícios atingidos e reforçar a continuidade das mudanças necessárias. O folder fornecia informações sobre os temas discutidos durante o TCS.

RESULTADOS

O Quadro 2 mostra os índices metabólicos das participantes antes e após o tratamento/ Pode-se verificar com base na Quadro 2 que houve mudança nas medidas aferidas, como se segue?

-- Glicemia: Neste indicador, 37,5% da amostra apresentou redução nos índices. E ainda 54,16% se encontra no nível de normalidade (70-110 mg/dl).

--Colesterol Total: Neste indicador, 70,8% da amostra apresentou redução nos índices. E ainda 75% se encontra no nível de normalidade (<200 mg/dl)

-- HDL-c: Neste indicador, 20,83% da amostra apresentou redução nos índices. E ainda, 25% se encontra no nível de normalidade (>50 mg/dl)

-- LDL-c: Neste indicador, 58,33% da amostra apresentou redução no índices. E ainda, 87,5% se encontra no nível de normalidade (>130 mg/dl)

-- Triglicérides: Neste indicador 75% da amostra apresentou redução no índices. E ainda, 79,1% se encontra no nível de normalidade (160 mg/dl).

DISCUSSÃO

Apesar de uma amostra ainda pequena, os resultados apresentaram satisfatória atuação da intervenção na forma do TCS na redução dos fatores emocionais e estimulação de mudanças nos hábitos de vida.

Além da abordagem educativa, objetivou-se, a partir da intervenção psicológica, a mudança no estilo de vida das participantes. A estratégia adotada foi baseada nos conceitos e se enquadraram na abordagem da psicoterapia cognitivo-comportamental de grupo. Identificação dos aspectos emocionais que influenciem na resistência do paciente à mudança do estilo de vida, tais como depressão e stress crônico foi importante para o direcionamento das sessões psicoterápicas. A intervenção nas variáveis psicológicas nessas pacientes realizada com uma ênfase em uma abordagem interdisciplinar permitiram que a transmissão de múltiplas informações se revertesse em ação que possibilitaram mudanças de hábitos relevantes para a redução de fatores de risco envolvidos na SM.

Quadro 2: Resultados dos Exames Laboratoriais das Participantes Antes e Após o tratamento.

Alteração de Glicemia / Glicose (%)		Colesterol Total (%)		HDL – c (%)		LDL – c (%)		TRIG (%)		Nível Cortisol (%)	
PRE	POS	PR	PO	PR	POS	PR	POS	PR	PO	PR	PO
		E	S	E		E		E		E	S
122	171	181	142	46	41	104	81	156	102	8,4	12,2
98	90	205	148	51	41	138	97	80	48	10,5	9,3
83	89	158	153	41	42	98	92	94	94	7,3	6,3
187	173	163	161	33	34	94	95	180	162	10,3	10,2
117	140	148	143	42	38	80	76	131	144	10,8	11,6
109	106	309	328	63	46	181	235	327	237	8,2	10,3
	90	147	157	60	59	72	85	75	67	9,6	10,9
78	79	226	212	48	46	122	110	279	278	8,9	8,6
92	91	167	210	54	51	91	138	112	104	11,4	7,8
94	97	175	164	42	39	112	108	103	85	8	7,7
128	100	138	150	48	47	76	87	68	81	12,9	8,5
104	112	201	217	50	44	125	141	128	158	8,5	6,1
97	105	189	209	64	57	97	125	141	137	6,8	6,7
65	414	415	246	98	82	302	149	76	74	10,3	16
146	69	143	125	55	58	55	44	166	115	9,8	10,9
178	166	169	151	33	35	111	95	124	106	8,7	10,9
87	99	178	168	47	43	103	99	141	129	9,4	14,8
102	96	243	161	41	42	166	94	182	125	7,5	10,2
111	106	195	172	61	44	109	84	123	222	5,5	1,7
90	100	153	144	73	63	66	69	69	60	17,6	11,3
159	122	151	142	51	46	79	84	107	59	6,8	7
87	109	135	139	44	41	51	70	201	142	7	6,1
100	116	189	151	41	24	122	85	129	209	10	10
163	185	177	149	43	40	85	68	243	207	10,6	15,7

Embora existam vários mecanismos propostos para explicar a associação da elevação da pressão arterial, elevação do triglicérides, diminuição do HDL, obesidade central e intolerância à glicose em um mesmo indivíduo, a sua fisiopatogênese permanece obscura.

O fato é que a síndrome metabólica, como definida pelos critérios do NCEP-ATP III, é uma entidade extremamente heterogênea. Acrescenta-se o fato de que cada um dos critérios definidores de síndrome metabólica se comporta como uma doença complexa, ou seja, resultante da interação entre fatores poligênicos e fatores ambientais. Devem ser considerados também os aspectos psicodinâmicos do paciente deprimido e sua inter-relação com aspectos ambientais nos quais se encontram inseridos. Isso é fundamental

quando se discute a intervenção no paciente com SM. Estudos apontam para a importância da mesma visando a reformulação do estilo de vida. A abordagem em equipe interdisciplinar é descrita como a intervenção de maior eficácia para respostas positivas para mudança do estilo de vida, já que hábitos de vida são também multifatorialmente determinados (Deen, 2004; Manso, Skerrett, Greenland & Vanitallie, 2004).

REFERÊNCIAS

- Beck, A. (1993) *Beck Depression Inventory*. SP Casa do Psicólogo.
- Chor, D. (1999). Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad. Saúde Pública*, 15 (2) 423-425.
- Deen D. (2004). Metabolic Syndrome: time for action. *American Family Physician*. 69 (12), 2875-82.
- Ellis, A (1973). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nova York: Birch Lane
- Ford E.S, Giles W.H., & Dietz W.H. (2002). Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of the American Medical Association*, 287 (3) 356-359.
- Isomaa B., Almgren P., Tuomi T., Forsén B., Lahti K., Nissén M., Taskinen M.R. & Groop L. (2001). Cardiovascular morbidity and mortality associated with the Metabolic Syndrome. *Diabetes Care*. 24 (4), 683-689.
- Laaksonen D.E., Lakka H.M., Niskanen L.K., Kaplan G.A., Salonen J.T., & Lakka T.A. (2002). Metabolic syndrome and development of diabetes mellitus: Application and validation of recently suggested definitions of the metabolic syndrome in a prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 156 (11), 1070-1077.
- Leite C.C., & Halpern A. (2005). Síndrome metabólica e diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 12(3), 165-168.
- Lipp, M. E. N. (2005a). O Modelo Quadrifásico do Stress. In: Lipp, M. E. N. (Org). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress. Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 17-22.
- M. E. N, Lipp (2005b). O Tratamento Psicológico do Stress. In: M. E. N. Lipp (Org). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress. Teoria e Aplicações Clínicas*(pp.23-24). São Paulo: Casa do Psicólogo..
- Lipp, M.E.N., & Malagris, L.E.N. (1995). Manejo do Estresse. *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicação e problemas*. Campinas: Psy II.
- Lipp, M.E.N., & Malagris, L.E.N. (2011). Estresse: aspectos históricos, teóricos e clínicos. In B. Range e colaboradores. *Psicoterapias Cognitivo- Comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Lipp, M.E.N., & Rocha, J.C. (1996). Stress, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida : um guia para o Hipertenso. Campinas: Papirus.

Lipp, M.E.N., & Rocha, J.C. (2008). *Pressão Alta e Stress: o que fazer agora?* Campinas: Papirus.

Lopes, F.H. (2005). Hipertensão, obesidade, resistência à insulina e síndrome metabólica. *Revista brasileira de Hipertensão*, 12 (3), 154-158.

Manso, J.E., Skerrett, P.J., Greenland, P. & VanItallie T.B. (2004). The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle: a call to action for clinicians. *Arch Intern Med*. 164 (3), 249-58.

Sharovsky, L. L., Ávila, A.L.V., Perez G.H., & Romano, B.W. (2005). Tratamento não-farmacológico da síndrome metabólica: visão do psicólogo e do nutricionista. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 12(3), 182-185.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. (2006). Síndrome Metabólica: Tratamento Não Farmacológico para Redução do Risco Cardiovascular, Projeto Diretrizes-Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Zimmet, P., Boyko, E.J., Collier, G.R., & de Courten, M. (1999). Etiology of the metabolic syndrome: potential role of insulin resistance, leptin resistance, and other players. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 18(892), 25-44.

INTERVENÇÕES BASEADAS EM *MINDFULNESS* EM ONCOLOGIA: REVISÃO DE META-ANÁLISES

JOSÉ CARLOS LOPES

Revisões recentes de ensaios clínicos, sobre a aplicação a cuidados de saúde de diferentes tipos de práticas de meditação, mostraram a existência nas últimas três décadas de quantidade apreciável de pesquisa sobre intervenções baseadas em *mindfulness* (IBMs). Todavia, concluíram que os estudos tinham má qualidade em vários aspetos: design, execução, análise e relato (Ospina et al., 2007). Deficiências semelhantes haviam sido apontadas cinco anos antes (Bishop, 2002), de modo que, aparentemente, houve pouco progresso. Não obstante, as referências acima indicaram que as IBMs são, no mínimo promissoras em várias condições médicas, nomeadamente o cancro.

O presente trabalho visa descrever o estado da investigação das IBMs em Oncologia (IBMOs), a fim de estabelecer linhas de interesse para investigações futuras.

Após uma pesquisa em bases de dados, foram encontradas cinco meta-análises que abordam simultaneamente as IBMs e o cancro, todas publicadas na última década, e que por conseguinte devem constituir uma base adequada para o objetivo deste trabalho. As meta-análises são a melhor maneira de avaliar a eficácia de uma intervenção e fornecer orientações para futuras pesquisas (Ellis, 2010).

A seguir, em Material e Métodos, apresentam-se comentários sobre a pesquisa e seleção das meta-análises. A seção Resultados contém uma breve descrição de critérios, resultados e conclusões das meta-análises. Uma avaliação comparativa das meta-análises é feita na Discussão. Finalmente, em Conclusão, é descrito o que deve ser evitado e o que precisa de ser feito em investigações futuras no âmbito das IBMOs.

MÉTODO

Em 30 de Novembro 2010, foram pesquisados os termos *mindfulness AND review OR meta-analy** em título, resumo e palavras-chave, nas seguintes bases de dados: Pubmed, ScienceDirect and ISI Web of Knowledge. Foram também pesquisados os sítios <http://www.mindfulexperience.org/> e <http://mindfulnet.org/>. As referências encontradas foram novamente filtradas usando os *cancer OR oncolog**. Daqui resultaram duas revisões sistemáticas, cinco revisões, e cinco meta-análises. De acordo com Ellis (2010), apenas considerámos as meta-análises (Baer, 2003; Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Ledesma & Kumano, 2009). Destas, só uma considera exclusivamente doentes oncológicos.

Fez-se a comparação das magnitudes do efeito (MEs) relatadas pelas meta-análises nos doentes oncológicos com as relativas ao conjunto global das condições de saúde abrangidas (cancro e outras), e analisou-se essa comparação à luz dos critérios das meta-análises.

RESULTADOS

Apresenta-se aqui uma seleção de dados e características das cinco meta-análises.

Critérios das meta-análises

As cinco meta-análises usaram diferentes critérios, dos quais se salientam aqui alguns aspetos.

Todas excluíram intervenções não-*mindful*, focando-se em *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) e *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. Baer (2003) explica a exclusão da *Dialectical Behavior Therapy* e Hofmann et al. (2010) justificam não terem considerado estudos que usaram *Acceptance and Commitment Therapy*. Bohlmeijer et al. (2010) tiveram apenas em conta estudos com MBSR.

Apenas Baer (2003) e Grossman et al. (2004) incluíram estudos com não-pacientes.

Bohlmeijer et al. (2010) apenas incluíram estudos controlados e randomizados. As outras quatro meta-análises incluíram tanto estudos com algum tipo de grupo de controlo (geralmente lista de espera ou tratamento habitual) como estudos observacionais.

Grossman et al. (2004) e Ledesma & Kumano (2009) calcularam MEs agregadas para “saúde mental” (usando escalas para medir ansiedade, depressão, stress, e qualidade de vida psicológica) e “saúde física” (usando parâmetros físicos, sintomas e questionários auto-administrados). Baer (2003), Bohlmeijer et al. (2010) and Hofmann et al. (2010) separaram as MEs da ansiedade das da depressão.

Hofmann et al. (2010) discutiram (usando *funnel plots* e *fail-safe numbers*) em que medida a seleção das publicações afetava os resultados. Ledesma & Kumano (2009) fizeram *file-drawer tests*. Bohlmeijer et al. (2010) calcularam *fail-safe numbers*.

Hofmann et al. (2010) fizeram uma análise pormenorizada dos moderadores (alvos do tratamento, tipo de IBM, ano de publicação, duração do tratamento e qualidade do estudo.) Bohlmeijer et al. (2010) também incluíram análise da qualidade dos estudos.

Magnitudes do efeito

De cada meta-análise extraíram-se os valores dos seguintes parâmetros: número de estudos, k ; número de pacientes envolvidos, n ; d de Cohen ou g de Hedge, e intervalos de confiança (ou, num caso, desvios-padrão) relativos a ansiedade, depressão e saúde mental (sendo esta avaliada através de medidas de ansiedade, depressão e qualidade de vida psicológica); e valores p . Estes parâmetros estão indicados na Quadro 1, separadamente para o conjunto das patologias consideradas e para o subtotal de doentes com cancro. Deve notar-se que, para uma dada meta-análise, o número global de estudos pode ser maior que o valor do parâmetro k da Quadro 1, uma vez que alguns estudos não forneciam dados relativos a ansiedade, depressão ou saúde mental. No total, os números de estudos e de pacientes são, respetivamente: 20 e 1,4 mil em Baer (2003); 20 e 1,6 mil em Grossman et al. (2004); 10 e 0,5 mil em Ledesma & Kumano (2009); 8 e 0,7 mil in Bohlmeijer et al. (2010); e 34 e 1,4 mil em Hofmann et al. (2010).

A Figura 1 mostra uma comparação entre os cinco meta-análises no que se refere a magnitudes do efeito em cancro e na globalidades das doenças contempladas, relativamente a ansiedade, depressão e saúde mental; também estão indicados os *benchmarks* de Cohen para ME (Ellis, 2010).

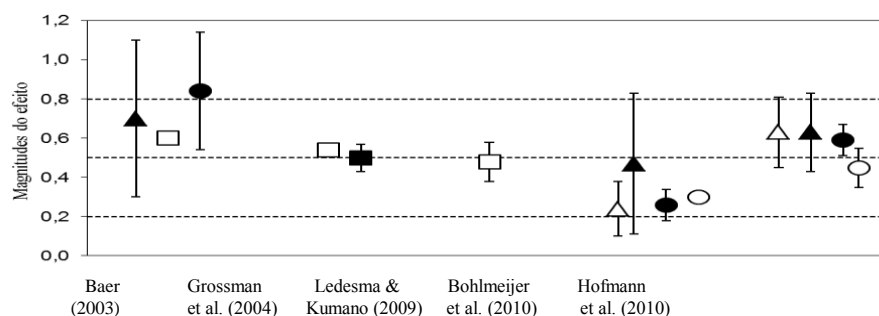


Figura 1. Magnitudes do efeito em ansiedade, depressão e saúde mental, com dados da Quadro 1. As linhas verticais indicam CI₉₅ (ou DP em um caso). Linhas tracejadas: *benchmarks* de Cohen. Símbolos cheios: condições médicas na globalidade; símbolos vazios: específicos do cancro. Triângulos: ansiedade; círculos:

Quadro 1

	Baer (2003)	Grossman et al. (2004)	Ledesma (2009)	& Kumano	Bohlmeijer et al. (2010)	Hofmann et al. (2010)
	Ansiedad	Saúde	Saúde	Saúde	Ansiedad	Ansiedad
e	Depressão	Mental	Mental	Física	Depressão	Depressão
global						
<i>k</i>	8	18		4	6	33
<i>n</i>	s.d.	894		348	610	1368
<i>ME</i>	<i>d</i> =0,7 (DP=0,41)	<i>d</i> =0,50		<i>g</i> =0,47	<i>g</i> =0,26	<i>g</i> =0,63
<i>CI</i> ₉₅		[0,43;0,56]		[0,11;0,83]	[0,18;0,34]	[0,53;0,73]
<i>p</i>		<0,0001		<0,05	<0,001	<0,01
cancro						
<i>k</i>	1	1	7	8	2	8
<i>n</i>	90	90	416	516	311	485
<i>ME</i>	<i>d</i> =0,6	<i>d</i> =0,54	<i>d</i> =0,48	<i>d</i> =0,18	<i>g</i> = 0,24 (<i>g</i> ≈ 0,30)	<i>g</i> = 0,63
<i>CI</i> ₉₅			[0,38;0,59]	[0,08;0,28]	[0,10;0,38]	[0,45;0,81]
<i>p</i>			<0,0001	<0,0001	<0,001	<0,01

k - número de estudos; *n* - número de pacientes; *s.d.* - sem dados; *ME* - magnitude do efeito (*d* de Cohen, *g* de Hedge); *DP* - desvio-padrão; intervalo de confiança de 95%; *p* - valor *n*

Conclusões das meta-análises

Segue-se um resumo das principais conclusões de cada um das cinco meta-análises.

Baer (2003) salientou que são necessários estudos clínicos randomizados para esclarecer se existem fatores de confusão (placebo, passagem do tempo); são necessários estudos para comparar as IBMs com os tratamentos estabelecidos, a fim de determinar se estes poderiam ser melhorados com as IBMs. Além dos construtos mensuráveis, outros conceitos que estão na raiz dos programas de *mindfulness*, mas são difíceis de avaliar (como *insight*, sabedoria e compaixão) deve de alguma forma ser incorporados em investigações futuras. Dado que as IBMs visam reduzir o sofrimento e aumentar a saúde e o bem-estar geral, era habitual os estudos misturarem pessoas de diferentes condições clínicas (o que compromete a validade do estudo), porém são necessários estudos que meçam a eficácia das IBMs em perturbações específicas.

Grossman et al. (2004) notaram que, embora a especificidade das IBMs seja suportada pela semelhança de MEs em vários tipos de estudo e dentro do conjunto de estudos controlados, deve usar-se de cautela a tirar conclusões, devido ao pequeno número de estudos, particularmente os randomizados, e à heterogeneidade de diagnósticos abrangidos em cada amostra. Os autores também enfatizaram que havia um número limitado de estudos de seguimento, ao passo que as IBMs podem ter benefícios de longo prazo (mas isto requer mais provas). Outra ressalva é que o contruto-chave da *mindfulness* não era operacionalizado nem avaliado nos estudos analisados.

Ledesma & Kumano (2009) salientaram que a maioria dos pacientes no conjunto de estudos selecionados eram mulheres com cancro de mama e tinham um elevado nível de educação. Eles sugeriram que "as atitudes das pacientes em relação à intervenção em si mesma pode ter sido um fator de melhoria na saúde mental". Também enfatizaram a falta de estudos randomizados e controlados, a pequenez da amostra, a falta de detalhes sobre a intervenção (por exemplo, qualificações dos terapeutas, estilos de implementação), o estadiamento do cancro após a intervenção, o cumprimento pelos pacientes dos trabalhos para casa. Quanto à saúde física, os autores referiram que a média das MEs não foi significativa, mas também não era homogénea, por isso deve ter-se cuidado a tirar conclusões.

Bohlmeijer et al. (2010) analisaram a MBSR em relação a ansiedade e depressão e, tentando explicar os seus achados — MEs menores do que o relatado por Baer (2003) e Grossman et al. (2004) — referiram várias limitações importantes: não inclusão de estudos não publicados; ausência de dados relativos ao seguimento que permitissem avaliar efeitos de longo prazo da MBSR; incapacidade de avaliar se havia

associação entre os níveis basais e os resultados dos estudos (nomeadamente, a existência de um efeito de teto). Recomendam mais estudos de seguimento e sugerem que os programas que integrem mindfulness e terapia cognitivo-comportamental podem ser mais eficazes.

Hofmann et al. (2010) eram, à partida, céticos quanto à eficácia das IBMs, mas reconheceram ter encontrado efeitos fortes e robustos (por conseguinte, sem viés de expectativa). Concluíram que, em geral, as MEs não dependem do ano de publicação, da duração do tratamento, nem da qualidade do estudo, e que os efeitos permaneciam após um período mediano de 12 semanas. Além disso, as melhorias antes-após tratamento foram maiores do que poderia esperar-se de um placebo psicológico.

DISCUSSÃO

Com a exceção de Ledesma e Kumano (2009), todas as meta-análises incluíram estudos em várias outras condições médicas além do cancro. No que se refere ao cancro, Hofmann et al. (2010) e Ledesma e Kumano (2009) são equivalentes no número de estudos (7-8) e pacientes (400-500). Bohlmeijer et al. (2010) consideram dois estudos envolvendo 300 pacientes, e os dois restantes referem-se apenas a um mesmo estudo, envolvendo 90 pacientes.

Uma meta-análise pode ter quatro tipos de viés (Ellis, 2010): excluir investigação relevante; incluir maus resultados; utilização inadequada de modelos estatísticos; potência estatística insuficiente. Todas as cinco meta-análises consideraram apenas publicações em Inglês; Ledesma e Kumano (2009) talvez pudessem ter excluído um estudo que combinava dieta com MBSR. Apenas Hoffman et al. (2010) e Bohlmeijer et al. (2010) avaliaram objetivamente a qualidade dos estudos admitidos. Bohlmeijer et al. (2010) tinha critérios de inclusão mais rigorosos (apenas estudos de MBSR, randomizados e controlados) e isso pode explicar porque as MEs que eles relatam são menores do que em outros estudos.

Todas as meta-análises dão MEs médias-altas (Ellis, 2010), tanto para as condições gerais de saúde e como as específicas do cancro — mas deve ter-se em atenção que os *benchmarks* das MEs são controversos (Ellis, 2010, p. 40). Considerando as incertezas, as diferenças entre as MEs da ansiedade e da depressão não são significativas. Deve relevar-se a coerência dos resultados entre as duas meta-análises (Ledesma & Kumano, 2009; Hofmann et al., 2010) que consideram o maior número de estudos oncológicos e pacientes. No entanto, Ledesma e Kumano (2009) verificaram que, em contraste com a saúde mental, a saúde física não foi significativamente afetada (mas os dados eram heterogêneos).

Outro achado interessante em Ledesma e Kumano (2009) vem do cálculo da estatística de Q para avaliar a homogeneidade das MEs. Eles descobriram que, para o conjunto de ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais, apesar da diversidade de tipos de cancro, as MEs de saúde mental eram homogêneas, independentemente do tipo de estudos (observacionais ou randomizados controlados). No entanto, os testes de Q têm uma potência estatística limitada quando o número de estudos é pequeno, como foi o caso. Acresce que o índice I^2 (utilizado por Bohlmeijer et al, 2010) é preferível (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003; Huedo-Medina, Sánchez-Meca, Marín-Martínez, & Botella, 2006).

Devem enfatizar-se as conclusões de Hofmann et al. (2010), mencionadas acima, sobre preconceitos e moderadores. Não obstante, dado que a maior proporção de pacientes nos estudos são mulheres (o cancro da mama é, de longe, o mais estudado), deve discutir-se se haverá um viés de género nos resultados.

Cinco meta-análises recentes reviram, ao todo, dezasseis estudos de cancro. Uma delas era exclusivamente dedicada à oncologia e selecionou 10 estudos; outra, que incluiu 39 estudos que compreendiam uma variedade de condições médicas, considerou 9 estudos de cancro. As MEs apresentadas por estas duas meta-análises relativas às melhorias de ansiedade, depressão e saúde mental global de pacientes com cancro, depois de submetidos a IBMs, eram de valor médio e comparáveis às MEs encontradas para a globalidade das patologias abrangidas.

No entanto, o estado da investigação em IBMOs é insatisfatório devido a, entre outros, escassez de estudos randomizados controlados, escassez de estudos de seguimento (isto é importante se, como é geralmente alegado, as IBMs são geralmente eficazes no longo prazo), uso insuficiente ou inadequado da estatística.

Dada a importância de MEs, estudos futuros valerão a pena se estiverem isentos daqueles pontos fracos. Especialmente necessária é a investigação que, além disso, restrinja as condições médicas dos participantes e, sempre que apropriado, não dependa exclusivamente de questionários, mas recorra também a medidas de indicadores biomédicos (por exemplo, hormonas e outros biomarcadores).

REFERÊNCIAS

Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med*, 64(1), 71-83.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.

Ellis, P. D. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results*. Cambridge: Cambridge University Press.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.

Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, 327, 557-560.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi:10.1037/a0018555

Huedo-Medina, T. B., Sánchez-Meca, J., Marín-Martínez, F., & Botella, J. (2006). Assessing heterogeneity in meta-analysis: Q statistic or I² index? . *Psychological Methods*, 11(2), 193-206.

Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psychooncology*, 18(6), 571-579.

Ospina, M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., et al. (2007). Meditation practices for health: state of the research. *Evidence Report/Technology Assessment*, 155, 1-263.

O PAI E A CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DA ATENÇÃO: ESTUDO DO ENVOLVIMENTO PATERNO E DA AUTO-EFICÁCIA

CÉLIA LOPES & ISABEL LEAL

O conceito de paternidade tem sido alvo desde o final do século passado de grandes reflexões e debates, verificando-se uma valorização crescente do papel do pai relativamente à sua influência no desenvolvimento da criança (Balanco, 2004). As mudanças sócio-históricas ocorridas nas sociedades ocidentais, de que são exemplo a maior participação da mulher na vida profissional, a par de novos modelos de vida familiar tiveram como consequência uma profunda alteração da matriz familiar (Torres, 2004).

Estamos perante a emergência de “*uma nova paternidade*” (Lamb, 1992), uma vez que a imagem actual do homem não se prende tanto ao sustento económico e à disciplina, emergindo um pai afectuoso, activo, e envolvido nos cuidados diários dos filhos e da família. A par do novo paradigma sobre a paternidade, coexiste o paradigma tradicional, sendo notória uma oscilação entre uma perspectiva modernista e uma mais conservadora.

Uma das definições mais aceites e utilizada pela literatura para a definição de envolvimento paterno é o modelo multidimensional proposto por Lamb, Pleck, Charnov e Levine (1985, 1987; Pleck & Masciadrelli, 2004) que caracteriza este conceito, avaliando-o em três componentes distintas de envolvimento, nomeadamente: *interacção directa* (tempo passado nas tarefas de cuidados ou em relação com a criança), *acessibilidade* (disponibilidade do pai em situações de menor interacção) e *responsabilidade* (pelo bem-estar e cuidados infantis).

Hoje, a avaliação do envolvimento paterno é definido quer em termos de tempo passado em interacção com a criança, quer em termos da qualidade dessa relação (Adamsons, O'Brien & Pasley, 2007). Radin (1994) propõe, para o conceito de envolvimento paterno, uma diferenciação entre *envolvimento absoluto*, que considera apenas o pai, sem alusão a outro familiar (número de horas que o pai passa sozinho com a criança), e *envolvimento relativo*, que resulta da comparação entre duas figuras cuidadoras (percentagem de tempo que o pai e mãe despendem, no desempenho de uma determinada tarefa).

Lamb (1992) salienta que a disparidade encontrada no envolvimento paterno e materno se situa na componente responsabilidade sendo que vários estudos mostram que os pais não assumem responsabilidade pelos cuidados ou educação dos filhos. Estudos com famílias portuguesas indicam que mesmo quando as mulheres trabalham, são elas que continuam a assegurar o essencial dos cuidados físicos às crianças, sendo a divisão de tarefas ainda baseada no género, pois, a mãe ainda é mais valorizada do que o pai, no papel de cuidadora da criança (Monteiro et al, 2006; Torres 2004; Simões, 2010; Wall, 2010).

O envolvimento paterno é um construto multideterminado e multifacetado, reconhecendo-se que sofre influências de diversos factores, nomeadamente variáveis tais como, a idade, as habilitações académicas, o nível sócio-económico, o contexto relacional e social e as características individuais (Cabrera, Shannon, & Tamis-LeMonda, 2007).

Lamb (1992), menciona existir uma hierarquia de factores que influenciam o envolvimento do pai com os filhos entre eles, a motivação, as competências e a auto-confiança. As crenças de auto-eficácia pode ser um factor importante para compreender o envolvimento paterno (Jacobs & Kelley, 2006), pois facilitam e promovem o mesmo.

A auto-eficácia parental, é um conjunto de crenças que o indivíduo tem relativamente à sua capacidade para atingir determinados níveis de desempenho, podendo determinar o modo como os pais agem sobre a criança. Coleman e Karraker (2000), definem-na como as estimativas do próprio acerca da sua capacidade para desempenhar o papel parental. É descrita como uma variável cognitiva, com uma função motivacional (Bandura, 1982), sendo influenciada pelo temperamento dos filhos (Correia, 2008).

A Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção (PHDA), pode ser caracterizada em três tipos de acordo com o DSM- VI – TR: *Tipo Predominantemente Desatento*; *Tipo Predominantemente Hiperactivo/ Impulsivo*; *Tipo Misto* (APA, 2002).

Estudos realizados com pais de crianças com PHDA, mencionam existir uma ligação entre a diminuição do sentimento de eficácia parental com o comportamento exibido da criança (Cunningham & Boyle, 2002). Estes pais têm a sensação de desempenhar os seus papéis de uma forma limitada (Dewolf, Byrne & Bawden, 2000), questionam as suas próprias qualidades e competências parentais. As crianças são mais desobedientes e os pais exercem mais controlo do que é costume (Salgueiro (2005).

Este estudo pretende analisar o envolvimento paterno e o sentimento de auto-eficácia numa amostra de pais de crianças diagnosticadas com PHDA comparando-os com pais de crianças sem PHDA.

MÉTODO

O presente estudo apresenta um carácter observacional, comparativo e correlacional.

Participantes

Participaram no estudo um total de 82 pais ($N=82$). O grupo de pais de crianças com PHDA, foi constituído por 41 sujeitos com idades compreendidas entre os 28 e os 55 anos ($M=39,15$, $DP=7,43$). Relativamente à escolaridade, 7 % eram licenciados, 15% possuíam o ensino secundário, 29% o 9º ano, 27% o 6º ano, e 22% o 1º ciclo do ensino básico. O número de filhos varia entre 1 e 5 ($M= 1,80$, $DP=1,01$), sendo 85% das crianças do género masculino e 15% do género feminino, com média de idades de 7,73 anos ($DP=1,16$). A maioria toma medicação (85%) sendo o fármaco mais usado a Ritalina (53,7).

O grupo pais de crianças sem PHDA, formado por 41 sujeitos com idades entre os 30 e os 47 anos ($M=39,73$, $DP=4,69$). Concernente à escolaridade, 15% eram licenciados, 24 % concluíram o ensino secundário, 37% o 9º ano, 22% o 6º ano e 2% o 1º ciclo do ensino básico. O número de filhos variava entre 1 e 4 ($M= 1,95$, $DP=0,89$), sendo 68% das crianças do género masculino e 32 % do género feminino, com média de idade de 7,39 anos ($DP=1,43$).

Material

1/ *Questionário de recolha de informações sócio – demográficas*, desenvolvido para este efeito e que privilegiou as variáveis idade, profissão escolaridade do pai, género, idade da criança e uso de fármacos. 2/ *Escala de Envolvimento paterno*, adaptada à população portuguesa por Simões, Leal & Maroco (2010) é um questionário composto por 19 itens que se distribuem por quatro dimensões: *Cuidados, Disponibilidade, Presença e Disciplina*. Visa compreender como os pais investem em diferentes dimensões do envolvimento e tarefas relacionadas com cuidados e educação dos filhos. O último item apresenta o formato de resposta com base em percentagens (0 a 100), destina-se a uma análise descritiva do envolvimento relativo, que possa ser ponderada com os resultados obtidos nos restantes itens. Com *alpha* de Cronbach de 0,85. 3/ *Escala de Auto-Eficácia Parental* (Leal, Duarte & Lopes, 2011), é uma escala de tipo *Likert* (1 a 5 pontos), constituída por quatro itens, cujas pontuações mais elevadas reflectem um maior nível de sentimento de auto-eficácia. Com um valor de *alpha* de Cronbach de 0,74. 4/ *Escala de Conners Revista* (forma reduzida) - versão para pais, adaptada à população portuguesa por Rodrigues (2003). É constituída por 27 itens, e possui uma ligação directa ao DSM-IV-TR, sendo possível, estabelecer uma correspondência entre os resultados da escala e os tipos de PHDA. O Índice de PHDA possui um *alpha* de Cronbach de 0,75, a escala de problemas cognitivos/desatenção de 0,84 e a escala excesso de actividade motora de 0,90.

Procedimento

Utilizou-se o método de amostragem não probabilística do tipo amostra de conveniência, constituída por dois grupos de pais (pais de crianças com PHDA/ pais de crianças sem PHDA), tendo sido realizados esforços no sentido de obter uma distribuição equilibrada em função da idade do pai, escolaridade, número de filhos, idade e género da criança. Os testes inferenciais t de Student e Qui-Quadrado revelaram que a amostra é homogénea, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p \geq 0,05$).

Para a recolha da amostra, pediu-se autorização à coordenadora do Núcleo de Psicologia do ACES VI- Loures, à Directora do Serviço Saúde Mental Infantil e Juvenil do Hospital St^a. Maria e ao director de duas escolas do 1º ciclo do ensino básico do distrito de Lisboa. A todos os pais foi explicitado o objectivo do estudo e pedido o consentimento informado.

RESULTADOS

Apresentamos os resultados de acordo com as questões de investigação que formulámos:

1ª Questão: Será que o grupo de pais de crianças com PHDA tem um maior envolvimento com os seus filhos do que o grupo de pais de crianças sem PHDA?

Para compararmos os dois grupos nas respectivas subescalas e no total da escala do envolvimento paterno recorremos ao teste de t de *Student*. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) no total da escala [t (80) = 3,709, $p = 0,000$] e nas subescalas *Disponibilidade* [t (80) = 2,225, $p = 0,029$], *Presença* [t (80) = 2,618, $p = 0,011$] e *Disciplina* [t (80) = 2,464, $p = 0,016$], sendo que o grupo de pais de crianças com PHDA revela um maior envolvimento nestas dimensões, bem como um maior envolvimento total. Na subescala *Cuidados* não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos [t (80) = 1,593, $p = 0,115$].

2ª Questão: Será que o grupo de pais de crianças com PHDA tem um maior envolvimento relativo com os seus filhos do que o grupo de pais de crianças sem PHDA?

Para comparar a percepção de envolvimento relativamente a diferentes figuras cuidadoras (Pai, mãe, familiares e professores), utilizou-se o t de *Student* para verificar se havia diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas na percentagem de tempo que o inquirido [t (80) = 3,159, $p = 0,002$] e o respectivo conjugue passam com o filho [t (80) = -3,226, $p = 0,002$]: os pais de crianças com PHDA passam mais tempo com os filhos do que os pais de crianças sem PHDA, pois a percentagem de tempo que as crianças passam ao cuidado do conjugue (mãe) é superior.

3ª Questão: Será que o grupo de pais de crianças com PHDA tem um maior sentimento de auto-

eficácia do que os do grupo de controlo?

Aplicamos o teste t de *Student*, para aferir se existem diferenças estatisticamente significativas e verificámos a existência de uma diferença extremamente significativa [$t(80) = -4,33, p = 0,000$], o grupo de pais de crianças com PHDA tem uma percepção menos favorável da sua auto-eficácia do que os pais de crianças sem PHDA.

4ª Questão: Será que no grupo de pais de crianças com PHDA existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de hiperactividade exibido pela criança e o envolvimento do pai?

Para compararmos as médias dos três grupos de crianças com PHDA (tipo Desatento/Impulsivo/Misto), e como a dimensão dos grupos é inferior a 30 sujeitos, testámos a normalidade nos grupos (teste de Kolmogorov-Smirnov; Shapiro-Wilk) e a homogeneidade das variâncias (teste de Levene). A distribuição da amostra é normal em todas as dimensões da escala e no total do envolvimento paterno (dado p dos testes de normalidade ser $> 0,05$), à excepção da subescala *Disponibilidade*. Verificou-se homogeneidade em todas as subescalas e no total da escala do envolvimento paterno nos três grupos (dado o p do teste de Levene ser $> 0,05$). Optou-se pela prova paramétrica Anova One-Way para todas as variáveis, com excepção da dimensão *Disponibilidade* em que se optou pelo uso do teste não paramétrico alternativo - Kruskal-Wallis. Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos nas subescalas e no total da escala de envolvimento paterno.

5ª Questão- Será que existe diferenças significativas entre o tipo de hiperactividade da criança e o sentimento de auto – eficácia do pai?

Verificados os pressupostos de normalidade nos grupos (teste de Kolmogorov- Smirnov; Shapiro-Wilk) e de homogeneidade de variâncias (teste de Levene), optámos pelo teste paramétrico ANOVA ONE-WAY, que revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (tipo de hiperactividade) no sentimento de auto-eficácia [$F(2) = 0,746, p = 0,481$].

6ª Questão - Será que no grupo de pais de crianças com PHDA existe correlações significativas entre o envolvimento e o sentimento de auto-eficácia paterno?

Os resultados do Coeficiente de *Pearson* revelam, que no grupo de pais de crianças com PHDA existe uma correlação significativa positiva moderada entre o envolvimento total e o sentimento de auto-eficácia: quanto maior o envolvimento total mais elevada a percepção de auto-eficácia ($R = 0,416, p = 0,007$). Existe uma correlação significativa, positiva forte entre a dimensão *Disciplina* e o sentimento de auto-eficácia, isto é, quanto maior é o envolvimento ao nível da *Disciplina* maior é o sentimento de auto-eficácia ($R = 0,815, p = 0,000$).

Análise das correlações entre a escala de envolvimento paterno e o sentimento de auto eficácia e as variáveis sócio - demográficas (idade do pai, número de filhos e idade da criança) no grupo de

pais de crianças com PHDA-Através do Coeficiente de Pearson verificou-se, que no grupo de pais de crianças com PHDA existe uma correlação significativa negativa fraca entre a idade do pai e a Dimensão Cuidados, ou seja, constatou-se que quanto maior a idade do pai, menor o envolvimento com a criança ao nível dos Cuidados ($R = -0,311$, $p = 0,048$). No outro grupo existe uma correlação significativa negativa fraca entre a idade da criança e a dimensão *Disponibilidade*, verificando-se que quanto maior a idade da criança menor o envolvimento ao nível da disponibilidade ($R = -0,314$, $p = 0,045$), ao contrário a correlação é significativa positiva com o envolvimento ao nível da disciplina, ou seja quanto maior a idade da criança maior o envolvimento dos pais ao nível da disciplina ($R = -0,355$, $p = 0,023$).

Análise das correlações entre a escala de envolvimento paterno o sentimento de auto eficácia e a variável sócio- demográfica escolaridade do pai, no grupo de pais de crianças com PHDA- Os resultados da Correlação de *Spearman* indicam que, existe uma correlação significativa positiva fraca entre a disciplina e a escolaridade do pai ($R = 0,329$, $p = 0,035$). Quanto maior a escolaridade maior o envolvimento com a criança, ao nível da disciplina. O grupo de pais de crianças sem PHDA não apresenta quaisquer correlações estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

Na dimensão *Cuidados*, o pai continua a não ser a primeira figura na prestação dos cuidados à criança em ambos os grupos, o que vai de encontro aos estudos efectuados na população portuguesa (Wall, 2010, Monteiro et al, 2006, Torres 2004; Simões, 2010). Assim, os dados obtidos vão no sentido de que é, ainda a mãe, que presta cuidados nos dois grupos.

Na escala total do envolvimento paterno os pais de crianças com PHDA, independentemente do tipo de hiperactividade exibida pela criança, têm um maior envolvimento, desempenhando um papel mais presente, mais disponível e disciplinador na vida dos seus filhos, passando mais tempo com a criança o que nos pode indicar que, dado o comportamento da criança, os pais podem experienciar uma maior motivação para estarem envolvidos com os seus filhos (Lamb, 1992). Comparativamente, o grupo de controlo têm uma participação mais limitada na vida das crianças, passam menos tempo e estão menos envolvidos. O pai da criança com PHDA têm uma percepção menos favorável da sua auto eficácia, quando, comparados com os do grupo de controlo, aspecto que é corroborado pelos estudos de Cunningham e Boyle, (2002).

Verifica-se existir uma relação entre envolvimento paterno e sentimento de auto-eficácia no grupo de pais com crianças PHDA, pois, quanto maior é o envolvimento total, maior o sentimento de auto-eficácia, aspecto corroborado pelo estudo de Jacobs e Kelly (2006). Constata-se que quanto maior o envolvimento paterno na dimensão disciplina, maior o sentimento de auto-eficácia do pai. Apuramos, que o tipo de hiperactividade não está relacionado com o sentimento de auto-eficácia paterno já que,

independentemente do comportamento da criança, os pais sentem-se mais auto-eficazes e envolvidos com os filhos.

Entre a percentagem de tempo e a escolaridade dos pais dos dois grupos, revelou-se não existir correlação significativa entre estas variáveis. O mesmo se verificou entre a percentagem de tempo, a auto-eficácia e variáveis sócio-demográficas. Os resultados obtidos indicam que, quanto maior a idade do pai de criança com PHDA, menor o seu envolvimento nos cuidados a prestar à criança e que quanto maior a escolaridade deste, maior o seu envolvimento com a criança ao nível da disciplina.

Em estudos futuros, seria importante analisar a Profissão da mãe e a personalidade do pai, já que investigações apontam que o grau de envolvimento paterno pode ser afectado por estas variáveis (Lamb, Pleck, Charnov & Levine, 1987; Caspi e Shine, 2005). Como limitações salientamos, o número da nossa amostra ser pequena e o facto de termos concentrado a recolha da nossa amostra numa zona geográfica urbana.

Podemos constatar que a par de um paradigma emergente de uma nova noção de paternidade, coexiste uma visão tradicional em que o pai não assume, ainda, o papel de prestador de cuidados dos seus filhos. Face a uma criança com perturbação de comportamento, independentemente do tipo da perturbação, os pais envolvem-se mais sobretudo na aplicação da disciplina, o que os faz sentirem-se mais auto-eficazes.

REFERÊNCIAS

Adamsons, K., O'Brien, M., & Pasley, K. (2007). An ecological approach to father involvement in biological and stepfather families. *Fathering*, 5 (2), 129- 147

American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 4ª Edição – Texto Revisto)*. Lisboa: Climepsi Editores (versão original, 2000).

Balancho, L. (2004). Ser pai: transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, 2 (22), 377-386.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman

Cabrera, N. J., Shannon, J. D., & Tamis-LeMonda, C. (2007). Father`s influence on their children`s and emotional development: From toddlers to pre-k. *Applied Development Science*, 11(4), 208-213.

Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453–484.

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49, 13–24.

Cunningham, E., Boyle, H., (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioural correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569.

Dewolf, N., Byrne, J. M., & Bawden, H. N. (2000). Adhd in preschool children: parent- rated psychosocial correlates. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42 (12), 825- 830.

Jacobs, J. N., & Kelley, M. L. (2006). Predictors of paternal involvement in childcare in dual-earner families with young children. *Fathering*, 4(1), 23-47.

Lamb, M, E. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 1(10), 19-34.

Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., & Levine, J. A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In, J. B. Lancaster, J. Altmann, A. S. Rossi, & L. R. Sherrod (Eds.), *Parenting across the lifespan: Biosocial perspectives* (pp. 111-142). New York: Aldine de Gruyter.

Monteiro, L., Veríssimo, M., Castro, R., & Oliveira, C. (2006). Partilha da responsabilidade parental. Realidade ou expectativa? *Psychologica*, 42, 213- 229.

Pleck, J. H., & Masciadrelli, B. P. (2004). Paternal involvement by U.S. residential fathers. Levels, sources, and consequences. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 222-306). Hoboken, NJ: Jonh Wiley and Sons.

Radin, N. (1994). Primary-caregiving fathers in intact families. In, A. E. Gottfried, & A. W. Gottfried (Eds.), *Redefining families: Implications for children's development* (pp.11- 54). New York: Plenum Press.

Salgueiro, E. (2005). Revisitando a hiperactividade. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 39-53.

Simões, R., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Envolvimento paterno de pais de crianças em idade escolar. In I. Leal, & P. Ribeiro (Eds.), *Psicologia da saúde: Sexualidade, Género e Saúde* (pp. 205-214). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Torres, A. (2004). *Vida conjugal e o trabalho. Uma perspectiva sociológica*. Oeiras: Celta

Wall, K., Aboim, S., & Cunha, V. (2010). *A vida familiar no masculino: Negociando velhas e novas masculinidades*. Lisboa: Comissão Para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO IDOSO: ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA CES-D COM IDOSOS

MARLI PINHO LOUREIRO 1, MANUEL JOAQUIM LOUREIRO 2 & MANUEL TEIXEIRA

VERÍSSIMO 3

O médico de família é “o *psiquiatra de primeira linha*” como considera Adriano Vaz Serra (1996, p.V), por constatar o facto que os doentes psiquiátricos se dirigem em primeiro lugar aos seus médicos de família e depois aos psiquiatras. Segundo Karl Moe e Charles Privitera (2004) 50% dos diagnósticos de depressão são realizados em consultas do médico de família e de 20% são em consulta do especialista em psiquiatria e os doentes deprimidos nos Cuidados Primários de Saúde, usam entre 50-75% mais os serviços que outros doentes, e os tratamentos com a doença mental estão reduzidos em 25% relativamente a outros tratamentos. Apesar da prevalência considerável e importância da sintomatologia depressiva, nos idosos, existe um défice na sua deteção precoce (Ballesteros, 2002).

Com o objetivo de obter um instrumento facilitador do rastreio de sintomatologia depressiva na consulta de Medicina Geral e Familiar, procuramos obter a adaptação de uma escala de rastreio que se mostrasse de aplicação rápida e fiável na deteção dos sintomas depressivos numa população clínica idosa portuguesa.

Para o presente trabalho temos como objetivos apresentar uma síntese dos indicadores psicométricos obtidos com a aplicação da CES-D, bem como uma breve caracterização da sintomatologia depressiva dos sujeitos participantes no estudo.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 260 indivíduos, que constituíram uma amostra por conveniência, de ambos os sexos, de nacionalidade portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos nos ficheiros dos Médicos de Família de 10 Centros de Saúde, da ex. Sub-Região de Saúde de Castelo

1-ACES Cova da Beira e Universidade da Beira Interior; 2-Universidade da Beira Interior e Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD); 3-Universidade de Coimbra.

Branco, durante os meses de Janeiro a Abril de 2008. Os critérios de inclusão estabelecidos permitiram a constituição de um grupo de participantes constituído por idosos que durante o período referido procuraram a consulta de ambulatório de Medicina Geral e Familiar; foram devidamente informados dos objetivos e características do estudo consentiram de forma livre participar; e, não apresentavam impedimento quanto ao entendimento das perguntas.

De acordo com os critérios de exclusão estabelecidos, não foram considerados os sujeitos que apresentassem défice cognitivo evidente e/ou doença mental, défice auditivo não corrigido que impedisse o entendimento das perguntas, medicação para foro psiquiátrico: antidepressiva, antipsicótica ou outra.

As idades dos 260 participantes variaram entre os 65 e os 93 anos, com média nos 75 anos (Quadro 1). De forma sintética sinalizamos algumas características destes sujeitos: trata-se de um grupo relativamente envelhecido, maioritariamente feminino (65% de mulheres), e de baixa escolaridade, predominando a escolaridade até 4 anos (51%) e o analfabetos (35 %).

Quadro 1: Dados descritivos dos sujeitos participantes

Total de sujeitos	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
260	74,90	75,00	65	65	93

A vivência de um motivo de stresse de vida foi referido por 52% dos idosos e 9 % experienciaram em simultâneo várias situações stressoras no último ano. A auto-percepção de saúde dos sujeitos deste estudo é francamente negativa com apenas 5% a classificarem-na de muito boa.

Material

Nas pesquisas efetuadas não foi encontrado nenhum estudo português em idosos usando a CSES-D. Contudo verificámos a existência em Portugal de uma versão da CES-D para a população jovem adulta e adulta (Gonçalves e Fagulha, 2003 e 2004). Neste estudo tivemos em conta a versão original americana (Radloff, 1977, Radloff & Locke, 2000).

Usou-se na validação da CES-D por referência a critério externo, a Escala de Autoeficácia de Ralph Schwarzer e Matthias Jerusalem (Schwarzer, 2009, Schwarzer & Jerusalém, 1995; Nunes, Schwarzer & Jerusalem, 1999). Estes dois instrumentos juntamente com o questionário sócio-demográfico e de saúde, constituíram o protocolo de recolha de dados.

A escala de Depressão (CES-D), é uma escala de depressão desenvolvida pelo Centro de Estudos Epidemiológicos do National Institute of Mental Health sediado em Rockville, USA. Proporciona uma medida corrente da sintomatologia depressiva, enfatizando o componente afetivo e os sintomas avaliados não são apenas os relacionados com o diagnóstico de depressão clínica, mas também podem fazer parte de outros diagnósticos, inclusive o diagnóstico de normalidade (Radloff, 1977, Radloff &

Locke, 2000). Apesar de construída para a população em geral, a CES-D é suscetível de ser utilizada com diferentes subgrupos da população. A sua estrutura pouco extensa, permite ser aplicada em entrevistas breves sem as condicionantes de tempo e ainda permite estabelecer a relação entre a depressão e outras variáveis presentes nos subgrupos populacionais (Radloff, 1977, Radloff & Locke, 2000).

Segundo Radloff (1977), a CES-D foi elaborada a partir de itens selecionados de outras escalas previamente validadas, tais como a de Beck, Ward, Mendelson, Mock, e Erbaugh (1961), a de Dahlstrom e Welsh, (1960), a de Gardner, (1968) e a escala de Zung, (1965). As suas componentes depressivas são: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Radloff, 1977).

No estudo original ficou demonstrado que apesar não se tratar de uma escala de diagnóstico de depressão, a CES-D apresenta um forte poder discriminativo entre grupos de doentes e população em geral, é sensível para níveis de severidade de sintomatologia depressiva e reflete a melhoria sintomática após o tratamento psiquiátrico (Radloff, 1977; Radloff & Locke, 2000; Gonçalves & Fagulha, 2000, 2004). Revelou ainda a sua sensibilidade para a discriminação de humor depressivo relacionado com acontecimentos de vida negativos vividos no último ano, tal como era esperado.

A CES-D é composta por um questionário de autorresposta com 20 itens que representam os aspectos da sintomatologia depressiva mais relevantes, evocados na literatura clínica e nos estudos de análise factorial (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2003). As respostas são dadas numa escala de 4 níveis: “Nunca ou muito raramente”, “Ocasionalmente”, “Com alguma frequência” “Com muita frequência ou sempre”, a que se atribui uma pontuação de 0 a 3, que correspondem à frequência com que o sintoma foi vivido na última semana. O facto de se referenciar a resposta ao lapso de tempo de uma semana, enfatiza a actualidade do sintoma (Radloff, 1977). Os 20 itens, somam um score global entre 0 e 60, em que as pontuações mais altas significam mais sintomas depressivos. A análise factorial no estudo original realizada em três amostras da população geral identificou 4 factores:

- I – Humor depressivo (desanimo, depressão, solidão, tristeza);
- II – Humor positivo (estar bem, esperançado, feliz, alegre);
- III – Sintomas somáticos e perda de energia ou actividade (perda de apetite, perda do sono, perda de energia);
- IV – Interpessoal (hostil, desagrado).

Embora com boas características psicométricas, Radloff (1977) refere também alguns limites a considerar no uso da CES-D:

- Não deve ser usada como um teste de diagnóstico;

- Não deve ser feita uma interpretação sobre um score individual;
- Mesmo em grupos médios, pode ser interpretada em termos de sintomas que acompanham a depressão e não como medida de doença;
- O ponto de corte merece ainda reflexão, embora o proposto no estudo original para a população geral seja de igual ou superior a 16.

Para a validação da CES-D por referência a critério externo usámos da Generalized Self-Efficacy Scale (GSE), esperando encontrar uma correlação negativa entre os resultados das duas escalas tendo por base a revisão bibliográfica realizada.

A sua versão original alemã, foi desenvolvida por Schwarzer e Jerusalem em 1979 (Schwarzer, 2009). A sua base conceptual e constructo avaliado, baseia-se na teoria de Bandura sobre autoeficácia. Uma baixa autoeficácia está relacionada com depressão, ansiedade, sentimentos de impotência, baixa auto-estima e com pensamentos mais pessimistas quanto às habilidades pessoais (Bandura, 1998; Coimbra & Fontaine, 1999; Benites, 2006; Ribeiro, 1995; Schwarzer, 1996).

A GSE aplica-se à população em geral, e é composta por 10 itens cujo score total pode variar entre 10 e 40. É autorrespondida e a sua aplicação demora cerca de 4 minutos. Pode ser aplicada antes e após tratamento. Tivemos acesso à tradução portuguesa da GSE por Nunes, Schwarzer e Jerusalem (1999) e a uma versão portuguesa desenvolvida por Coimbra e Fontaine (1999). Sendo a sintomatologia depressiva a dimensão avaliada pela CES-D, espera-se que os sujeitos que manifestem mais sentimentos depressivos apresentem menor autoeficácia percebida.

Procedimento

A aplicação do protocolo de recolha de dados foi previamente submetido a autorização dos responsáveis das instituições de saúde. De Janeiro a Maio de 2008, procedemos à aplicação do protocolo de recolha dos dados, em idosos que se dirigiram ao Centro de Saúde para consulta com o seu Médico de Família.

Todos os idosos que participaram, deram o seu consentimento informado e foi respeitada a opção do participante em responder oralmente ou por escrito. Todos os idosos optaram por responder oralmente às perguntas que foram lidas pelo entrevistador. A boa articulação das palavras e não sugerir qualquer opção de resposta, foram regras a cumprir. Para evitar o possível viés os questionários foram aplicados numa ordem interpolada.

Optámos por uma amostra de conveniência atendendo ao contexto, tempo e adequação para este grupo etário. Determinámos o tamanho da amostra, de 260 sujeitos tendo por base a informação veiculada por Almeida & Freire (2007) - “o tamanho da amostra depende do número de condições ou variáveis em estudo aceitando-se em estudos de validação de instrumentos ... um número de 10

sujeitos por item”. Tendo em conta os 20 itens da escala do Center for Epidemiologic Studies (CES-D), considerámos que um número situado entre 200 a 300 sujeitos, seria suficiente para obter uma amostra representativa da população em causa.

Embora tratando-se de instrumentos com tradução disponível, perante os quais não se levantaram problemas de natureza técnica, não deixámos de efetuar um ensaio prévio para nos certificarmos que os itens eram claramente compreendidos por parte dos sujeitos participantes.

Procedemos neste estudo à análise descritiva para caracterização da amostra em estudo através das medidas de média, moda e correlações entre variáveis. Para a validação da escala CES-D, procedeu-se ao estudo das propriedades psicométricas das escalas usadas. A fidelidade dos resultados foi obtida através do coeficiente alfa de Cronbach, a validade do conceito ou constructo, através da análise fatorial exploratória para conhecer o padrão de variação conjunta dos itens e a variância explicada por cada fator e também do estudo da validade por referência a critério estabelecendo-se as correlações da CES-D com a GSE.

RESULTADOS

A fidelidade da escala CES-D determinada através do coeficiente alfa de Cronbach revelou-se muito boa: $\alpha = .896$; A análise estrutural revelou que de um modo geral todos os itens apresentam correlação elevada com o total da escala, tendo as correlações item-total variado entre 0,31 e 0,71.

Validade de Constructo

Análise em Componentes Principais (ACP) para averiguar da validade de constructo determinou uma estrutura fatorial em 4 fatores, à semelhança do estudo de Radloff. A variância explicada do fator 1 - Afetos Depressivos - no presente estudo é de 20,4 %, e o fator 2 dos afetos positivos, é no nosso estudo o fator 4 pois que apresentou a menor variância explicada de 10,81%; fator 3 – Somáticos / Perturbação de Atividade apresentou a variância de 11,8% e o fator 4 – Interpessoal com a variância de 11,3%. O total da variância explicada foi de 54,5%, aproximada ao do estudo original de Radloff de 48%.

Validade por referência a critério

A validade por referência a critério externo, com recurso à Escala GSE, mostrou uma correlação positiva elevada de $r = .496$ ($p > 0,01$).

Sintomatologia Depressiva

Na relação da CES-D com as variáveis sociodemográficas, a sintomatologia depressiva, apresentou uma prevalência nesta população de 60%, tomando por ponto de corte o valor 16. A maior prevalência verificou-se nas mulheres ($\chi^2 = 24.817$, g. l. = 1, $p < .001$, $n=260$) e nos sujeitos com menor

escolaridade ($\chi^2 = 15.326$, g. l. = 3, $p < .05$, $n=260$). Os viúvos apresentaram percentualmente scores mais elevados e os casados scores mais baixos sendo esta diferença estatisticamente representativa ($\chi^2 = 15.326$, g. l. = 3, $p < .05$, $n=260$). Quanto à idade, estas diferenças não assumem significado estatístico ($\chi^2 = .532$, g. l. = 1, $p ns$, $n=260$).

DISCUSSÃO

A Escala CES-D apresentou neste estudo, boas características psicométricas que a tornam uma boa opção no rastreio de sintomas depressivos na população idosa. Apresentou-se como uma escala simples e de rápida aplicação, cuja redação dos itens e a forma de resposta são mais acessíveis do que outras escalas semelhantes; a sua aplicação mostra-se adequada aos indivíduos com nível de escolaridade baixa sendo este facto facilitado por poder ser aplicada oralmente. A CES-D também se apresentou importante e útil na população clínica como instrumento de rastreio de perturbação depressiva e na avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva, que neste estudo foi prevalente nas mulheres idosas, nos idosos de menor escolaridade e nos idosos que vivem sós.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 13, 623-694.
- Ballesteros, J. C. (2002). Trastornos Depresivos. Em L. A. Ortiz, M. M. Carrasco & J. C. Ballesteros, *Psiquiatria Geriátrica* (2ª Ed., Cap. 3.3, pp. 333-360). Barcelona: Masson.
- Benites, D. (2006). *Auto-eficácia e auto-relato de falhas de memória prospectiva em adultos e idosos*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Acedido em 24 Novembro de 2008 em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14288/000662147.pdf?sequence=1>.
- Coimbra, S., & Fontaine, A. M. (1999). Adaptação da Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida (Schwarzer & Jerusalem, s.d.). Em A. P. Soares, S. Araújo, S. Caires (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI, pp. 1061-1069). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. 1, pp. 33-43). Coimbra: Quarteto.

- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the center of epidemiologic studies depression scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339-3348.
- Loureiro, M. P. (2009). *Validação da Escala do Center for Epidemiologic Studies of Depression - CES-D numa População Clínica de Idosos*. Dissertação de Mestrado em Geriatria não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Auto-eficácia Geral Percepcionada*. Acedido em 02/02/2008, em http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Portuguese/Auto-Eficacia_Geral_Percepcion/hauptteil_auto-eficacia_geral_percepcion.htm.
- Moe, K. O., & Privitera, C. (2004). _Depression. Em J. E. South-Paul, S. C. Matheny, & E. L. Lewis, *Current Diagnosis & Treatment in Family Medicine* (Cap. 47, pp. 599-609). N. Y.: McGraw- Hill.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Radloff, L. S., & Locke, B. Z. (2000). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Modified From: Rush J., et al: *Applied Psychiatric Measures*, APA, Washington, DC.
- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de Avaliação de Auto-Eficácia Geral. Em L.Almeida e I. Ribeiro (Orgs.) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. III, pp.163-176). Braga: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Vaz Serra, A. (1996). Prefácio à edição portuguesa. Em R. Jenkins, J. Newton & R. Young (Eds.) *A prevenção da depressão e da ansiedade. O papel da Equipe de Cuidados de Saúde Primários* (pp. V-VI). Lisboa: CLIMEPSI.
- Schwarzer, R. (2009). Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask. Acedido em 10 de Janeiro de 2009 em http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf.
- Schwarzer, R. (1996). Thought Control of Action: Interfering Self-Doubts. In I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings* (pp. 99-115). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.

CIÚME E SATISFAÇÃO SEXUAL: UM ESTUDO POPULACIONAL

CATARINA OLIVEIRA LUCAS

Ao longo do tempo, as sociedades têm assistido a inúmeras referências ao ciúme, sendo estas encontradas em textos bíblicos, mitos, tragédias e obras de literatura, tendo-se algumas perpetuado ao longo do tempo (Baroncelli, 2011). Assim, o ciúme parece não ser uma experiência contemporânea, mas sim algo atemporal, que atravessa diferentes épocas e múltiplos contextos culturais (Del Priore, 2005).

A definição do próprio conceito parece não reunir um consenso, no entanto, o ciúme é um fenómeno actual e muito frequente no contexto clínico (Costa, 2005), sendo que Rosset (2004; cit. por Almeida, Rodrigues & Silva, 2008) refere que todas as definições têm em comum três aspectos, nomeadamente o facto de ser uma reacção a uma ameaça percebida, haver um rival real ou imaginário e a reacção visar a eliminação os riscos da perda da pessoa amada (Almeida, 2007).

A compreensão deste complexifica-se pelo facto de muitos o encararem como algo nefasto à vivência do amor (Almeida, 2007), enquanto outros o encaram como protector da relação (DeSteno, Valdesolo & Bartlett, 2006). O ciúme parece ser mais intenso na mulher (Sagarin & Guadagno, 2004), podendo ser originado pela baixa auto-estima, raiva, desconfiança, tristeza, incerteza relacional, interferência de terceiros, comunicação, factores culturais, características psicológicas, tipo de relação, entre outros (Theiss & Solomon, 2006).

Segundo Almeida, Rodrigues e Silva (2008), toda a relação pressupõe um determinado grau de ciúme com o intuito de testar o amor existente, já que a apatia pode revelar falta de interesse (Wiederman & Kendall, 1999). Assim, torna-se difícil saber quando o ciúme passa a ser patológico, já que este é visto como uma reacção normal. Supõe-se então que este apresenta uma dimensão patológica quando causa sofrimento à pessoa que vivencia ou que é alvo do ciúme (Silva & Marks, 1997). Se a forma de encarar o ciúme se foi alterando ao longo do tempo, também a sexualidade foi ocupando distintos lugares no seio dos relacionamentos (Peterson & Hyde, 2011). Actualmente, a sexualidade dita "normal" é aquela que visa a obtenção de prazer, sendo a reprodução delegada para segundo plano (Capellá, 2003). Assim, uma componente importante da sexualidade é indubitavelmente a satisfação sexual (Reizinho, 2008).

DeLamater e Friedrich (2002) conceptualizam a satisfação sexual como uma resposta afectiva resultante da avaliação subjectiva que a pessoa faz acerca das dimensões positivas e negativas associadas ao relacionamento sexual, sendo esta influenciada por aspectos como a idade e o género, já que esta tende a diminuir com o avançar da idade e é mais baixa no sexo feminino (Ziher, 2010).

Relativamente à relação entre o ciúme e a satisfação sexual, alguns autores referem o aumento do desejo associado ao ciúme (Mathes, Adams & Davies, 1985), sendo que Gikovate (2006; cit. por Pinto, 2010) associa o aumento de desejo sexual à competitividade, com o(a) rival, na medida em que isso despertaria o empenho de quem foi ou correu o risco de ser traído(a). Já a redução do desejo sexual seria proveniente dos sentimentos de raiva, mágoa e humilhação experienciados perante a possibilidade do(a) parceiro(a) se interessar por outra pessoa. Noutra perspectiva, Kingham e Gordon (2004), defendem que um funcionamento sexual deficitário, as disfunções sexuais ou a incapacidade de satisfazer o parceiro poderão gerar sentimentos de inferioridade e consequentemente o ciúme. Além disto, o ciúme e as reacções por eles originadas podem levar à redução ou cessação da actividade sexual, e consequente insatisfação sexual. Assim, é possível encontrar relações amorosas nas quais o desejo sexual pode ser potencializado ou reduzido/inibido a partir do ciúme (Silva & Marks, 1997).

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se pelo seu carácter quantitativo, descritivo, comparativo e inferencial. Além disto, é também um estudo observacional e transversal.

Participantes

Foram traçados como critérios de inclusão possuir idade igual ou superior a 18 anos, possuir uma vida sexual activa enquadrada num relacionamento heterossexual estável e residir em Portugal. Estamos assim perante uma amostra não probabilística ou por conveniência.

Na realização deste estudo colaboraram 1169 sujeitos, 474 do sexo masculino (40,5%) e 695 do sexo feminino (59,5%), provenientes de todo o país. A média de idades é de 27,52 e o desvio padrão de 8,85, sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 62 anos. Tendo como referência o autor Erikson, a amostra foi dividida em dois subgrupos, sendo o primeiro correspondente ao 6º estágio de desenvolvimento (18 a 35 anos) e o segundo correspondente ao 7º estágio de desenvolvimento (36 a 65 anos). Verificou-se assim que, 973 (83,2%) sujeitos possuem entre 18 e 35 anos e que 196 (16,8%) possuem mais de 35 anos.

No que concerne às habilitações literárias, 678 sujeitos possuem o ensino superior, 439 o ensino secundário, 38 possuem entre o 7º e o 9º ano, 8 possuem 5º ou 6º ano e 6 sujeitos possuem até ao 4º ano. No que diz respeito ao estado civil, os indivíduos dividem-se maioritariamente pelos subgrupos “solteiro(a)” (65,4%) e “casado(a)” (23,3%), sendo o tempo máximo de duração do relacionamento é

40 anos e o mínimo 1 mês. A maioria dos participantes (45,5%) encontra-se muito satisfeito e satisfeito (40,9%) com relacionamento.

Material

Questionário sócio-demográfico- Visa a caracterização dos participantes do estudo, sendo este subdividido em cinco domínios consoante o objectivo pretendido (Informação demográfica; Questões relacionais; História médica; Religião; Comportamento sexual).

Escala Multidimensional de Ciúme-Foi utilizada a versão aferida para a população portuguesa por Lucas (2011), sendo que esta avalia o ciúme nos seus domínios cognitivo, emocional e comportamental. Esta é composta por três subescalas correspondentes a cada domínio. Assim, a subescala do ciúme cognitivo visa a verificação da frequência com que os sujeitos experienciam preocupações ou pensamentos irracionais; a subescala do ciúme emocional avalia a reacção emocional perante situações indutoras de ciúme; a subescala de ciúme comportamental avalia a frequência com que ocorrem comportamentos motivados pelo ciúme. O *alpha de Cronbach* da escala total na versão portuguesa é de 0,86 e a pontuação total varia entre 16 e 64.

Inventário de Satisfação Sexual Golombok-Rust (GRISS)-Foi utilizada a versão portuguesa, cujo estudo de validação se encontra em curso por Vilarinho e Nobre (manuscrito em preparação). Relativamente à versão feminina, verifica-se um *alpha de Cronbach* de 0,89 e um coeficiente de *Spearman-Brown* de 0,88. No que concerne à versão masculina, verificou-se um *Alpha de Cronbach* de 0,86 e um coeficiente de *Spearman-Brown* de 0,75. Possui 28 itens avalia a existência e gravidade de problemas no domínio sexual, abordando o grau de desejo, excitação, orgasmo, satisfação e dor.

Procedimento

Procedeu-se inicialmente à realização de um pré-teste com 20 sujeitos a fim de verificar se existiam interpretações incorrectas ou questões ambíguas. O preenchimento dos questionários pôde ser efectuado através da sua disponibilização online ou em formato impresso, obedecendo aos pressupostos do anonimato e confidencialidade. Recolheram-se 1329 questionários, tendo sido eliminados 162 devido ao incorrecto preenchimento.

Para a análise estatística dos dados obtidos, utilizou-se a versão 19.0 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

RESULTADOS

Como valores mais elevados no GRISS se traduzem numa maior insatisfação sexual, os valores médios são apresentados sob a forma de índices de insatisfação sexual, e partindo do pressuposto que

o inverso de insatisfação sexual é satisfação sexual, considera-se que quando ocorre um aumento da insatisfação sexual diminui a satisfação sexual.

No que respeita à insatisfação sexual verifica-se que a média é de 21,26, enquanto que a variável ciúme regista uma média de 38,30. No que concerne às diferenças de género, verifica-se que para a variável ciúme total, o sexo feminino apresenta níveis médios mais elevados ($M=39,20; DP=7,70$), quando comparado com o sexo masculino ($M=36,97; DP=8,28$) [$t(1167)=-4,72; p<0,001$]. No que respeita à satisfação sexual, o sexo masculino possui índices médios mais baixos de insatisfação sexual ($M=19,85; DP=11,00$), quando comparado com o sexo feminino ($M=22,23; DP=12,25$) [$t(1167)=-3,40; p<0,001$].

Verifica-se que os sujeitos casados apresentam menores níveis médios de ciúme ($M=25,25; DP=7,08$), seguido pelo grupo dos viúvos ($M=35,33; DP=7,85$) e daqueles que se encontram em união de facto ($M=37,99; DP=7,12$). Por fim, surge o grupo dos solteiros ($M=39,51; DP=8,15$) [$F(3829,46; 71078,13)=20,92; p<0,001$]. Para a variável satisfação sexual, é o grupo dos casados que regista valores médios mais elevados de insatisfação sexual ($M=23,95; DP=12,94$), seguido pelo grupo daqueles que se encontram em união de facto ($M=22,56; DP=12,38$), pelo grupo dos solteiros ($M=20,26; DP=11,20$) e por fim pelo grupo dos viúvos ($M=15,76; DP=7,80$) [$F(3548,18; 159411,24)=8,64; p<0,001$].

A insatisfação sexual é mais elevada no grupo de idades com mais de 35 anos ($M=24,53; DP=13,04$), comparativamente ao primeiro grupo ($M=20,60; DP=11,44$) [$t(1170)=-4,28; p<0,001$]. Para a variável ciúme, é o grupo de idades compreendidas entre 18 e 35 que regista valores mais elevados ($M=39,10; DP=7,94$), comparativamente ao grupo de idades com mais de 35 anos ($M=34,30; DP=7,13$) [$t(1170)=7,86; p<0,001$]. Observou-se também que é nos sujeitos que mantêm relacionamentos há menos tempo (0 a 10 anos) que os níveis de insatisfação sexual são menores ($M=20,47; DP=11,32$), seguidos pelos sujeitos que mantêm um relacionamento entre 11 e 20 anos ($M=24,00; DP=13,08$) e pelos sujeitos cujos relacionamentos possuem uma duração superior a 20 anos ($M=27,58; DP=13,72$) [$F(4289,47; 158669,89)=15,75; p<0,001$]. No que respeita ao ciúme, verificam-se igualmente diferenças estatisticamente significativas [$F(2539,76; 72356,96)=20,45; p<0,001$], sendo os valores médios mais elevados nos sujeitos com relacionamentos cuja duração se encontra entre 0 e 10 anos ($M=38,92; DP=8,00$), seguido pelo grupo com relacionamentos cuja duração se encontra entre 11 e 20 anos ($M=35,99; DP=7,27$) e pelo grupo com relacionamentos de duração superior a 20 anos ($M=33,62; DP=7,12$).

Além disto, o ciúme apresenta níveis médios mais elevados em sujeitos que referem estar pouco satisfeitos com o relacionamento ($M=41,16; DP=8,99$), seguidos pelos sujeitos que referem estar mais ou menos satisfeitos ($M=39,70; DP=8,86$), pelos sujeitos que se encontram satisfeito ($M=39,17; DP=7,82$) e pelos sujeitos que se encontram muito satisfeitos ($M=37,08; DP=7,68$). O grupo

de sujeitos cujos níveis médios de ciúme são mais baixos é o grupo de sujeitos nada satisfeitos ($M=36,80; DP=12,91$) [$F(1657,44;73004,15)=6,60; p<0,001$]. Por seu lado, a insatisfação sexual é mais elevada em sujeitos que referem estar pouco satisfeitos com o relacionamento ($M=36,80; DP=12,91$), seguidos pelos sujeitos que relatam estar nada satisfeitos ($M=37,60; DP=16,62$) e pelo grupo daqueles que estão mais ou menos satisfeitos ($M=29,33; DP=13,07$). Segue-se o grupo que diz estar satisfeito ($M=22,32; DP=10,22$) e por fim o grupo que se encontra muito satisfeito ($M=17,25; DP=10,26$) [$F(27192,50;135043,70)=58,50; p<0,001$].

Observaram-se índices de insatisfação sexual mais elevados em sujeitos que referem ter vivenciado uma experiência sexual indesejada ($M=26,27; DP=15,83$), comparativamente ao grupo que não relata tal ocorrência ($M=21,03; M=11,55$) [$t(1167)=3,11; p=0,002$].

Da correlação entre a variável ciúme total e insatisfação sexual, observou-se a existência de uma associação positiva fraca ($r=0,108; p=0,000$). Verifica-se uma correlação positiva fraca entre o ciúme comportamental e a insatisfação sexual ($r=0,17; p=0,000$) e entre o ciúme cognitivo e a insatisfação sexual ($r=0,09; p=0,002$). Constata-se ainda uma correlação negativa igualmente fraca entre o ciúme emocional e a insatisfação sexual ($r=-0,027; 0,350$). Verificou-se também que o grupo de sujeitos que possui ciúme intermédio é aquele que revela maior satisfação sexual ($M=20,29; DP=11,05$), sendo os sujeitos com ciúme baixo que apresentam níveis médios mais elevados de insatisfação sexual ($M=31,93; DP=21,04$), seguido do grupo com ciúme alto ($M=23,08; DP=12,22$), ou seja, é no grupo do ciúme intermédio que se regista uma satisfação sexual mais elevada [$F(3507,07;154331,76)=13,17; p<0,001$].

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos suportam a ideia de que o sexo feminino regista níveis mais elevados de ciúme, corroborando aquilo que defendem os autores Sagarin e Guadagno (2004), e menor satisfação sexual, o que está em conformidade com Ziher (2010). Isto justifica a necessidade de reflectir acerca dos mecanismos implícitos na percepção subjectiva de satisfação sexual.

Segundo Edalati e Redzuan (2010), à medida que o casal se torna mais íntimo e o relacionamento mais sólido, ocorre um aumento do ciúme, contudo, nesta amostra, são os sujeitos com relações mais duradouras, aqueles que possuem níveis de ciúme menos elevados. Além disto, são os casados que revelam níveis mais baixos de ciúme, o que está em concordância com Demirtaş e Dönmez (2006), que verificaram que os sujeitos solteiros possuem maiores níveis de ciúme do que os casados. São os sujeitos mais novos que possuem maiores níveis de ciúme, tal como refere Demirtaş e Dönmez (2006), sendo que quando existem níveis mais elevados de ciúme, a satisfação com o relacionamento diminui.

Tal como Peterson e Hyde (2011), os resultados mostram que a satisfação sexual tende a diminuir com o avançar da idade e com os anos de convivência. Além disto, é também mais baixa em sujeitos casados.

Foi ainda possível verificar uma diminuição da satisfação sexual nos participantes que vivenciaram uma ou mais experiências sexuais indesejadas, o que pode ser indicador da necessidade de se agir não apenas legalmente junto do agressor, mas igualmente agir através de intervenção psicológica junto das vítimas, na medida em que tais acontecimentos parecem influir na vivência da sexualidade e consequente satisfação sexual destas pessoas.

Por fim, verifica-se que os níveis de ciúme e insatisfação sexual seguem a mesma direcção e que quando o ciúme aumenta, a insatisfação sexual aumenta também, e vice-versa. O aumento da insatisfação sexual pressupõe a diminuição da satisfação sexual, concluindo-se portanto que a satisfação sexual diminui quando ocorre o aumento do ciúme. Contudo, são os sujeitos com ciúme moderação aqueles que possuem maior satisfação sexual, o que está em concordância com a perspectiva que coloca ênfase no ciúme enquanto protector da relação.

Estas conclusões surgem como um novo contributo para a investigação, colmatando a ausência de estudos sobre a temática e o elevado número de participantes permite a retirada de conclusões gerais relativamente à população em estudo. Além representam uma contribuição no domínio social e científico, na medida em que fazer do ciúme um objecto de estudo científico, apenas se justifica se daí se retirarem conclusões que contribuam para a compreensão dos relacionamentos humanos e especificamente dos relacionamentos amorosos.

Apontam-se como limitações a concentração de participantes num grupo de idades específico e a ausência de literatura que abarque o estudo da relação entre o ciúme e a satisfação sexual. Assim, seria interessante alargar o estudo aos relacionamentos homossexuais e aprofundar questões como a menor satisfação sexual das mulheres.

REFERÊNCIAS

Almeida, T. (2007). *Ciúme romântico e infidelidade amorosa entre paulistanos: incidências e relações*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Almeida, T., Rodrigues, K., & Silva, A. (2008). O ciúme romântico e os relacionamentos amorosos heterossexuais contemporâneos. *Estudos de psicologia*, 13(1), 83-90.

Baroncelli, L. (2011). Amor e ciúme na contemporaneidade: reflexões psicossociológicas. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 163-170.

Capellá, A. (2003). *Sexualidades humanas, amor e loucura*. Lisboa: Climepsi Editores.

Costa, N. (2005). Contribuições da Psicologia Evolutiva e da Análise do Comportamento Acerca do Ciúme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 005-013.

Del Priore, M. (2005). *História do amor no Brasil*. São Paulo: Contexto.

DeLamater, J., & Friedrich W. (2002). Human sexual development. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 10-14.

Demirtaş, H., & Dönmez, A. (2006). Jealousy in close relationships: personal, relational, and situational variables. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17(3), 1-11.

DeSteno, D., Valdesolo, P., & Bartlett, Y. (2006). Jealousy and the threatened self: Getting to the Herat ad the green-eyed monster. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 626-641.

Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). A quantity study of marital satisfaction, romantic jealousy and female`s aggression (psychological and physical). *The Social Sciences*, 5(2), 82-88.

Kingham, M., & Gordon, H. (2004). Aspects of morbid jealousy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 207-215.

Mathes, E. (1985). Jealousy and romantic love: A longitudinal study. *Psychological Reports*, 58(3), 885 - 886.

Peterson, J., & Hyde, J. (2011). Gender differences in sexual attitudes and behaviors: a review of meta-analytic results and large datasets. *The Journal of Sex Research*, 48(2-3), 149-165.

Pinto, B. (2010). Eu e você somos um: Implicações do ciúme na sexualidade feminina e nas relações amorosas da atualidade sob o olhar da gestalt-terapia. *Revista IGT*, 7(12), 117-175.

Sagarin, B., & Guadagno, R. (2004). Sex differences in the contexts of extreme jealousy. *Personal Relationships*, 11(3), 319-328.

Silva, P., & Marks, M. (1997). O problema dos ciúmes no casal. *Psychologica*, 17, 5-17.

Theiss, J., & Solomon, D. (2006). Coupling Longitudinal Data and Multilevel Modeling to Examine the Antecedents and Consequences of Jealousy Experiences in Romantic Relationships: A Test of the Relational Turbulence Model. *Human Communication Research*, 32(4), 469-503.

Wiederman, M., & Kendall, E. (1999). Evolution, Sex, and Jealousy: Investigation with a sample from Sweden. *Evolution and Human Behavior*, 20(2), 121-128.

Ziher, S. (2010). Differences in predictors of sexual satisfaction and in sexual satisfaction between female and male university students in Slovenia. *Psychiatria Danubina*, 22(3), 425-429.

ENVOLVIMENTO PATERNO DE PAIS DE FILHOS ÚNICOS

SARA MAGALHÃES & ISABEL LEAL

Há apenas poucos anos atrás, a visão dominante de paternidade dizia respeito à responsabilidade de prover o sustento e educação dos filhos (Dermott, 2003), ficando o compromisso da relação ao cuidado da mãe. Porém, esta visão tem dado lugar, de forma progressiva, a um paradigma que defende que também o pai tem um papel fundamental na educação e desenvolvimento não apenas físico, mas também psicológico e até social e cognitivo dos seus filhos. Assim, além de cuidar do sustento dos filhos, o pai faz hoje parte de um ideal em que a dimensão afectiva é igualmente fundamental. Para tal, têm contribuído várias mudanças a nível social e na estrutura familiar, passando o papel parental a assumir uma nova representação.

O *envolvimento paterno* é um conceito fundamental que tem assumido cada vez maior importância nos estudos sobre a paternidade. Este conceito engloba não apenas o tempo que o pai passa com a criança, que tem aumentado progressivamente nas últimas décadas (Hall, 2005), mas principalmente a qualidade da relação entre ambos, uma “paternidade íntima” (Dermott, 2003). Lamb, Pleck, Charnov, e Levine (1985, 1987) delinearam um modelo que faz a distinção entre três componentes distintos de envolvimento paterno com crianças pequenas que incluem *responsabilidade* (cuidar das necessidades da criança), *engajamento* (interagir directamente com a criança) e *acessibilidade* (estar disponível para a criança mesmo sem interacção directa).

Ainda assim, estudos recentes revelam que embora a figura paterna se envolva actualmente mais do que há apenas algumas décadas, sendo indicado como base igualmente segura comparativamente com a mãe (Frascarolo, 2004), esta mudança tem sido gradual (Monteiro, Veríssimo, Santos, & Vaughn, 2008). É de salientar, ainda assim, que o grau de envolvimento do pai parece ter importantes consequências no desenvolvimento dos filhos (Pleck, 2010), podendo estas ser sociais, psicológicas e comportamentais (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid, & Bremberg, 2008) ou até mesmo a nível do desenvolvimento físico (Stewart & Menning, 2009).

Variáveis sociodemográficas como o género da criança e a idade e habilitações académicas do pai constituem factores que determinam a variabilidade no nível de envolvimento (Ivrendi & Isikoglu, 2010).

Também a satisfação com a paternidade foi associada a um maior nível de envolvimento paterno, contrastando com o *stress* relacionado com a paternidade, que potencia um menor nível de envolvimento do pai (Simões, Leal & Maroco, 2010). O contexto familiar revela-se um factor importante, pois a qualidade da relação conjugal está estreitamente relacionada com um maior grau de envolvimento paterno, visto que fornece um importante suporte para o pai (Lee, 2005, 2007). Em suma, tem-se tornado pertinente um maior aprofundamento do estudo clínico dos factores que conduzem às variações inter-individuais do envolvimento paterno.

Um factor sociodemográfico que poderá contribuir para uma variação do nível de envolvimento paterno, porém em relação ao qual não foram encontrados estudos relacionando-o com o envolvimento paterno é o facto de se ter apenas um único filho ou mais filhos. Porém, cada vez mais hoje é comum ter apenas um filho, pois empreendem-se carreiras que exigem muito tempo, o nascimento de filhos vai sendo adiado e os casais, devido a uma idade já avançada ou mesmo outros factores, entre os quais biológicos, não podem viver mais do que uma gravidez (Rotella, 2001).

Assim, este estudo teve por objectivo avaliar o nível de envolvimento paterno numa amostra de pais portugueses de crianças com idades até aos 11 anos, explorando o impacto da variável sociodemográfica ter um único filho ou mais filhos. O estudo visou finalmente contribuir para o aumento do conhecimento sobre a paternidade em Portugal, bem como do papel paterno na dinâmica familiar.

MÉTODO

O estudo apresenta um carácter transversal, exploratório e correlacional.

Participantes

Participaram no estudo 233 sujeitos ($N=233$), pais (homens) de crianças com idades até aos 10 anos. As idades dos sujeitos estão compreendidas entre os 24 e os 57 anos sendo a média de 38.67 anos ($DP=6.47$).

Da amostra total, 48.5% dos pais possui o ensino superior, 24% dos pais possui o ensino secundário e 18.9% sujeitos tem o ensino básico. A maior parte da amostra (70.3%) vive com a esposa/companheira e os filhos, porém 2.6% dos pais vivem sozinhos com os filhos.

Dividiu-se a amostra recolhida em dois grupos: um constituído por pais de apenas uma criança, e outro composto por pais de mais do que um filho (grupo de controlo). O grupo constituído por pais de filhos únicos compreendeu 92 pais ($N = 92$), com idades compreendidas entre os 24 e os 51 anos ($M = 36.47$; $DP = 6.196$), a maioria com ensino superior ($M = 5.74$; $DP = 1.489$), com profissões intelectuais e científicas (26%) ($M = 4.71$; $DP = 2.907$) e a viverem com a esposa/companheira e os filhos (56.5%) ($M = 3.86$; $DP = 1.54$).

Já o grupo de controlo, composto por pais de filhos não únicos, é de 141 pais ($N = 141$), com idades compreendidas entre os 29 e os 57 anos ($M = 40.08$; $DP = 6.271$), a maioria com ensino superior (52.6 %), com profissões intelectuais e científicas (41.1%) e a viverem com a esposa/companheira e os filhos (80.1%).

O grupo de pais com mais de um filho possui, em média, 2.55 filhos ($DP = 0.814$), tendo na sua maioria (60.3%) dois filhos; o sexo feminino predomina quando existe apenas um filho ($M = 1.92$; $DP = 1.04$) e o sexo masculino prevalece quando existem dois filhos ($M = 1.93$; 0.863). 36.2% situa-se no primeiro lugar da fratria (estes já foram filhos únicos) ($M = 1.92$; $DP = 0.905$); e 40.5% das crianças têm entre 4 e 6 anos ($M = 5.54$; $DP = 2.870$).

Material

O protocolo de investigação envolveu dois instrumentos: um Questionário Sociodemográfico construído para o estudo e uma Escala de Envolvimento Paterno, reformulada e validada a partir da Escala de Envolvimento Paterno de Simões, Leal & Maroco (2010), uma adaptação para a população portuguesa a partir do *Paternal Involvement In Child Care Index* (PICCI, Radin, N., 1982).

A reformulação desta escala permite a análise de diferentes dimensões, que incluem Presença, Cuidados Directos, Cuidados Indirectos e Disciplina, tendo procurado avaliar neste estudo o envolvimento paterno de pais de pais de filhos únicos, comparativamente com o envolvimento de filhos não únicos.

Procedimento

Para recolha da amostra e aplicação dos instrumentos de avaliação foram seguidas algumas etapas. Em primeiro lugar (etapa de sensibilização), procedeu-se ao contacto presencial com a responsável pelas Unidades de Educação da Câmara Municipal de Lisboa, a fim de obter o consentimento escrito das instituições solicitadas, procedendo-se em seguida à entrega de vários exemplares dos instrumentos, a fim de serem distribuídos pelos pais das crianças (pelo/a responsável das Instituições e/ou auxiliares educativos/as - em folhas brancas). Foram disponibilizados também, via internet, os instrumentos com as devidas instruções, que deveriam ser preenchidos e devolvidos, através de um *e-mail* pessoal, disponibilizado para o efeito. Neste caso, bem como quando a confidencialidade é garantida à partida e se verifica vontade de participação, o consentimento informado pode ser dispensado.

Chegou-se aos pais da amostra por serem conhecidos ou por processo “bola de neve”, garantindo-se a confidencialidade dos dados. Foi disponibilizado o meu contacto, a fim de que todas as eventuais dúvidas no decurso do preenchimento dos instrumentos de avaliação pudessem ser esclarecidas.

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa SPSS – v. 19.0.

RESULTADOS

Da aplicação da Escala de Envolvimento Paterno resultaram os seguintes valores médios:

Quadro 1: Médias e valores mínimos e máximos da Escala de Envolvimento Paterno

Escala de Envolvimento Paterno (N= 233)	<i>Valor Mínimo e Máximo</i>	<i>M</i>
EEP_total	1.42 - 5	3.6

Quadro 2: Média, desvio-padrão e alfa de Cronbach (α) das quatro dimensões do Envolvimento Paterno

Dimensões	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbach
Presença	3.937	0.701	0.860
Cuidados Directos	3.327	0.908	0.838
Cuidados Indirectos	3.486	1.079	0.751
Disciplina	3.136	0.831	0.604

A análise da fiabilidade da escala indicou uma boa consistência interna global (alfa (α) de Cronbach de 0.928). Os Alfas de Cronbach (α) para as quatro dimensões apresentam valores aceitáveis de fiabilidade para todas elas, como mostra o quadro 2.

Observou-se um grau de envolvimento paterno acima da linha média da escala, o que sugere que os pais da amostra se percebem como figuras envolvidas na educação e cuidados dos filhos. Relativamente às subescalas, a Presença é a que apresenta o valor mais elevado, apontando para uma boa disponibilidade para os filhos, bem como presença física no quotidiano da criança. As dimensões Cuidados Indirectos e Cuidados Directos apresentam por esta ordem resultados menos elevados, indicando que os pais se percebem como figuras cuidadoras, ainda assim menos envolvidos nos cuidados directos e educação dos seus filhos. A dimensão que obteve menor resultado foi a Disciplina, o que indica que os pais da amostra não a consideram um factor preponderante nos seus papéis como pais.

Relativamente ao tempo que a criança passa ao cuidado do pai, diariamente, conclui-se que quando se trata de filho único, este é de $M = 23.2$ ($DP = 1.34$), sendo o máximo 60% e quando se trata de uma criança com irmãos, a média de tempo é de $M = 22.6$ ($DP = 1.089$) e o máximo de tempo por dia apenas 50%. Verificou-se ainda que os pais atribuem aos professores/cuidadores a maior percentagem de tempo como principais cuidadores da criança, seguidos da mãe e só depois por si.

Quadro 3: Percentagem de tempo atribuída a cada figura cuidadora (médias e desvio-padrão)

	Pai	Mãe	Outros familiares	Professores/cuidadores
M	22.89	33.60	5.92	37.58
DP	12.84	15.24	9.08	21.22

Assim, embora tenham sido indicados níveis elevados de envolvimento paterno na amostra, a análise do envolvimento relativo (Radin, 1994) sugere uma maior responsabilidade dos professores/cuidadores e das mães na prestação de cuidados às crianças, de acordo com os próprios pais. Ao nível das variáveis sociodemográficas, verificou-se através do Coeficiente de Correlação de *Pearson* que não foram encontradas correlações significativas entre as quatro dimensões de envolvimento paterno e o facto de se ter apenas um filho ou mais, embora existam algumas relações com outras variáveis sociodemográficas, como se verá mais à frente neste estudo.

Ademais, através do teste *t*-Student (Maroco, 2010), verificou-se que o envolvimento de pais de filhos únicos é, em média, 3.51 (SEM = 0.07) enquanto os pais de filhos não únicos têm, em média, um envolvimento de 3.52 (SEM = 0.06). De acordo com o teste *t*-Student, as diferenças observadas entre o envolvimento paterno nos dois grupos não são estatisticamente significativas, pois o *p-value* é superior a 0.05 ($t(231) = -0.145$; $p = 0.885$).

DISCUSSÃO

As diversas transformações ocorridas na segunda metade do século XXI interferiram de forma profunda no funcionamento familiar, aproximando-se o papel paterno do da mãe, qual cuidador dos filhos e estabelecimento de relações mais próximas com estes. Procurou-se, neste trabalho, verificar se existiriam diferenças significativas entre as várias dimensões de envolvimento paterno quando se tem apenas um ou mais filhos.

Assim como estudos recentes (Möttus, 2008) têm desmentido a ideia de que os filhos únicos são egoístas, mimados e têm dificuldades de interagir socialmente, este estudo veio mostrar que também a diferença entre o envolvimento paterno quando existe apenas um filho ou mais não é estatisticamente significativa. Similarmente, não foram encontradas quaisquer correlações entre as quatro dimensões do envolvimento paterno e o facto de se ter um único filho. É importante salientar que existe uma correlação significativa e negativa entre a situação profissional do pai e a dimensão de Cuidados Indirectos. Isto traduz as cada vez maiores exigências do mundo laboral, que podem muitas vezes impedir ou limitar os pais no exercício destes cuidados, que incluem levar a criança à escola, ir às reuniões escolares, e até mesmo levá-la ao médico. Apesar de os direitos dos pais ao exercício da sua paternidade serem cada vez mais reconhecidos, ainda são as mães que detêm maior flexibilidade no trabalho a fim de poderem cuidar dos seus filhos.

Também os pesos culturais associados a que tipo de actividades devem os pais desenvolver junto dos seus filhos têm um papel preponderante em muitos casos, pois entende-se muitas vezes que cuidados mais directos são prestados pelas mães (visão tradicional da família), ficando para os pais as actividades relacionadas com lazer ou até mesmo cuidados indirectos.

Quanto às habilitações literárias, a percepção de um maior envolvimento paterno quanto mais elevadas são as habilitações pode dever-se a vários factores, nomeadamente, à percepção dos pais com habilitações superiores de que um maior envolvimento em actividades com os filhos pode potenciar as aprendizagens cognitivas e sociais destes (Monteiro et al., 2006). De acordo com Levy-Shiff & Israelashvilli (1988), pais com maior nível de escolaridade poderão ser menos rígidos quanto à atribuição de papéis de géneros (pai e mãe), sobrepondo a visão moderna da paternidade à existente há algumas décadas, que determinavam que as mães deveriam fazer todas as tarefas relacionadas com os cuidados dos filhos.

Seria interessante verificar, em estudos futuros, se o tempo que os pais passam com os filhos (em virtude de um decréscimo na possibilidade das mães de fazê-lo) é acompanhado de maior qualidade ou se simplesmente se trata de um crescimento quantitativo.

Outros estudos poderão ainda usar uma amostra de maiores dimensões. Também uma formulação mais correcta e completa das questões poderia diminuir os valores de *missing values*, principalmente no que diz respeito ao Questionário Sociodemográfico. Neste, não foram consideradas variáveis relevantes na análise dos dados sociodemográficos, como o estatuto socioeconómico, se vive ou não com a criança sobre a qual preenche o questionário, estado civil, bem como situações que podem levar a determinados níveis de envolvimento (e.g. a mãe está viva? Já houve algum aborto espontâneo antes do nascimento desta criança?). Assim, em estudos futuros será importante ter em conta estes dados em falta, a fim de se conseguir compreender um pouco melhor o envolvimento paterno.

REFERÊNCIAS

- Dermott, E. (2003). The 'intimate father': defining paternal involvement. *Sociological Research Online*, 8(4).
- Frascarolo, F. (2004). Paternal Involvement in Child Caregiving and Infant Sociability. *Infant Mental Health Journal*, 25(6), 509-521.
- Hall, S. (2005). Change in Paternal Involvement from 1977 to 1997: A Cohort Analysis. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34(2), 127-139.
- Ivrendi, A., & Isikoglu, N. (2010). A Turkish View on Fathers' Involvement in Children's Play. *Early Childhood Education Journal*, 37(6), 519-526.
- Lamb, M.E., Pleck, J.H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1985). Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25, 883-894.
- Lamb, M.E., Pleck, J.H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1987). A biological perspective on paternal behavior and involvement. In J. B. Lancaster, J. Altmann, A. S. Rossi, & L. R. Sherrod (Eds.), *Parenting across the lifespan: Biosocial perspectives* (pp. 111-142). Hawthorne, NY: Aldine.

Lee, T. (2005). An exploration of fathers' perceptions of fatherhood and factors influencing fathers' involvement in parenting activities with their infants. *Dissertation Abstracts International*, 65.

Lee, C., & Doherty, W. (2007). Marital Satisfaction and Father Involvement during the Transition to Parenthood. *Fathering: A Journal of Theory, Research, & Practice about Men as Fathers*, 5(2), 75-96.

Levy-Shiff, R., & Israelashvili, R. (1988). Antecedents of fathering: Some further exploration. *Developmental Psychology*, 24, 434-440.

Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Monteiro, L., Veríssimo, M., Castro, R., & Oliveira, C. (2006). Partilha da responsabilidade parental. Realidade ou expectativa? *Psychologica*, 42, 213-229.

Monteiro, L., Veríssimo, M., Santos, A., & Vaughn, B. (2008). Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. *Aná. Psicológica*, 26(3), p.395-409.

Möttus, R., Indus, K., & Allik, J. (2008). Accuracy of only children stereotype. *Journal of Research in Personality*, 42, 1047-1052.

Pleck, J. (2010). Paternal involvement: Revised conceptualization and theoretical linkages with child outcomes. *The role of the father in child development (5th ed.)* (pp. 58-93). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.

Radin, N. (1982). *Paternal Involvement in Child Care Index*. Ann Arbor: University of Michigan School of Social Work.

Radin, N. (1994). Primary-caregiving fathers in intact families. In, A. E. Gottfried, & A. W. Gottfried (Eds.), *Redefining families: Implications for children's development* (pp.11- 54). New York: Plenum Press.

Rotella, M. (2001). Parenting an Only Child. (Book Review). *Publishers Weekly*, 248(29), 178.

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97(2), 153-158.

Simões, R., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Envolvimento paterno de pais de crianças em idade escolar. In Leal, I. & Pais-Ribeiro. *Psicologia da Saúde: Sexualidade, Género e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Stewart, S., & Menning, C. (2009). Family structure, nonresident father involvement, and adolescent eating patterns. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 193-201.

ESTUDO PRELIMINAR DE UMA ESCALA DE ENVOLVIMENTO PATERNO

SARA MAGALHÃES, CRISTINA REIS, JOÃO PEREIRA & ISABEL LEAL

Ao longo das últimas décadas, têm ocorrido importantes progressos relativamente à visão da paternidade e do papel do pai dentro da dinâmica familiar, bem como avanços significativos no estudo deste papel. Várias mudanças no contexto social e na estrutura familiar, tais como a entrada da mulher no mundo laboral (Wang & Bianchi, 2009) e novos modelos familiares originados por, entre outros, o aumento do número de divórcios, permitiram o surgimento de novas expectativas e de uma nova representação do papel paterno. Esta nova representação envolve um pai mais activo na educação e cuidados dos filhos, em que além de ter também uma função de suporte financeiro (Christiansen & Palkovitz, 2001), o papel do pai comporta uma importante dimensão afectiva e de suporte emocional dos seus filhos.

Ainda assim, apesar de o pai ter vindo progressivamente adoptando um papel mais activo na dinâmica familiar e do crescente interesse pela paternidade na sociedade ocidental, a parentalidade continua a ser fundamentalmente baseada em estudos sobre a maternidade, escasseando ainda a investigação que assume o pai como referencial único. Assim, torna-se pertinente e necessário desenvolver estudos que permitam conhecer de forma objectiva e contextualizada a experiência da paternidade.

O *envolvimento paterno* é o conceito que tem assumido cada vez maior importância nesta área. Engloba não apenas o tempo que o pai passa com a criança, mas principalmente a qualidade da relação entre ambos. Lamb, Pleck, Charnov, e Levine (1985, 1987) propuseram um modelo multidimensional que faz a distinção entre três componentes de envolvimento paterno com crianças pequenas que incluem *responsabilidade* (cuidar das necessidades da criança), *engajamento* (interagir directamente com a criança) e *acessibilidade* (estar disponível para a criança mesmo sem interacção directa).

Para uma melhor compreensão do nível de envolvimento dos pais na educação e cuidados dos filhos, têm sido desenvolvidas metodologias específicas que permitem conhecer de forma mais aprofundada os comportamentos paternos, bem como as principais componentes do seu envolvimento enquanto pais (Radin, 1994).

Assim, este estudo teve por objectivo a construção e validação de uma Escala de Envolvimento Paterno, através da avaliação do nível de envolvimento paterno numa amostra de pais portugueses de crianças com idades até aos 11 anos, visando finalmente contribuir para o aumento do conhecimento sobre a realidade portuguesa nesta área, bem como do papel paterno na dinâmica familiar.

MATERIAL

Participantes

A amostra, de conveniência, foi recolhida em instituições de ensino regular e especial do distrito de Lisboa, e é constituída por 837 pais de crianças até aos 11 anos, com idades compreendidas entre os 24 e os 67 anos ($M=38.98$; $DP=5.874$). Relativamente às habilitações académicas, 27,8 % dos participantes têm formação de nível superior e 5,5 % formação de nível médio. 25,5 % dos pais possui o ensino secundário, e 41,2 % o ensino básico (19,5 % relativos ao 3.º ciclo, 14,6 % ao 2.º ciclo e 7,1% ao 1º ciclo).

Material

A Escala de Envolvimento Paterno é, na sua versão original, um questionário constituído por 21 itens numa escala de tipo Likert, que pretende avaliar a percepção paterna da frequência com que ocorrem diversas situações do dia-a-dia familiar e tarefas de cuidados e educação das crianças (e.g., “Com que frequência dá banho ou ajuda a criança a fazê-lo?”).

Os itens pontuam-se numa escala de 1 a 5 pontos, na qual os valores mais altos são atribuídos a maiores níveis de envolvimento. As opções de resposta são operacionalizadas em função do tipo de questão colocada:

- Desde *Sempre* (5 pontos) a *Nunca* (1 ponto);
- Desde *Muito envolvido* (5 pontos) a *Nada envolvido* (1 ponto);
- Desde *Muito disponível* (5 pontos) a *Nada disponível* (1 ponto).

A pontuação da escala total e suas subescalas é calculada através da média dos itens respectivos (valores entre 1 e 5), correspondendo valores médios mais elevados a maiores níveis de envolvimento.

Existe um último item que é respondido através de valores em percentagens e que visa comparar a percepção de envolvimento relativamente às diferentes figuras cuidadoras (“Qual a percentagem de tempo que o seu filho/a está ao cuidado das seguintes pessoas: você; a mãe; outros familiares; os professores/educadores?”). Por apresentar um formato diferente dos restantes, este último item foi excluído do estudo de validação da escala. No entanto, os valores em percentagem provenientes da

mesma, combinados com a pontuação obtida nos restantes itens, podem permitir verificar os níveis de envolvimento paterno em comparação com as outras figuras cuidadoras.

A Escala de Envolvimento Paterno, objecto de validação neste estudo, resulta de uma reformulação por Leal, Magalhães, Pereira e Reis (2011) da Escala de Envolvimento Paterno de Simões, Leal & Maroco (2010), uma adaptação para a população portuguesa do *Paternal Involvement In Child Care Index* (PICCI, Radin, N., 1982). Na Escala reformulada, o questionário é composto por apenas 20 itens numa escala de tipo Likert, com o mesmo objectivo da Escala acima descrita, tendo também um 21º item cujas respostas são dadas através de percentagens. Assim, apenas 20 itens foram objecto de estudo de validade factorial.

RESULTADOS

Sensibilidade-Na avaliação da sensibilidade dos itens, observaram-se valores de assimetria e curtose que revelam itens aproximadamente simétricos (Quadro 1).

Quadro 1: Valores medianos (Me), assimetria (Sk) e curtose (Ku), com respectivos valores críticos (Sk/SEsk e Ku/SEku) e valores mínimos e máximos dos 20 itens da Escala de Envolvimento Paterno na amostra de validação

Item	Me	Min	Max	Sk	Sk/SEsk	Ku	Ku/SEk u
1	4	1	5	-0.777	-9.141	0.553	3.272
2	4	1	5	-0.430	-5.059	0.232	1.373
3	4	1	5	-0.384	-4.518	-0.307	-1.806
4	5	1	5	-0.964	-11.341	0.701	4.124
5	4	1	5	-0.520	-6.118	-0.207	-1.225
6	4	1	5	-0.405	-4.765	0.000	0.000
7	4	1	5	-0.431	-5.071	-0.101	-0.594
8	3	1	5	-0.111	-1.306	-1.316	-7.741
9	4	1	5	-0.365	-4.294	-0.949	-5.582
10	3	1	5	-0.006	0.071	0.468	2.737
11	4	1	5	-0.864	-10.047	-0.128	-0.749
12	3	1	5	-0.363	-4.271	-0.760	-4.497
13	3	1	5	-0.191	-2.221	-0.156	-0.912
14	4	1	5	-0.587	-6.906	-0.591	-3.497
15	3	1	5	-0.288	-3.388	-0.451	-2.653
16	3	1	5	-0.166	-1.930	-0.442	-2.570
17	4	1	5	-0.535	-6.294	-0.245	-1.450
18	4	1	5	-0.451	-5.306	-0.745	-4.408
19	4	1	5	-1.357	-15.965	2.516	14.800
20	4	1	5	-1.184	-13.930	2.295	13.580

Validade de Constructo-A validade de constructo, *sensu* Anastasi e Urbina (2000), foi avaliada nas suas dimensões de validade factorial, validade convergente e validade discriminante.

Validade Factorial Exploratória-Para avaliar a validade factorial, procedeu-se à análise da estrutura relacional dos 20 itens iniciais da escala através da análise factorial exploratória sobre a matriz das correlações, com extracção dos factores pelo método dos componentes principais, seguida de uma rotação varimax. Foram retidos os factores que apresentavam valores próprios (*eigenvalue*)

superiores a 1 e que explicavam uma percentagem considerável da variância total. Para avaliar a validade da análise factorial exploratória utilizou-se o critério KMO com os critérios de classificação definidos em Maroco (2010), tendo-se observado um valor de KMO=0.901.

Os quatro factores obtidos explicam 60.20 % da variância total, tendo sido retidos os itens com um valor de saturação igual ou superior a 0.5. Os itens 1, 6, 11, 13, 14 e 16 foram excluídos por apresentarem pesos factoriais baixos em qualquer um dos factores.

A escala final é então composta por 14 itens, sendo a sua estrutura relacional melhor explicada por um modelo de quatro factores latentes. No quadro seguinte apresentam-se os pesos factoriais de cada item em cada um dos factores, os seus *eigenvalues* e a percentagem de variância explicada por cada factor. A negrito apresentam-se os itens com pesos factoriais superiores a 0.5 em valor absoluto (Quadro 2).

Quadro 2: Pesos factoriais dos itens da Escala de Envolvimento Paterno, variância explicada, variância extraída média (VEM) e consistência interna das sub-escalas definidas pelos 6 factores extraídos por análise factorial exploratória com rotação varimax. Os pesos com valor absoluto superior a 0.5 são apresentados a negrito.

	<i>Presenç a</i>	Componentes		<i>Discipli na</i>
		<i>Cuidado s Directos</i>	<i>Cuidado s Indirectos</i>	
2. Brinca com a criança.	,713	,274	,029	,071
4. Conversa com a criança.	,776	,100	,057	,140
7. Ajuda a criança a aprender ou a estudar.	,583	,223	,271	,240
19. Grau de envolvimento	,641	,308	,407	-,005
20. Grau de disponibilidade	,629	,179	,382	-,054
3. Alimenta ou ajuda a criança a fazê-lo.	,256	,667	-,053	,152
12. Dá banho ou ajuda a criança a fazê-lo.	,117	,817	,236	,114
15. Veste a criança ou ajuda-a nessa tarefa.	,138	,805	,216	,051
17. Deita a criança.	,291	,669	,185	,024
8. Vai às reuniões da escola da criança.	,190	,149	,778	,150
9. Leva a criança à escola.	,069	,102	,748	,180
18. Vai com a criança ao médico.	,396	,266	,570	-,124
5. Impõe limites ao comportamento da criança.	,426	,072	-,018	,691
10. Castiga a criança.	-,065	,165	,252	,803

Valores Próprios	5,2 74	1,269	1.18 3	1.102
Variância Explicada (%)	20,	18,613	14,858	9,405
VEM	177 0,5 77	0,679	0,622	0,689
Alpha de Cronbach	0.8 09	0.799	0.688	0.478

A validade convergente dos 4 factores extraídos foi avaliada pelo método da variância extraída média (VEM) pelos 4 factores, de acordo com a proposta de Fornell e Larcker (1981) descrita em Maroco (2010b). Segundo estes autores, podemos assumir validade convergente se a VEM por cada factor for superior a 0.5. Como se apresenta na Quadro 2, a VEM é adequada em todos os factores sob estudo.

Por último, a validade discriminante foi avaliada pela comparação das correlações quadradas entre os scores médios das quatro subescalas e a VEM de cada subescala.

Quadro 3: VEM e Quadrados das correlações (r^2) entre as subescalas

Subescalas	VEM	r^2
Presença	0.577	0.134 – 0.311
Cuidados Directos	0.679	0.092 – 0.311
Cuidados Indirectos	0.622	0.081 – 0.298
Disciplina	0.689	0.081 – 0.134

Como ilustra a Quadro 3, todas as subescalas apresentam VEM superior ao quadrado da correlação entre as subescalas, demonstrando a validade discriminante das mesmas.

Fiabilidade-O índice de consistência interna global da escala estimado pelo Alpha de Cronbach apresenta um valor de 0.88, considerado como indicador de uma boa consistência interna (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Relativamente às quatro componentes, observam-se valores considerados bons para as duas primeiras, *Presença e Cuidados Directos*, o que nos diz que há uma forte associação entre as variáveis originais que as compõem, um valor aceitável para a dimensão *Cuidados Indirectos* e um valor mais fraco, embora aceitável, para a dimensão *Disciplina*.

Cotação-Os itens pontuam-se numa escala de 1 a 5 pontos, na qual os valores mais altos são atribuídos a maiores níveis de envolvimento. As opções de resposta são operacionalizadas em função do tipo de questão colocada:

- Desde *Sempre* (5 pontos) a *Nunca* (1 ponto);
- Desde *Muito envolvido* (5 pontos) a *Nada envolvido* (1 ponto);
- Desde *Muito disponível* (5 pontos) a *Nada disponível* (1 ponto).

Tal como referido, o item 21 apresenta um formato de resposta com base em percentagens, destinando-se apenas a uma análise descritiva do envolvimento relativo.

A pontuação da escala total e suas subescalas é calculada através da média dos itens respectivos (valores entre 1 e 5), correspondendo valores médios mais elevados a maiores níveis de envolvimento. O Quadro 4 apresenta os valores médios registados na amostra de validação.

Quadro 4: Valores médios para cada factor extraído

		Presença	Cuidados Directos	Cuidados Indirectos	Disciplina
<i>N</i>	<i>Válido</i>	792	817	813	815
	<i>Missing</i>	45	20	24	22
	<i>M</i>	4,0419	3,4113	3,4296	3,2528
	<i>SD</i>	,61815	,84955	,91261	,68990
Percentil	25	3,6667	2,7500	2,7500	3,0000
	50	4,1667	3,5000	3,5000	3,5000
	75	4,5000	4,0000	4,2500	3,5000

DISCUSSÃO

A análise factorial exploratória pelo método de componentes principais seguida de uma rotação varimax identificou 4 componentes distintas, explicativas de 60,20% da variância total da escala: *Presença*, *Cuidados*, *Responsabilidade* e *Disciplina*, que permitem avaliar o envolvimento paterno segundo um modelo multidimensional.

A análise da fiabilidade da escala indicou uma boa consistência interna global (Alpha de Cronbach de 0.88), bem como ao nível das primeiras componentes, e uma consistência interna aceitável nas duas últimas componentes (entre 0.5 e 0.8).

Podemos, então, considerar que esta Escala de Envolvimento Paterno constitui um instrumento válido e fiável, adaptado para o estudo da percepção de envolvimento paterno por pais portugueses, podendo contribuir, em estudos futuros, para o aumento do conhecimento sobre a paternidade.

REFERÊNCIAS

- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed (obra original de 1997).
- Christiansen, S., & Palkovitz, R. (2001). Why the 'good provider' role still matters: Providing as a form of paternal involvement. *Journal of Family Issues*, 22(1), 84-106.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating SEM with unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.

Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1985). Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25, 883-894.

Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1987). A biological perspective on paternal behavior and involvement. In J. B. Lancaster, J. Altmann, A. S. Rossi, & L. R. Sherrod (Eds.), *Parenting across the lifespan: Biosocial perspectives* (pp. 111-142). Hawthorne, NY: Aldine.

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

Maroco, J. (2010b). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Radin, N. (1982). *Paternal Involvement in Child Care Index*. Ann Arbor: University of Michigan School of Social Work.

Radin, N. (1994). Primary-caregiving fathers in intact families. In, A. E. Gottfried, & A. W. Gottfried (Eds.), *Redefining families: Implications for children's development* (pp.11- 54). New York: Plenum Press.

Simões, R., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Envolvimento paterno de pais de crianças em idade escolar. In I. Leal & J. L. Pais-Ribeiro. *Psicologia da Saúde: Sexualidade, Género e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Wang, R., & Bianchi, S. (2009). ATUS Fathers' Involvement in Childcare. *Social Indicators Research*, 93(1), 141-145.

A ADESÃO TERAPÊUTICA NA INFECÇÃO POR VIH

MARTA MAIA

A adesão terapêutica define-se como o respeito do doente pelas prescrições médicas, ou grau de concordância entre as recomendações médicas e o comportamento do doente em relação à terapêutica prescrita. A adesão terapêutica ocupa um lugar central no acompanhamento da pessoa que vive com VIH (PVVIH). Com efeito, os tratamentos antiretrovirais exigem uma adesão terapêutica rigorosa e a longo prazo, sob pena de surgirem resistências virais que tornam a terapêutica ineficaz (Dormont, 1998).

No quadro da epidemia de VIH, a questão da adesão terapêutica surge a partir de 1996, com a chegada das multiterapias antiretrovirais. A questão da adesão terapêutica é crucial no contexto dos tratamentos da infeção por VIH, pois além da morbilidade e mortalidade do doente em situação de escape terapêutico, coloca-se o problema da transmissão de vírus resistentes nos casos em que existem práticas de risco que levem à infeção de terceiros (Delfraissy, 1999).

Os tratamentos antiretrovirais

Apesar dos progressos recentes, as terapias são pesadas e acarretam frequentemente efeitos secundários importantes, tais como perturbações gastro-intestinais, astenia, dores de cabeça, problemas cutâneos, lipodistrofia, etc. (Dormont, 1998; Ferreira Gay, Regnier-Aeberhard & Bricaire, 2010; Spire, 2001).

Além dos efeitos adversos, o tratamento reaviva quotidianamente a presença da doença e, por vezes, ameaça o segredo que a envolve. Com efeito, a tomada de um medicamento perante terceiros pode colocar o problema da visibilidade da doença. Outros possíveis problemas ligados às terapêuticas prendem-se com exigências quanto aos horários da toma das drogas, presença ou não de alimentos no estômago, espaçamento das refeições, conservação dos medicamentos em local fresco, ingestão de grandes quantidades de água, proscrição de determinados alimentos, etc. (Ferreira et al., 2010; Spire, 2001).

Investigadores em ciências sociais (Adam & Herzlich, 1994; Augé & Herzlich, 1986; Corin, 1996; Ferreira et al., 2010; Thiaudière, 2002) mostram que existem determinantes socio-económicos, psicológicos e biográficos que pesam sobre a adesão terapêutica. As condições de vida, o acesso à informação e aos cuidados de saúde, o estado psicológico da PVVIH e a sua rede de suporte familiar e social, a sua vivência da doença e a sua relação com os profissionais de saúde determinam a sua adesão terapêutica.

O tratamento é geralmente iniciado numa fase assintomática. Ora, com o início do tratamento, a presença da doença torna-se tangível pela própria introdução dos medicamentos na vida do indivíduo como pelos efeitos adversos que provocam no seu corpo. O início do tratamento pode assim representar para a PVVIH a entrada na doença, o início de um novo percurso biográfico de doente (Maia, 2008).

A relação médico-paciente

Outro elemento determinante da adesão terapêutica é a relação médico-paciente. O modelo do paciente passivo tende a desaparecer, sobretudo no contexto da infeção por VIH, em que o empoderamento dos doentes foi, desde o início da epidemia, muito importante (Thiaudière, 2002; Kazatchkine & Barthelemy, 2005). A relação assenta pois mais numa parceria do que num modelo assimétrico de agente activo / sujeito passivo. A infeção pelo VIH é paradigmática do modelo de “participação mútua” definido por Szasz e Hollander (1956). As relações médico-paciente alteraram-se desde o aparecimento do VIH devido à participação ativa dos doentes. Os doentes adquiriram conhecimentos médicos, criaram associações para fazerem ouvir a sua voz e tornaram-se actores colectivos, parceiros na gestão do sistema de saúde.

Szasz e Hollander definiram três modelos de relação terapêutica ligados ao estado do paciente: "a actividade-passividade" - o paciente é objeto passivo, enquanto que o médico é totalmente activo; a "cooperação guiada" - o paciente é capaz de seguir em parte os conselhos do médico; a "participação mútua" - o papel do médico consiste em ajudar o paciente a tomar conta de si. O primeiro caso é aquele em que o doente está em coma ou anestesiado. No segundo caso, o estado do doente é menos grave e este está em condições de exercer uma apreciação do acontecimento (biológico e biográfico) que é a doença. O terceiro caso de figura refere-se às doenças crónicas. O acompanhamento é feito a longo prazo e o paciente aprende sobre a sua doença, podendo mesmo tornar-se um “perito” na matéria (Herzlich & Pierret, 1994; Maia, 2011).

A principal razão de descontentamento invocada, em numerosos inquéritos, pelos utentes dos serviços de saúde refere-se à "comunicação" (ou falta dela) entre estes e os médicos (Adam & Herzlich, 1994). Ora, na doença crónica, o doente deve gerir a sua doença, ou seja, administrar-se cuidados, agir sobre o seu corpo, participar activamente no seu tratamento, pelo que uma boa comunicação entre o

doente e o pessoal médico é fundamental.

Informar-se sobre a doença exige tempo, energia e meios. Ora nem todos os pacientes têm acesso à informação e conhecem os seus direitos. Regra geral, as pessoas socialmente desfavorecidas estão menos armadas nesta procura de informações. Além disso, os doentes que têm um nível de educação mais elevado são mais capazes de se pronunciar sobre o trabalho do médico. A condição socio-económica do doente é pois um determinante da relação médico-paciente (Szasz & Hollander, 1956).

A confiança nos profissionais de saúde e nas instituições prestadoras de cuidados de saúde favorece a adesão aos tratamentos. Frente a um interlocutor que o doente não percebe como receptivo, pode produzir-se um bloqueio pouco favorável ao cumprimento rigoroso do tratamento, ou mesmo ao acompanhamento médico. Por vezes, os médicos centram toda a sua atenção nos resultados dos exames médicos, e o paciente enquanto ser psico-social tende a ser esquecido. A confiança no médico é no entanto um elemento central da motivação do doente para uma boa adesão ao tratamento. É por conseguinte fundamental que a relação entre o médico e o doente seja baseada na confiança, na comunicação e na compreensão (Corin, 1996).

Um problema que se coloca na relação entre médicos e doentes é a falta de tempos para as consultas. Falta de tempo para o paciente, para que possa falar dos diversos problemas que a doença e o tratamento lhe causam, e falta de tempo para as explicações do médico, para o diálogo.

A vivência da doença crónica

Nas representações sociais, faz-se uma conexão entre a boa saúde e a norma, enquanto a doença é considerada um estado "anormal". A doença constitui uma espécie de "desviância social" e até mesmo uma "ameaça social". A noção de saúde confunde-se com a de desempenho, nesta sociedade que preconiza a performance, a adaptação e a saúde como valores centrais. A doença torna-se desordem, falha, anormalidade, levantando problemas de identidade para aquele que é afectado por uma doença crónica. Pode também ter repercussões sobre a sexualidade do indivíduo que tem uma imagem de si alterada, diminuída. Com efeito, as perturbações da sexualidade têm origens ao mesmo tempo físicas e psicológicas. Sob tratamento, a qualidade de vida do paciente é afectada. Este tem então uma relação de amor-ódio com o seu tratamento, que lhe permite prolongar a sua vida mas que diminui a qualidade desta última (Carricaburu & Pierret, 1992).

As doenças crónicas nem sempre acarretam sintomas diretamente visíveis. Por vezes, só o paciente se sabe afectado e esta situação pode durar indefinidamente. Mas, apesar da falta de visibilidade direta da doença crónica, o seu diagnóstico representa geralmente uma ruptura biográfica que implica mudanças

no modo de vida do indivíduo. O paciente deve fazer da sua doença um novo modo de vida, pois é obrigado a cuidados permanentes, vive com uma incerteza perante o futuro e deve gerir aspetos tão diversos como o segredo que envolve a patologia, a questão da origem da sua contaminação, o medo de infectar os outros, a regularidade dos exames e das consultas médicas, a diminuição da sua qualidade de vida, etc. (Adam & Herzlich 1994; Maia, 2008).

A estigmatização da doença é igualmente determinante para a qualidade de vida das pessoas. Certas doenças crónicas e deficiências desqualificam socialmente as pessoas afetadas. Dissimular a doença constitui a principal estratégia de gestão do estigma, o que se torna difícil quando o sujeito não tem somente traços "descreditáveis" - os que não são imediatamente visíveis e são por conseguinte apenas potencialmente estigmatizáveis - mas também traços de "descrédito" - os imediatamente visíveis, que produzem ou podem produzir uma reacção negativa por parte dos outros (Goffman, 1975). No caso das pessoas sob tratamento, os efeitos adversos dos medicamentos podem ser responsáveis por esses traços de "descrédito", aumentando a visibilidade da doença, o sentimento de se estar doente / ser doente. A estigmatização dos doentes pode pois prejudicar a sua qualidade de vida, obrigá-los ao segredo sobre a sua doença, ainda que isso possa provocar o isolamento, que é um factor agravante para o estado de saúde e um obstáculo à prevenção. O estigma pode, portanto, ser nefasto para a adesão terapêutica (Dijker, 1998).

Notas finais

Na doença crónica, o doente torna-se um gestor da doença, ao mesmo tempo que a vivencia e cria um ela uma "relação". Certos pacientes adquirem conhecimentos médicos, criam associações de doentes para fazer ouvir a sua voz e tornam-se atores colectivos, parceiros na gestão do sistema de saúde.

Se a qualidade da adesão é um fator essencial do sucesso terapêutico na infeção pelo VIH, esta questão não pode ser reduzida a um mero problema de comportamento individual. Há que tomar em conta o contexto social, a relação médico-paciente, o percurso biográfico do indivíduo, as suas crenças e conhecimentos, as suas condições de vida, a sua saúde mental e a sua vivência da doença e do tratamento. A adesão terapêutica exige do paciente que ele seja agente do seu tratamento, que ele se implique num processo contínuo de cuidados de saúde, o que só se torna possível se um certo número de condições estiverem reunidas. Torna-se pois urgente desenvolver programas de educação terapêutica, em Portugal.

REFERÊNCIAS

- Adam, P., & Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan.
- Augé, M., & Herzlich, C. (1986). *Le sens du mal. Anthropologie, Histoire, Sociologie De La Maladie*. Archives Contemporaines.
- Carricaburu, D., & Pierret, J. (1992). *Vie quotidienne et recompositions identitaires autour de la séropositivité*. Rapport au CERMES.
- Corin, E. (1996). La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie. In: R. G. Evans, M. L. Barer & Marmor T. R. (Eds.), *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie* (pp. 103-141). Les Presses de l'Université de Montréal / John Libbey Eurotext.
- Delfraissy J.-F., (Edt.) (1999). *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*. Paris: Flammarion.
- Dijker, A. J. (1998). Aspects socio-psychologiques de la stigmatisation des personnes atteintes. In: *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales* (pp. 125-132). Paris: ANRS.
- Dormont J. (Edt). (1998). *Stratégies d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection par le VIH*. Paris: Flammarion.
- Ferreira, C., Gay, M.-C., Regnier-Aeberhard, F., Bricaire, F. (2010). Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH. *Annales médico-psychologique*, 168, 25-33.
- Herzlich C., & Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, De la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Éditions de Minuit.
- Kazatchkine, M., & Barthelemy, C. (2005). *La consulation du soir : Un témoignage engagé sur cette épidémie qui bouleverse le monde*. Paris: Gallimard.
- Maia, M. (2008). *Paroles hépatantes. Le vécu des hépatites chroniques*. Paris: L'Harmattan / Éditions Pepper.
- Maia, M. (2011). Experts profanes. Les groupes de paroles autour des hépatites. Actes électroniques du

Congrès de la Société Française de Santé Publique. Les expertises en Santé Publique, Lille, France, 2-4 Novembre 2011. Resumo acessível em linha: http://www.sfsp.fr/manifestations/congres2011/donnees/fs_tout_session.htm

Spire, B. et al. (2001). L'observance aux multithérapies des personnes infectées par le VIH: de l'approche prédictive à l'approche dynamique. In: *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesures, déterminants, évolutions* (pp. 87-98). Paris: ANRS.

Szasz, T., & Hollander, M. H. (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine. The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.

Thiaudière, C. (2002). *Sociologie du sida*. Paris: La Découverte.

AVALIAÇÃO DE MUDANÇAS NA PERSONALIDADE ATRAVÉS DO SWAP-200.

ESTUDO DE CASO SISTEMÁTICO

*CAROLINA MALHEIRO, ANTÓNIO PAZO PIRES, ANTÓNIO GONZALEZ, SOFIA CABRITA &
DAVID SÁ*

A mudança psíquica tem sido o maior objetivo da psicanálise e das teorias que dela derivam. Contudo, a avaliação destas mudanças psíquicas revela-se uma tarefa complexa, dependendo dos diferentes fatores que intervêm no processo psicoterapêutico, não sendo hábito utilizar medidas estandardizadas para medir e avaliar comportamentos e pensamentos e, mais especificamente, as perturbações de personalidade (Cogan & Porcerelli, 2005). Por exemplo, pretende-se saber não só se um determinado sujeito é agressivo, mas também quantificar de algum modo quão mais agressivo ele é face aos seus colegas. Nesse contexto, assiste-se a uma enorme variedade de tentativas que já foram feitas para medir a personalidade. Essas tentativas assentaram, basicamente, em dois pressupostos: que a personalidade de uma pessoa, uma vez formada, é constante ao longo das situações e do tempo; mas também, paradoxalmente, que a personalidade pode mudar como resultado da experiência (vivida). Há pelo menos três meios de medir a personalidade: através do questionamento direto às pessoas acerca dos seus sentimentos e comportamentos; fazendo inferências como resultado das suas respostas a um determinado material ou situação; e ainda através da observação e medição dos seus comportamentos (Pitts, 1992).

Relativamente ao questionamento direto, a forma mais óbvia de aceder a uma perturbação pode ser perguntar à pessoa se esta apresenta um determinado sintoma. No entanto, grande parte dos clínicos evita este método. Assim, apesar de alguns sintomas poderem, e deverem, ser perguntados diretamente, outros são de melhor acesso através da *análise funcional* da personalidade, ou seja, através da inferência que os clínicos constroem das narrativas do paciente (Shedler & Westen, 1999a).

As mudanças de personalidade e/ou mudanças psíquicas (também referidas como mudanças estruturais) sempre foram uma preocupação da psicoterapia psicanalítica e da psicanálise. No entanto não é hábito utilizar medidas estandardizadas para medir e avaliar comportamentos e pensamentos e mais especificamente as perturbações de personalidade (Cogan & Porcerelli, 2005).

Nesse contexto, Shedler e Westen (1999a, 1999b) desenvolveram uma medida clinicamente sensível, confiável e válida de perturbações de personalidade, o Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200), que interliga os julgamentos dos terapeutas com as categorias de diagnóstico de personalidade do DSM-IV (Cogan & Porcerelli, 2005).

Com vista a compreender o processo de mudança psíquica, tendo como pressuposto que a psicoterapia analítica leva a esta mesma mudança, López Moreno et al. (2005) desenvolveram um estudo de caso. Este estudo da mudança foi feito através de uma série de instrumentos empíricos, bem como de dados clínicos relevantes (notas de sessões, notas de supervisão, etc.), e, como resultado, foi obtido um modelo descritivo da mudança ocorrida. Concluiu-se que as técnicas empíricas e clínicas se complementam, uma vez que cada um destes métodos, nas suas particularidades, serve como importante indicador sensível da mudança.

Lingiardi, Shedler e Gazzillo (2006) também efectuaram um estudo que tinha como objetivo medir as mudanças de personalidade ao longo de um processo de psicoterapia de longo prazo com pacientes sofrendo de perturbações de personalidade, tendo para o efeito, recorrido ao registo de sessões do início e do final da terapia. Para isso combinaram as duas abordagens, empírica e clínica, servindo-se dos métodos psicométricos para quantificar mudanças de personalidade. São poucos os instrumentos para aceder às perturbações de personalidade que combinam estes dois critérios. Assim sendo o SWAP-200 é o instrumento que qualifica, simultaneamente, a observação e as inferências de observadores clínicos experientes e gera tanto a descrição do caso individualizado e ideográfico, bem como cotações das 10 dimensões de perturbações de personalidade existentes no DSM-IV (Lingiardi, et al. 2006). Que resultados encontraram?

No entanto o estudo de Lingiardi, et al. (2006) utilizou um caso com a duração apenas de 2 anos. Este facto pode limitar as mudanças observadas se tivermos em conta que uma verdadeira mudança estrutural se observa apenas depois dos dois anos de terapia. Por exemplo, Gunderson e Gabbard (1999) sugerem uma sequência previsível de mudanças num padrão que pode resultar da terapia e os respetivos tempos para que estas ocorram iniciando-se com a alteração dos estados subjetivos em semanas, dos comportamentos em meses, do estilo interpessoal de 6 a 18 meses, enquanto a organização intra-psíquica pode demorar cerca de 2 anos ou mais a ser modificada.

O objectivo é, perceber, através de um estudo de caso e com recurso ao SWAP-200, a mudança numa paciente em psicanálise com a duração de quatro anos. Utilizamos uma metodologia idêntica à usada por Lingiardi, et al. (2006) mas com algumas diferenças: uma terapia de maior duração (4 anos em vez dos 2 anos do caso de Lingiardi et al., 2006) e avaliando três momentos distintos da terapia (início, meio e fim), em vez de apenas dois.

MÉTODO

Participantes

A paciente é uma mulher de 43 anos, Maria, que trabalha numa empresa técnica. À altura da consulta está numa posição profissional relativamente bem sucedida e estável. Procurou pela primeira vez ajuda quando o pai faleceu; pela mesma altura também se divorciou do marido. Pediu transferência do trabalho para outra cidade como forma de fugir à situação que estava a viver e ficou por lá 3 anos. Aí, frequentou sessões de terapia 3 vezes por semana, durante um ano e meio com um médico psiquiatra/psicanalista.

O falecimento da mãe quando ela tinha apenas dois anos e meio constituiu um acontecimento trágico, e que a levou a manter a aumentar sentimentos de vazio, incompreensão e tristeza nas relações com os outros. Ficou a viver com o pai e os avós paternos e os dois irmãos e, apesar de se sentir mais ligada à avó, esta relação não parece ter sido suficiente para compensar a enorme lacuna deixada pela mãe. Apesar de a percepção que tem do seu passado ser a de uma infância feliz, nos últimos anos sente que, devido a tudo o que passou, tal não seria possível, como se se apercebesse de qualquer coisa negada e não elaborada dentro dela que lhe provoca sofrimento, tristeza e vazio, motivo pelo qual decidiu voltar a fazer terapia quando regressou a Portugal.

Quando ela tinha 10 anos, o pai casa-se novamente e vai viver com a nova mulher, acontecimento este vivenciado como uma troca, uma traição, uma rejeição. Maria sente-se traída pelo pai, quando este a abandonou para casar com outra mulher, como se ela tivesse ocupado o lugar de mulher do pai quando a mãe morreu. Assim, estes pensamentos e sentimentos foram vividos não só com raiva e zanga, mas também com vergonha por estar a sentir algo interdito, algo proibido, como o afeto e amor pelo pai.

Maria casou aos 35 anos com um companheiro que ela pensava ser do agrado do pai. Nesse contexto, o homem que escolheu era um bom homem para ser seu marido, mas confessa que no fundo o que mais procurava nele era o sentimento de carinho e protecção materna. O casamento foi tranquilo, até ao dia em que o marido lhe disse que estava apaixonado por uma colega de trabalho. Não tiveram filhos no casamento, mas na altura em que o marido lhe comunicou o desejo de separação, andava a fazer um tratamento para engravidar. Refere-se à relação com o marido não como sendo uma relação de casal mas sim de amigos.

Ao longo da terapia constatou-se a sua dificuldade em confiar nos outros, a sua permanente necessidade de se esconder, fingir que está bem, mas ao mesmo tempo uma sensação de desconforto de insatisfação e a consciência de que algo está errado. Essa luta para agradar aos outros é interiorizada através da relação com o pai, que ela sentia ter preferência pelos filhos homens. Nesta sequência, Maria busca pela perfeição para transmitir a imagem ao pai de ser forte, indestrutível e perfeita.

As suas relações são marcadas pela insegurança, pelo medo de ser abandonada, e para que tal não aconteça, mantém a distância não prolongando a relação, obtendo mais prazer quando as vivencia de forma proibida ou sabendo que não vão dar certo.

Material

O Shedler-Weste Assessment Procedure (SWAP-200) avalia perturbações da personalidade e consiste em 200 afirmações/frases relativas ao funcionamento psicológico do paciente, que irão ser ordenadas pelo terapeuta ou pelo clínico observador, em 8 níveis consoante o grau em que se aplicam ao referido paciente. Assim, a avaliação basear-se-á numa escala que varia desde o nível 0, onde se incluem as afirmações que não se aplicam ao indivíduo ou para as quais não existe informação, até ao nível 7 que englobará as afirmações que melhor se adequam à personalidade do paciente (Shedler & Westen, 1999a). Em cada um dos grupos (de zero a sete) devem estar um número exato de itens: no nível 0 = 100; no nível 1 = 22; no nível 2 = 18; no nível 3 = 16; no nível 4 = 14; no nível 5 = 12; no nível 6 = 10 e no nível 7 = 8.

Procedimento

Sendo o SWAP-200, um instrumento cuja língua original é o inglês, para melhor compreensão dos itens foi feita uma tradução para português (Pires, Fábio, Sá, & Cabrita, (submetido para publicação). O caso clínico corresponde a um processo de psicanálise envolvendo uma paciente do segundo autor do estudo, utilizada com o consentimento daquela. A psicanálise durou, sensivelmente, 4 anos, numa base regular de três vezes por semana. A possibilidade de se estudar este caso mais a fundo advém do facto de o psicanalista ter realizado notas sessão a sessão, com transcrições quase directas dos discursos ocorridos.

O SWAP-200 foi aplicado às notas das sessões de três momentos distintos da terapia. O primeiro momento (tempo 1) corresponde ao início da terapia, onde se analisaram 60 sessões (da sessão nº1 à sessão nº60); no segundo momento (tempo 2) foram analisadas 74 sessões intermédias (da sessão nº213 à sessão nº287); e no terceiro momento (tempo 3) analisaram-se 61 sessões referentes ao término da terapia (da sessão nº321 à sessão nº387). As aplicações do teste a cada um destes três momentos aconteceram com o intervalo de uma a duas semanas entre si.

RESULTADOS

Através do programa operacional do SWAP-200 obtém-se três quadros de análise distintos: *Personality Disorder T-scores*, *Q-factor T-scores*, e *Factor T-score*. Em cada uma das 3 vertentes de análise existe uma categoria específica onde se encaixam os itens mais saudáveis e de melhor funcionamento e adaptabilidade.

O primeiro, *Personality Disorder T-scores*, é referente à classificação do paciente nas categorias de diagnóstico da Perturbação de Personalidade do DSM-IV; .

No primeiro tempo (início da terapia), foi possível constatar, através dos resultados obtidos com o SWAP-200, uma distribuição relativamente homogénea, o que impediu de distinguir com clareza algum tipo de perturbação da personalidade na paciente. O valor mais significativo verificou-se na categoria Depressiva (60,9).

A análise do Nível de Funcionamento Mental (*High-Fx*) sugere uma cotação, nesta categoria, próxima da média (49,3), o que indica que, apesar dos traços depressivos, a paciente tem um funcionamento adequado, embora, por vezes, não tenha uma boa adaptabilidade a determinadas circunstâncias da realidade.

Na segunda avaliação (tempo 2), num momento intermédio da terapia, constata-se que os valores estão relativamente próximos aos do Tempo1, existindo um ligeiro decréscimo nos valores em quase todas as categorias. Verifica-se o aumento da categoria Obsessiva (55,1), e um aumento significativo na categoria de Nível de Funcionamento Mental (65,2).

Os resultados obtidos no terceiro momento (Tempo 3) evidenciam já um enorme decréscimo em todas as categorias, incluindo na categoria Depressiva (41,6), que anteriormente estava com os valores mais elevados e que melhor caracterizava a paciente.

No que diz respeito ao resultado na categoria de Nível Funcionamento Mental, constata-se que a paciente atingiu um nível de funcionamento e adaptabilidade bom e estável (76,5), o que se traduz nos seus comportamentos e nos seus processos psíquicos subtis.

Q-factor T-scores, diz respeito à quantificação e avaliação da pontuação das frases mais características em cada patologia que foram criados com base, não só nos critérios de diagnóstico propostos no DSM-IV, no eixo II, como também na observação e cotação de clínicos experientes dos seus pacientes com este tipo de patologia; A classificação do *Q-factor T-scores* está dividida em 7 categorias: Disfórica, Anti-social, Esquizóide, Paranóide, Obsessiva, Histriónica e Narcisista. A categoria Disfórica divide-se em cinco subfactores: Evitante, Funcionamento Adequado Depressivo, Desregulado, Dependente, e Hostil-Externo.

Os dados mais relevantes na classificação relativa ao tempo 1 foram os valores acentuados registados pela paciente na categoria Disfórica (61,6) e Narcisista (62,9), estando o Nível de Funcionamento Mental (49,3) na média.

No Tempo 2 verificou-se uma notória descida dos valores na subcategoria Desregulada (47,2), e um aumento substancial na categoria Obsessiva (61,8) e na subcategoria Disfórica de Funcionamento Adequado Depressivo (66,8). O dado mais saliente neste segundo Tempo é o aumento da categoria de Nível de Funcionamento (65,2), refletindo já o processo de mudança em curso.

Já no terceiro Tempo, constata-se uma distribuição mais assimétrica de valores, onde sobressai a categoria Disfórica (44,1), e as subcategorias Desregulada (31,8) e Hostil-Externo (36,9). A categoria

Obsessiva (61.5) e a subcategoria Disfórica de Funcionamento Adequado Depressivo (70,9), foram as que mantiveram uma constância e proximidade nos seus valores, ou tendência para subir, tornando-se assim, mais características da paciente. A categoria de Nível de Funcionamento (76.5) mostra-nos valores que indicam uma mudança consolidada.

Finalmente, o terceiro, *Factor T-score*, diz respeito às categorias desenvolvidas pelos autores com base no modelo dos cinco factores. A classificação *Factor T-scores*, mostrou com clareza a evolução dos traços patológicos da paciente. Deste modo, o Tempo 1 foi marcado pela Disforia (67,6), enquanto o valor da Saúde Psicológica (43,4) estava abaixo da média funcional. No Tempo 2 o nível de Disforia (55,1) baixa significativamente dando lugar à subida do seu nível de Saúde Psicológica (65,8). No Tempo 3, o decréscimo de características patológicas e desadaptadas torna-se ainda mais evidente, estando o seu nível de Saúde Psicológica (84,1) extremamente bem integrado.

Constatou-se uma significativa redução de sintomas no decorrer da terapia, e a consequente alteração psicológica e comportamental que daí resultou. Inicialmente, a paciente manifestava um elevado número de sintomas e traços depressivos que diminuíram e estabilizaram com o tratamento. Entre o primeiro e o segundo tempo verificou-se uma proximidade de valores na generalidade das categorias, onde os indicadores de mudança dos traços de personalidade tendiam, embora ainda de forma ténue, a decrescer, no caso da categoria Depressiva, e a aumentar, no caso da categoria de elevado Funcionamento Mental. Já do 2º para o 3º tempo, constatou-se uma grande alteração destes traços o que pôde verificar-se de forma expressiva na avaliação do terceiro momento onde, supostamente, se consolidaram as mudanças mais profundas ao nível dos traços depressivos da personalidade.

Estas mudanças observadas na paciente sobretudo depois do segundo ano de psicanálise concordam com as teorizações feitas por alguns autores. Gunderson e Gabbard (1999) sugerem uma sequência previsível de mudanças num padrão que pode resultar da terapia e os respetivos tempos para que estas ocorram iniciando-se com a alteração dos estados subjetivos em semanas, dos comportamentos em meses, do estilo interpessoal de 6 a 18 meses, enquanto a organização intra-psíquica pode demorar cerca de 2 anos ou mais a ser modificada. Howard et al. (cit. in Gunderson & Gabbard, 1999) também demonstraram que enquanto estados subjectivos de mal-estar dos pacientes, como a ansiedade ou hostilidade, se alteram em relativamente poucas sessões, os traços de carácter, como o sarcasmo ou a autoridade, e o auto-conceito só ao fim de um ano ou mais de terapia começam apenas a iniciar a sua alteração e modificação.

De salientar o aumento substancial na categoria Obsessiva e na subcategoria Disfórica de Funcionamento Adequado Depressivo no segundo e terceiro tempos, quando se iniciaram e consolidaram os sinais de melhoria da paciente. Apesar de a literatura não nos fornecer razões para o aumento destas categorias dentro da evolução do funcionamento depressivo, Shedler e Westen (1999a) referem ser de esperar o posicionamento de indivíduos com um nível de patologia mais neurótica nas dimensões Obsessiva e Disfórica. Isto porque, segundo os autores, nem todas as dimensões do SWAP-200 são

comparáveis no que respeita ao nível de funcionamento mental espectável, sendo os pacientes situados nestas duas dimensões considerados mais saudáveis do que pacientes noutras categorias.

DISCUSSÃO

A mudança constatada através do SWAP-200 evidenciou alterações na capacidade adaptativa da paciente a novas situações, bem como uma maior abertura e flexibilidade de comportamentos, e uma maior confiança em si mesma e nos outros decorrentes do processo psicoterapêutico. Os resultados obtidos são também concordantes com os de López Moreno et al. (2005) ao constatarem que os processos de mudança psíquica envolvem: o decréscimo de sintomas e inibições; aumento da flexibilidade e maturação do repertório defensivo; uma maior qualidade das relações interpessoais; aumento da auto-estima através da diminuição das tensões entre o ego e os ideais de ego; uma maior capacidade para a sublimação através de uma melhor implementação dos auto-recursos; e a expansão da consciência como resultado do aumento da capacidade reflexiva e elaborativa, do melhoramento da capacidade de percepção, e da adequação da expressão de afectos agradáveis e desagradáveis. Lingiard, Shedler, e Gazzillo (2006) complementam estes dados salientando o facto de as verdadeiras mudanças de personalidade andarem a par com a mudança no comportamento e com as circunstâncias externas da vida.

Como conclusão, observou-se que ocorreu, de forma efetiva, ao longo do acompanhamento psicanalítico, mudança, não só dos traços de personalidade mais característicos e patológicos, mas também dos processos psíquicos subtis. Estes resultados estão de acordo, com Lambert e Ogles (2004) quando estes referem que o processo terapêutico é eficaz na maioria dos casos e os seus efeitos tendem a surgir ao longo do mesmo, tendendo os seus resultados a ser duradouros.

Finalmente, ao interpretar os resultados obtidos, é importante ter em atenção as limitações metodológicas (Lingiard, et al. 2006). Um dos constrangimentos de uma investigação com base em apenas um estudo de caso é o de limitar possíveis generalizações. A metodologia não permite inferências acerca da eficácia do tratamento em geral ou da eficácia de intervenções particulares e específicas noutros pacientes. Não havendo condições de controlo, é impossível atribuir a causa de todas as mudanças à psicoterapia, uma vez que os efeitos da história pessoal da paciente, da maturidade, de factos de vida decisivos, entre muitos outros, também estão refletidos no resultado de mudança obtido. Ainda assim, as conclusões obtidas neste estudo a partir das avaliações diagnósticas, e tendo em conta todo o processo terapêutico, são muito sugestivas e apontam o caminho para futuras estratégias de investigação que visem desenvolver o campo dos constructos de personalidade de forma mais fiável e clara, bem como o estudo dos processos de mudança.

Como investigação futura pretendemos fazer um estudo de mudança na personalidade ao longo da psicoterapia recorrendo ao SWAP-200 e utilizando também do SCL-90 para ter uma comparação entre a

avaliação da mudança feita pelo terapeuta e por avaliadores externos e a percepção dessa mesma mudança pelo próprio paciente.

REFERÊNCIAS

- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2005). Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *The British Psychological Society Journal*, 78, 235-248.
- Gunderson, J. G., & Gabbard, G. O. (1999). Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, (3), 679.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed.). John Wiley & Sons.
- Lingiardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of Personality Assessment*, 86, (1), 23-32.
- Lopez Moreno, C., Schalayeff, C., Acosta, S., Vernengo, P., Roussos, A., & Lerner, B. (2005). Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. *Psychotherapy Research*, 15, (3), 199-209.
- Pitts, M. (1992). Personality. In J. Radford & E. Govner (Eds.), *A textbook of psychology* (pp.609-638). London: Routledge.
- Shedler, J., & Westen, D. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- Shedler, J., & Westen, D. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part 2: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.

FANTASIAS INCONSCIENTES DE SINTOMAS SOMATOFORMES: O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA EM PSICOTERAPIA BREVE

YARA MALKI 1, JOSÉ TOLENTINO ROSA 1 & LEILA C. TARDIVO 2

Pacientes cujas queixas estão registradas no nível da concretude do corpo trazem para o psicoterapeuta um corpo que conta uma história, mas não uma história simbólica, acessível ao paciente por meio de sua linguagem, suas reflexões, mas uma história concreta, fragmentada, repleta de cisões que refletem seu próprio estado psíquico.

Tal foi com esta paciente que aqui retrataremos, a qual chamaremos Zulmira, que tinha 30 anos e era solteira, sem filhos quando procurou o laboratório Apoiar. O motivo da procura deveu-se à presença de tontura e tremores nas mãos e braços que arriscavam seu desempenho no trabalho, acrescentando ainda episódios eventuais de ofegância e sufocamento. Exames médicos, porém, nada constataram.

Seu tratamento dividiu-se da seguinte maneira: durante um ano, foi acompanhada em psicoterapia breve, uma vez por semana. Ao término deste período, a terapeuta, junto a seus supervisores, julgou necessária a continuidade do tratamento devido ao grau elevado de sofrimento da paciente com o término. Este teve continuidade com frequência de uma sessão semanal, sem prazo para terminar. O presente trabalho está levando em conta o material clínico desenvolvido durante o primeiro ano de tratamento em psicoterapia breve.

A transferência de Zulmira para a terapeuta

Ao longo de seu ano de tratamento, percebemos que seus sintomas psicossomáticos relacionavam-se a pouca possibilidade de elaboração de angústias primitivas. Com efeito, logo de início instalou-se uma relação transferencial intensa, instável – tanto devido ao grau de clivagem quanto pela instalação de quadros confusionais, além de vertigem, enjoo e tremores antes, durante e depois dos encontros.

Por ser uma paciente em que aspectos regredidos predominavam na organização psíquica, a relação transferencial era sempre figura principal. Era notável que quando obtinha da psicoterapeuta alimento psíquico, experimentando alívio, compreensão, esperança, na transferência passava a predominar uma

1 - Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR; 2- Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Brasil.

dependência simbiótica, que se manifestava também na forma de transferência erótica, cujo desejo inconsciente era o de se fundir com um objeto plenamente provedor, projetado na terapeuta idealizada, que a livraria de toda dor e angústia. Como se tratasse de fantasia não confirmada na realidade, Zulmira se frustrava com a terapeuta. A terapeuta se convertia, na transferência, no objeto abandonador, egoísta, frio e distante; a paciente sentia-se muito ferida e atacava. Seus ataques geravam culpa, muitas vezes persecutória mas também culpa depressiva. Mas quando emergia esta última, era possível a Zulmira, ainda que fragilmente, pensar e elaborar a tempestade que havia desabado na transferência.

Assim, percebemos que, paralelamente à queixa psicossomática, havia uma organização psíquica transbordante de angústia e hostilidade. Encontramos em Quinodoz (1995) uma ponte possível entre a angústia transbordante de Zulmira e sua queixa psicossomática, na compreensão que a autora faz da vertigem tanto como “uma expressão da angústia” quanto como “um meio privilegiado para abordar o estudo da relação de objeto” (p.12), suas peculiaridades e características.

Ao longo de sua obra, dedicada ao estudo das vertigens, ela sugere a existência de diferentes tipos de angústias ligadas às vertigens: vertigem por fusão, vertigem por ser deixado cair, vertigem por aspiração e, por fim, vertigem por alternância prisão-evasão.

Zulmira evidencia-nos vertigem ora por fusão, ora por ser deixado cair. A vertigem por fusão ocorre pelo fusionamento com um objeto não-confiável que desmorona e, como em fantasia está fusionado com o paciente, este sente-se desmoronar também. No segundo tipo de vertigem, o objeto é, na fantasia, um objeto que larga. Há intensa angústia de separação, vivida com muito sofrimento, e sentimentos de abandono acompanhados por uma fantasia típica de que, como diz Quinodoz (1995, p. 35), o terapeuta “trata dele por puro dever”. Ou seja, é um objeto que o deixou cair porque não se interessa por ele.

O medo do abandono em Zulmira evidencia, em nosso entendimento, as duas qualidades de vertigem. Ele vinha acompanhado da dor de, em sua fantasia, sentir que a terapeuta queria se livrar dela ou atendê-la como se ela fosse “apenas um prontuário.” Igualmente, o medo de ser abandonada representava o medo de se perder de si. Na vinheta abaixo, o medo do abandono claramente provoca vertigem por ser deixada cair:

Quase toda semana a paciente relatava tremores, tontura e enjoo ao ir à sessão. Ao indagar a respeito, a terapeuta percebia que se relacionavam ao medo de não encontrar a terapeuta ali para atendê-la. Zulmira dizia temer que aquele seria “finalmente o dia” em que, sem mais, a terapeuta cortaria o tratamento. O intenso mal-estar dissipava-se ao longo da sessão.

A seguinte vinheta pode exemplificar os episódios de vertigem por fusão na paciente:

Zulmira encontrava-se voluntariamente demissionária de um estabelecimento comercial

onde trabalhou por oito anos, o que estava lhe causando imensas preocupações relacionadas à sua sobrevivência psíquica. Manifestava crescente medo de se perder junto com a perda da empresa. Embora tivesse um plano de ação e condições de se manter por alguns meses, acreditava que desmoronaria após a concretização da demissão. Conforme a data da formalização do desligamento se aproximasse, relatava aumentar sentir suas pernas tremerem e a cabeça “rodar” muito.

Quinodoz (1995) acrescenta ainda, além da ligação entre as vertigens e a angústia, o prazer que há nelas. No caso da vertigem por fusão, diz a autora: “...a fusão parece ser útil e enriquecedora, desde que se possa sair dela; ela provoca vertigem, se se pensar que não se pode sair dela, causa prazer, quando se pode saboreá-la por um momento.” (p. 95). Como exemplo cotidiano de mergulho e saída da fusão, ela dá o assistir a um filme no cinema. Na vertigem por ser deixado cair, é o próprio prazer do “frio na barriga” de uma queda de paraquedas ou na montanha-russa. Em todos os dois casos, para se passar da angústia para o prazer, é necessária a desidealização do objeto, fundido e portador. No caso de Zulmira, para isso ocorrer ela necessitaria primeiramente sedimentar a clivagem que separa e protege o bom objeto do mau, e assim, o prazer do sofrimento. Esse processo é condição para o progresso rumo à posição depressiva.

Em estudo sobre a tensão das fantasias inconscientes no teste de Phillipson (Silva & Rosa, 2005), os autores relacionam sintomas psicossomáticos de vertigem e enjoo a estados confusionais de regressões à posição viscocárica.

A posição gliscrocárica (do grego γλίχροχάριχα) é uma proposição de José Bleger, desenvolvida em *Simbiose e Ambiguidade* a partir da noção de Bion sobre a divisão da mente em parte psicótica e não-psicótica, com sugestão de simplificar para viscocárica (do latim, visgo, viscoso, viscosidade) por Rosa, no capítulo de livro sobre a técnica das relações objetais, de 1995, reeditado dez anos mais tarde (Silva & Rosa, 2005). Trata-se de uma etapa anterior à posição esquizoparanoide que mantém remanescente um núcleo psicótico enviscado que representa “a perda ou ausência de discriminação entre objetos bom e mau” (p.8), correspondendo à ansiedade confusional de Klein ou estados confusionais de Rosenfeld. A vertigem, tal como o enjoo, seria uma manifestação primitiva da ansiedade de separação, “um sinal de alarme frente ao perigo de reintrojeção maciça do núcleo enviscado, com o perigo decorrente de uma desintegração psicótica do ego.” (p. 9). O desejo de se fundir com o objeto bom visa conter o risco de desintegração e é também acompanhado pelo medo intenso de abandono.

Observamos com isso que a vertigem por fusão e a vertigem por ser deixado cair (Quinodoz, 1995) poderiam constar da miríade de afetos e angústias da posição viscocárica. No caso da fusão e dos estados confusionais, esta relação fica clara – a vertigem ocorre devido ao desmoronamento do self e do objeto. Ele desmorona por não haver mais separação entre o bom e o mau: a clivagem regride e o

sujeito não sabe mais quem ou o que é perigoso e o que não é e, perdido, o ego enfrenta perigo de colapso. A vertigem por ser deixado cair corresponderia ao medo intenso de colapso por abandono do objeto. Note-se que, nestes momentos, não se trata de angústia depressiva de perda, porque não há vivência de pesar ou tristeza pela separação, mas medo de se perder.

O desejo de fusão advinha, como já dito, de uma experiência gratificante, mas ao fundir-se com o seio inexaurível, o self desapareceria (colapso); por outro lado, a oposição e a separação do objeto amado leva ao sentimento de abandono, característica da posição esquizoparanoide. As contribuições de Melanie Klein (2006) ajudam a compreender a origem primitiva deste desejo:

“... o anseio do bebê por um seio inexaurível e sempre-presente (...) está fundamentalmente enraizado na ansiedade. (...) ... seus desejos implicam querer que o seio e o *self* se fundam. E em seguida que a mãe fizesse desaparecer esses impulsos destrutivos concomitantes à dor da ansiedade persecutória.” (Klein, 2006, p. 211).

Diante do exposto, fica-nos claro que o funcionamento mental de Zulmira predominante era viscosário e que a melhora se expressava com progressivo ingresso na posição esquizoparanoide e breves incursões à posição depressiva. O estado confusional e psicossomático inicial foi cedendo espaço à emergência de núcleos psicóticos com clivagem mais estruturada e angústia de aniquilamento, com rápidos momentos de consideração pelo objeto.

Este é o quadro de referência que utilizamos para analisar o sistema das fantasias inconscientes de Zulmira na transferência, segundo Bion (Rosa, 2008) que englobam: (1) os medos e sentimentos, (2) os desejos inconscientes, (3) os mecanismos de defesa, (4) posição das relações de objeto e (5) níveis de solução do conflito” (p.82) e o último nível, acrescentado pelo autor a partir de Chiozza, (6) a gênese do conflito central da fantasia inconsciente” (p. 83).

1. Medos e sentimentos

O medo predominante era de ser abandonada e a perda do objeto significar a perda de si (colapso), com evoluções para angústia de aniquilamento e angústia de separação, com episódios severos de depressão.

O fato de estar em uma terapia breve, com prazo para terminar, compreensivelmente aguçava os temores de abandono de Zulmira. Entretanto, na maior parte das vezes, este dado real se confundia com a fantasia de que seria desligada a qualquer momento pela terapeuta, durante o período regular de terapia. Esta fantasia ligava-se à intensidade de seus ataques e ao medo de danificar ou de ser retaliada pela terapeuta que, por cansaço ou por raiva, cortaria o vínculo – que ela percebia necessitar muito.

O trabalho foi direcionado para a *rêverie* dos elementos beta que transbordavam durante os encontros. Inclui-se também o discernimento entre suas fantasias de abandono e a realidade, e por outro lado, o fortalecimento e o reconhecimento, por parte da paciente, dos recursos psíquicos de que

ela dispunha para não se perder. Complementarmente, o início de terapia medicamentosa antidepressiva ministrada por psiquiatra quando emergiu a forte depressão e o assinalamento desta como melhora no seu quadro.

Vale lembrar do novo enquadre terapêutico proposto ao final do período da terapia breve, para uma terapia sem prazo determinado.

2. Desejos inconscientes

Intenso desejo de fusão com o objeto benigno protetor “terapeuta”, na posição viscocárica. Quando tinha na terapia uma boa experiência, esta se acompanhava deste forte desejo de fusão com a terapia/terapeuta que passava a representar, simultaneamente, perigo. Por isso, seu desejo de ter prazer era perigoso pois ao ter prazer angustiava-se por reavivar o medo de se fundir e deixar de existir. O desejo de melhorar e de ser cuidada ficava constantemente obliterado.

Quando saía do estado confusional e conseguia manter a clivagem, os desejos eram de proteger o objeto bom, aniquilando o objeto mau ameaçador.

3. Mecanismos de defesa

Em Zulmira observamos a necessidade constante de recorrer a defesas primitivas, como a identificação adesiva, horizontalidade entre ela e a terapeuta, clivagem, identificação projetiva maciça.

As identificações projetivas e projeções, maciças ao torná-la depauperada colaboram com a idealização e com a persecutoriedade do mundo externo. As identificações introjetivas e introjeções eram vorazes, ligando-se ao desejo de se fundir com o objeto idealizado.

Às vezes, a clivagem ficava perturbada e o prazer e a angústia misturavam-se, terminando por equacionar a coisa simbolizada (angústia e prazer), que são incompatíveis.

O material abaixo mostra o uso defensivo da identificação projetiva expulsando o objeto sádico, após quebra da ilusão de fusão com a terapeuta:

A sessão já estava em seus minutos finais quando Zulmira pergunta à terapeuta acerca dos critérios de escolha de pacientes pelo Projeto Apoiar. Queria saber como havia sido selecionada. Como não havia mais tempo, a terapeuta decidiu não dar uma resposta objetiva mas explorar o significado da pergunta e pediu à paciente que deixassem para a sessão seguinte. Chegada esta, a paciente não tocou no assunto durante todo o período. Faltando alguns minutos para o final, entretanto, olha muito machucada para a terapeuta e pergunta se não falaria "sobre o que combinaram de falar na sessão anterior". O questionamento pareceu cifrado à terapeuta, que, sem compreender exatamente ao que se referia, pediu esclarecimento. Zulmira responde que não era nada. Na sessão posterior, chegou muitíssimo raivosa e ferida, chorando o tempo todo e desafiando a terapeuta a adivinhar o que esta teria “feito de errado”, acusando-a de ter

“destruído” sua “semana”. Contratransferencialmente, a terapeuta sentiu-se culpada por haver esquecido e ter provocado tamanho mal. A partir de seus próprios sentimentos naquele momento, a terapeuta percebe uma paciente enormemente exigente, intolerante e frágil, cuja organização mental facilmente se desequilibra quando não é atendida “do jeito certo no momento exato”, sem perdão para os “malfeitores”, cabendo ao outro adivinhar-lhe os desejos (ilusão de fusão). Estas ideias foram colocadas à paciente, no tempo possível à ela, e o episódio foi rico para explorar estes aspectos.

4. Posição das relações de objeto

Conforme já dito, predominam relações viscocáricas, com progressivo desenvolvimento para relações esquizoparanoides, com episódios de culpa persecutória, na forma de medo de ser retaliada por ter agredido ou despejado seus conteúdos no outro (terapeuta, familiares, colegas) e episódios rápidos de culpa depressiva, em que mostra alguma consideração pelo objeto. A orientação da psicoterapeuta foi de estar atenta às oscilações e valorizar a capacidade da paciente de sustentar o vínculo terapêutico.

5. Níveis de solução do conflito

O grau de expressão das relações de objeto em Zulmira é oral. Com isso, o desafio da psicoterapia é ser um continente mais eficiente do que seu ego no trato das angústias. Isso significa ter servido como recipiente concreto de projeções e identificações projetivas “vomitadas” em diversas sessões e, posteriormente, com a paciente mais aliviada e apresentando sentimento de culpa, estabelecer um vínculo que pôde sair da oralidade para a analidade (evacuação) e para a simbolização.

6. Gênese do conflito central da fantasia inconsciente

As hipóteses propostas para a gênese do conflito principal remontam às primeiras interações com o ambiente, na posição viscocárica. O que Zulmira já contou sobre os pais nos forneceram as pistas. A mãe parece ser pessoa muito pouco afetiva e com vínculo viscocárico e simbiótico e o pai de Zulmira é desconhecido.

Incluiu-se também a hipótese da transmissão transgeracional (Garcia, Pires, & Penna, 2011; Gomes, 2005; Gomes & Zanetti, 2009; Inglez-Mazzarella, 2008; Kaës, 2005; Magalhães & Féres-Carneiro, 2005; Paiva, 2009) nos sintomas somatoformes, típicos da posição viscocárica. Zulmira relatou que tem na família diversos parentes que sofrem de sintomas como tremores e tonturas. Encerra-se com a apresentação dos componentes da fantasia inconsciente.

REFERÊNCIAS

Garcia, C. A., Pires, C. M., & Penna, A. (2011). O trabalho do negativo e a transmissão psíquica.

Arquivos Brasileiros de Psicologia, 62(3), 68-79

- Gomes, I. C. (2005). Transmissão psíquica transgeracional e violência conjugal: um relato de caso. *Boletim de Psicologia*, 55(123), 177-188.
- Gomes, I. C., & Zanetti, S. A. S. (2009). Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. *Psicologia USP*, 20(1), 93-108.
- Inglez-Mazzarella, T. (2008). Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(4), 163-166.
- Kaës, R. (2005). Transmissão psíquica e negatividade. In R. Kaës (Ed.), *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade* (p. 258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Klein, M. (2006). Inveja e gratidão (Original de 1957) (E. M. d. R. Barros & L. P. Chaves, trad.). In M. Klein (Ed.), *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963. Vol. III das Obras Completas de Melanie Klein* (pp. 205-267). Rio de Janeiro: Imago.
- Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2005). Conquistando a herança: sobre o papel da transmissão psíquica familiar no processo de subjetivação. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: efeitos da contemporaneidade* (pp. 24-32). Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio.
- Paiva, M. L. S. C. (2009). As interfaces na constituição do vínculo conjugal. *Revista da SPAGESP*, 10(2), 50-55.
- Quinodoz, D. (1995). *A vertigem: entre a angústia e o prazer* (F. Settineri, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rosa, J. T. (2008). O inconsciente para Bion e suas repercussões na teoria e na técnica psicanalítica. In M. C. Hermann (Ed.), *O inconsciente e a clínica psicanalítica* (pp. 79-98). São Bernardo do Campo: Editora da UESP.
- Silva, J. C. V. V., & Rosa, J. T. (2005). O uso clínico do Teste de Relações Objetivas de Phillipson. In J. C. V. V. Silva & J. T. Rosa (Eds.), *Desenvolvimentos na prática clínica com o Teste de Phillipson* (pp. 17-26). São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS AO LONGO DO CLIMATÉRIO

JOANA MARAU, FILIPA PIMENTA & ISABEL LEAL

O termo climatério define o período da vida da mulher que acompanha o declínio da função ovárica, culminando na cessação das menstruações, consequente à redução gradual da produção de estrogéneos (Pimenta, Leal & Branco, 2007; Prata, 2004). A atenção crescente que este fenómeno e suas características têm suscitado, deve-se em grande parte ao facto de, com a diminuição da mortalidade e o crescente aumento da esperança de vida, existir uma percentagem cada vez maior de mulheres no climatério (Lindh-Astrand, Hoffmann, Hammar & Kjellgren, 2007). Serrão (2008), citando a Organização Mundial de Saúde, diferencia quatro estádios do ciclo menstrual: a pré-menopausa, caracterizada pela regularidade menstrual durante os últimos doze meses; a perimenopausa, quando ainda não se verifica um período de doze meses de amenorreia, sendo os ciclos irregulares e mais curtos; a menopausa, quando a cessação de menstruações é permanente; e a pós-menopausa, que se inicia após um ano de amenorreia. É durante a perimenopausa e menopausa que são referidos mais sinais e sintomas tanto a nível físico, como emocional e sexual, sendo os mais frequentes os sintomas vasomotores - afrontamentos, suores nocturnos (Berg, Larson & Pasvogel, 2008; Brown, Gallicchio, Flaws & Tracy, 2009; Fagulha & Gonçalves, 2005; Lindh-Astrand et al., 2007).

Apesar dos significados individuais que estas transformações possam ter, esta fase de vida é frequentemente caracterizada pela ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos (Hernández & Botell, 2007; Li, Yu, Ma, Sun & Yang, 2008; Polisseni et al., 2009). Alguns autores realçam uma maior frequência de sintomas depressivos na perimenopausa (Fagulha & Gonçalves, 2005; Hernández & Botell, 2007), sendo mais frequentes e intensos na pós-menopausa (Amore et al., 2007), especificamente no primeiro ano da mesma (Steinberg et al., 2008). Outros ainda, concluem sobre a inexistência de diferenças significativas entre as diferentes fases do climatério (Becker, Orr, Weizman, Kotler & Pines, 2007; Vesco, Haney, Humphrey, Fu & Nelson, 2007). Embora menos investigadores se dediquem a aprofundar a prevalência de sintomas de ansiedade, alguns apontam para um aumento da mesma durante a perimenopausa (Li et al. 2008; Polisseni et al. 2009; Tangen & Mykletun, 2008) enquanto outros, referem um aumento na pós-menopausa (Hernández & Botell, 2007).

Uma outra linha de investigação alerta para a possível normalidade de experimentar alguns sintomas sem que a estes seja atribuída uma perturbação ou conotação patológica, constituindo apenas uma resposta adaptativa, vivida de forma positiva (Lindh-Astrand et al., 2007; Pimenta et al., 2007; Woods, Mariella & Mitchell, 2006). Ao longo do tempo, várias outras investigações foram conduzidas de forma a avaliar o impacto de diversos factores no surgimento e variação de sintomas psicológicos ao longo do climatério, tais como: os sintomas vasomotores durante a perimenopausa (Brown et al., 2009; Hernández & Botell, 2007; Reed et al., 2009; Tangen & Mykletun, 2008); os antecedentes depressivos em períodos com marcada variação hormonal (Becker et al. 2007; Polisseni et al. 2009; Steinberg et al., 2008; Tangen & Mykletun, 2008; Vesco et al. 2007; Woods et al. 2006); as representações sociais, crenças e expectativas, dependentes da cultura (Deeks, Zoungas & Teed, 2008; Fagulha & Gonçalves, 2005; Serrão, 2008); ou acontecimentos de vida stressantes (Li et al., 2008).

Segundo Berg et al. (2008), mulheres histerectomizadas percebem mais sintomas vasomotores e mais intensos do que as não histerectomizadas, o que se deverá ao facto de após a cirurgia ocorrer uma queda hormonal acentuada que irá afectar adversamente o humor (Kotz, Alexander & Dennerstein, 2006). Outros autores referem um aumento do bem-estar psicológico após histerectomia (Shifren & Avis, 2007). Para Bosworth et al. (2005), apresentando as mulheres histerectomizadas maior probabilidade de apresentar sintomatologia mais severa, estas deveriam iniciar uma Terapia Hormonal de Substituição (THS), reduzindo a incidência de sintomatologia depressiva e ansiosa (Arriagada et al., 2006). Contrariando esta ideia, outros autores sugerem que a adesão a um tratamento hormonal nestas mulheres não modifica o referido risco (Becker et al. 2007). Algumas investigações acerca de possíveis efeitos negativos da THS levaram a um aumento do interesse em terapias alternativas para alívio dos sintomas do climatério (por ex., suplementos de isoflavonas) atribuindo-lhes uma melhoria da qualidade de vida e alívio significativo dos sintomas (Low, 2007).

Apoiando-se na crença social generalizada de que a cafeína ajuda a atenuar a ansiedade muitas mulheres consomem-na com este objectivo, embora a evidência científica seja pouco explícita relativamente à influência desta substância no que respeita a alterações de humor, estado de alerta e capacidade de desempenho (Rogers, 2007). Resultados de um estudo correlacional com uma amostra significativa, apontam para uma associação positiva entre a ingestão de cafeína e níveis altos de ansiedade, embora apenas se tenha verificado o aumento dos sintomas somáticos característicos da mesma, não se verificando alterações significativas a nível psicológico (Rogers et al., 2006).

Face à falta de unanimidade entre a comunidade científica no que respeita à presença de sintomas psicopatológicos e à sua oscilação durante o climatério, definimos como objectivos deste estudo: avaliar se mulheres em diferentes fases apresentam diferentes níveis de depressão, ansiedade e stress; investigar possíveis diferenças, no que respeita a estes sintomas, entre mulheres cuja menopausa é consequente a cirurgia ou não, assim como entre mulheres que fizeram THS ou qualquer outro

produto. Foi também avaliada a existência de diferenças significativas em relação aos níveis de ansiedade entre consumidoras e não-consumidoras de café.

MÉTODO

Participantes

A amostra não probabilística de conveniência é constituída por 364 mulheres, com uma média de idades de 50,55 ($DP=5,244$). A maior parte das participantes são casadas ou vivem em união de facto (67,9%), são activas profissionalmente (85,2%) e o nível de escolaridade predominante é a licenciatura (30%), embora 47% dos agregados não ultrapasse os 20.000 euros de rendimento anual bruto. No que concerne ao estado de menopausa, a maioria das mulheres situa-se na pós-menopausa (47,5%), distribuindo-se a restante amostra de forma equitativa pela pré e perimenopausa.

Material

Foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos, elaborado para o estudo, assim como outro questionário que avalia o estado de menopausa, a possibilidade do processo de menopausa ter sido natural ou consequente a intervenção cirúrgica, a utilização de THS ou produtos naturais face aos sintomas da menopausa e o consumo de café. De forma a avaliar a presença de sintomas de ansiedade, depressão e stress, foram utilizadas as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) de Lovibond e Lovibond (1995), constituídas por 21 itens, distribuídos por 3 dimensões. Os sujeitos respondem em que medida experimentaram cada sintoma na última semana, assinalando as respostas numa escala tipo Likert de quatro pontos. Cada uma das dimensões é constituída por 7 itens, sendo a pontuação máxima 21. Quanto mais elevada for a pontuação de cada escala, mais negativos são os estados afectivos (Pais-Ribeiro et al., 2004). Avaliámos a fidelidade do instrumento, atendendo à análise da consistência interna das três sub-escalas, através do coeficiente de *alpha* de Cronbach. Obtivemos os seguintes valores: dimensão “depressão” ($\alpha=0,882$), dimensão “stress” ($\alpha=0,869$), dimensão “ansiedade” ($\alpha=0,797$); todos eles reveladores de uma forte consistência interna.

Procedimento

O estudo apresenta um desenho do tipo observacional-descritivo transversal. Mulheres entre os 42 e os 60 anos foram convidadas a participar nesta investigação. Foi requerida a sua autorização mediante um protocolo de consentimento informado, explicitando os objectivos da investigação, confirmando a participação voluntária e assegurando a confidencialidade dos dados fornecidos. Os questionários foram entregues em mão, justificando o processo de amostragem. Os dados foram posteriormente analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

Consideraram-se estatisticamente significativos os efeitos cujo valor de *p-value* fosse inferior ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Recorreu-se ao teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres em diferentes fases da menopausa, no que respeita aos níveis de ansiedade ($\chi^2_{kw(2)}=11,534$; $p=0,003$). Através da comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de *Fisher*, constatamos que mulheres na pós-menopausa apresentam maiores níveis de ansiedade que mulheres na pré-menopausa ($MD=37,500$; $p=0,001$) e na perimenopausa ($MD=38,000$; $p=0,001$). Recorreu-se novamente ao teste de Kruskal-Wallis, concluindo-se sobre a inexistência de diferenças estatisticamente significativas no que respeita aos níveis de depressão ($\chi^2_{kw(2)}=4,428$; $p=0,109$). Verificou-se através do teste paramétrico ANOVA *one-way*, que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre dois estados em relação aos níveis de stress ($F(2)=3,367$; $p=0,036$). De acordo com o teste *post-hoc* Tukey, estas diferenças ocorrem entre a pré-menopausa e a perimenopausa, sendo que na segunda as mulheres apresentam maiores níveis de stress ($MD=0,195$; $p=0,048$).

Após utilização do teste paramétrico *t*-Student, não se apuraram diferenças estatisticamente significativas no que respeita aos níveis de ansiedade ($t(152)=0,750$; $p=0,455$), stress ($t(150)=1,142$; $p=0,255$) e depressão ($t(150)=0,667$; $p=0,506$), entre mulheres cuja menopausa decorre de forma cirúrgica e aquelas cuja menopausa decorre de forma natural. Através do teste de Kruskal-Wallis, concluímos que o tipo de produto (THS *versus* produtos naturais) utilizado pelas mulheres da amostra para diminuir os efeitos negativos do climatério, não influencia de forma estatisticamente significativa os níveis de ansiedade ($\chi^2_{kw(2)}=2,034$; $p=0,362$), stress ($\chi^2_{kw(2)}=0,064$; $p=0,968$) e depressão ($\chi^2_{kw(2)}=1,408$; $p=0,495$). Recorreu-se ainda ao teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, verificando-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, no que respeita aos níveis de ansiedade, entre mulheres que consomem café e aquelas que não o fazem ($U=5830,000$; $W=50680,000$; $p=0,599$).

DISCUSSÃO

Concluímos que, na amostra estudada, as mulheres na pós-menopausa apresentam maiores níveis de ansiedade que mulheres na pré-menopausa e na perimenopausa, resultados corroborados por alguns autores (Deeks et al. 2008; Hernández & Botell, 2007). Concomitantemente à instalação da última fase da menopausa, existem muitas vezes alterações importantes no ritmo de vida da mulher (reforma, perdas de pessoas significativas, nova organização familiar), coincidentes com o confronto com a

cessação da menstruação, socialmente relacionada com a decadência tanto a nível físico como sexual (Fagulha & Gonçalves, 2005). O excesso de trabalho e a percepção da diminuição da saúde estão muitas vezes entre os factores que as mulheres avaliam como negativos e facilitadores de ansiedade na pós-menopausa (Woods et al., 2006). Relativamente aos sintomas de depressão, as nossas constatações vão ao encontro daquelas resultantes de outras investigações (Berg et al., 2008; Polisseni et al., 2009). Cerca de 34% da nossa amostra possui elevada diferenciação ao nível educativo (grau de licenciatura ou superior), o que poderá ter alguma influência na ausência de diferenças entre as três fases visto que poderão revelar uma maior compreensão das transformações ocorridas ao longo do climatério assim como do impacto dos sintomas, o que lhes permite vivenciá-los com maior tranquilidade. No que respeita aos níveis de stress, na nossa amostra são mais elevados na perimenopausa do que na pré-menopausa. Bauld e Brown (2009) sugerem a existência de uma influência mútua entre níveis de stress e sintomas vasomotores. Sendo a perimenopausa o período em que as mulheres referem mais sintomas vasomotores, a adaptação à oscilação e imprevisibilidade de alguns deles, poderão implicar um aumento da irritabilidade e consequentemente do stress.

O facto de nesta investigação não se terem verificado diferenças significativas em relação aos sintomas em estudo no que respeita à menopausa cirúrgica ou natural, poderá estar relacionado com a possibilidade da cirurgia em causa ter sido realizada há muito tempo, fazendo com que se tenha adaptado às alterações, permitindo-se relativizar estes sintomas. Outro aspecto poderá ter a ver com as crenças relativas aos benefícios de uma solução médica, muito valorizada na nossa sociedade. Os resultados obtidos revelam também que o tipo de suplemento utilizado pelas mulheres para diminuir os efeitos negativos do climatério não influencia de forma estatisticamente significativa os níveis de ansiedade, stress e depressão. Este facto poderá estar relacionado com as diferentes crenças individuais relativas aos benefícios ou implicações negativas da toma destes suplementos. Assumindo tomar o produto em que mais acreditam, ou mesmo não tomar nada, se for essa a sua opção, a atitude perante os sintomas será decerto mais positiva. Por outro lado, perto de 67% das mulheres da nossa amostra, referiu não tomar qualquer tipo de produto para atenuar os sintomas da menopausa, o que poderá comprometer de alguma forma a generalização dos resultados, dada a diminuta representação dos outros grupos em estudo. Este possível enviesamento poderá dever-se ao facto de neste grupo se incluírem mulheres que se encontram na pré-menopausa e que, pela ausência de sintomas, ainda não sentiram necessidade de tomar nada. Por outro lado, estes resultados poderão contribuir para contrariar a imagem generalizada de que a menopausa é um processo que necessita de ser medicalizado.

No que respeita ao consumo de cafeína, os resultados estão de acordo com aqueles obtidos por Rogers, et al. (2006), que utilizando a mesma escala da presente investigação verificou, após consumo de cafeína, um aumento dos sintomas somáticos característicos da ansiedade embora não se verificassem alterações significativas a nível psicológico. Outra possível interpretação poderá estar relacionada com um factor de habituação à substância, tornando-as menos sensíveis aos efeitos

estimulantes da cafeína, fazendo com que não sejam verificadas diferenças significativas entre consumidoras e não consumidoras.

De forma a colmatar uma das limitações encontradas, sugere-se em futuras investigações, a clarificação do tipo de cirurgia realizada (nomeadamente a manutenção ou não da função ovárica, que implica a presença ou não de sintomas vasomotores), assim como a exploração da existência de episódios prévios de humor deprimido durante fases de oscilação hormonal (por ex., período pré-menstrual e/ou pós-parto) relacionando-os com a mesma sintomatologia na menopausa.

Os resultados obtidos permitem-nos um olhar menos rígido em relação ao período climatérico, focando que esta não será necessariamente uma fase recheada de aspectos negativos e da qual a mulher emerge menos capaz ou desvalorizada podendo, pelo contrário, consistir numa oportunidade de crescimento e valorização pessoal.

REFERÊNCIAS

- Amore, M., Di Donato, P., Berti, A., Palareti, A., Chirico, C., Papalini, A., & Zucchini, S. (2007). Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. *Maturitas*, 56 (3), 303-311.
- Arriagada, M., Arteaga, E., Bianchi, M., Brantes, S., Montano, R., Osorio, E. et al. (2006). Recomendaciones de tratamiento en la menopausia. *Revista del climaterio*, 9 (52), 164-170.
- Bauld, R., & Brown, R. (2009). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62 (2), 160-165.
- Becker, D., Orr, A., Weizman, M., Kotler, M., & Pines, A. (2007). Depressed mood through women's reproductive cycle: correlation to mood at menopause. *Climateric*, 10, 46-50.
- Berg, J., Larson, C., & Pasvogel, A. (2008). Menopausal symptom perception and severity: results from a screening questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 940-947.
- Bosworth, H., Bastian, L., Grambow, S., McBride, C., Skinner, C., Fish, L. et al. (2005). Initiation and discontinuation of hormone therapy for menopausal symptoms: results from a community sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (1), 105-114.
- Brown, J., Gallicchio, L., Flaws, J., & Tracy, J. (2009). Relations among menopausal symptoms in midlife. *Maturitas*, 62 (2), 184-189.
- Deeks, A., Zoungas, S., & Teed, H. (2008). Risk perception in women: a focus on menopause. *Menopause*, 15 (2), 304-309.
- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia*, 19 (1-2), 19-38.

Hernández, B. H., & Botell, M. L. (2007). Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Revista Cubana Obstetricia Ginecologia*, 33 (3), 1-7.

Kotz, K., Alexander, J., & Dennerstein, L. (2006). Estrogen and androgen hormone therapy and well-being in surgically postmenopausal women. *Journal of Women's Health*, 15 (8), 898-907.

Li, Y., Yu, Q., Ma, L., Sun, Z., & Yang X. (2008). Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause. *Maturitas*, 61 (3), 238-242.

Lindh-Astrand, L., Hoffmann, M., Hammar, M., & Kjellgren, K. (2007). Women's conception of the menopausal transition – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 509-517.

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.

Low, T. (2007). The role of complementary and alternative medicine during the menopausal transition. *Menopause*, 14 (3), 347-349.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 229-239.

Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 455-466.

Polisseni, A.F., Araújo, D.A., Polisseni, F., Junior, C. A. M., Polisseni, J., Fernandes, E. et al. (2009). Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: factores associados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31 (3), 117-123.

Prata, L. (2004). Cuidados de saúde à mulher no climatério e menopausa – um desafio para a Medicina familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 345-349.

Reed, S., Ludman, E., Newton, K., Grothaus, I., La Croix, A., Nekhlyudov, L., et al. (2009). Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. *Maturitas*, 62 (3), 306-310.

Rogers, P. (2007). Caffeine, mood and mental performance in everyday life. *Nutricion Bulletin*, 32 (1), 84-89.

Rogers, P., Heatherley, S., Mullings, E., et al. (2006). Licit drug use and depression, anxiety and stress. *Journal of Psychopharmacology*, 20 (27), 80-87.

Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 15-23.

Shifren, J., & Avis, N. (2007). Surgical menopause: effects on psychological well-being and sexuality. *Menopause*, 14 (3), 586-591.

Steinberg, E. M., et al. (2008). A cross-sectional evaluation of perimenopausal depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (6), 973-980.

Tangen, T., & Mykletun, A. (2008). Depression and anxiety through the climacteric period: An epidemiological study (HUNT-II). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29 (2), 125-131.

Vesco, K. K., Haney, E. M., Humphrey, L., Fu, R., & Nelson, H. D. (2007). Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric*, 10, 448-465.

Woods, N., Mariella, A., & Mitchell, E. (2006). Depressed mood symptoms during the menopausal transition: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Climacteric*, 9, 195-203.

BENEFÍCIOS DA ESCRITA TERAPÊUTICA NO ALÍVIO DOS SINTOMAS ASSOCIADOS AO TRAUMA VIVENCIADO PELOS BOMBEIROS

DÁLIA MARCELINO 1 & MARIA JOÃO FIGUEIRAS 1,2

A exposição continuada a situações muito ameaçadoras aumenta consideravelmente a probabilidade de se desenvolver sintomatologia e está associada a potenciais consequências na saúde física e psicológica dos operacionais de socorro (Bennett, et al. 2005; Sterud, Ekeberg, & Hem, 2006). A maioria destes operacionais apresenta sintomas dissociativos peritraumáticos e sintomas de stress pós-traumático associados à exposição ao trauma no trabalho, mas também apresentam outros diagnósticos, como sintomas de distress, ansiedade, depressão, burnout, fadiga, consumo excessivo de substâncias e queixas de saúde com maior prevalência das dores músculo-esqueléticas (Alexander, & Klein, 2001; Fullerton, Ursano, & Wang, 2004; Marcelino, 2011; Marcelino, & Figueiras, 2007; Marcelino, Figueiras, & Claudino, *in press*; Sterud, Ekeberg, & Hem, 2006; Van der Ploeg, & Kleber, 2003). Para além da exposição a situações traumáticas, a antiguidade na profissão e a falta de suporte também contribuem para o aumento considerável de efeitos nocivos na saúde, uma vez que este operacionais constantemente têm de lidar com situações complicadas que envolvem a dor e o sofrimento humano. Embora algumas situações possam ser recompensadoras, outras poderão ser potencialmente traumatizantes e até constituir uma ameaça para a vida e segurança do próprio operacional (Regehr, Goldberg, & Hughes, 2002; Sterud, Ekeberg, & Hem, 2006).

Segundo a literatura, existe uma relação directa entre as expressões emocionais negativas, a sintomatologia associada ao trauma e as condições de trabalho dos operacionais (Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard, & Vetter, 2005; Lowery, & Stokes, 2005; Regehr, Goldberg, & Hughes, 2002; Wastell, 2002). Outros estudos revelaram relações entre expressão emocional escrita acerca de experiências adversas e melhorias na saúde física e psicológica, ou seja, os indivíduos que processam as suas experiências traumáticas através da expressão escrita apresentam melhores níveis de saúde (King & Miner, 2000; Mosher, & Danoff-Burg, 2006; Pennebaker, 1993, 1997). Uma das técnicas que permite a promoção da expressão emocional sobre eventuais eventos traumáticos é a escrita expressiva (Pennebaker, 1993, 1999). Segundos os autores, a expressão emocional escrita sobre eventos adversos permite uma tradução da experiência numa estrutura que pode ajudar os indivíduos a reorganizar e assimilar estas experiências, reduzindo o afecto negativo associado aos pensamentos e conteúdos desse evento.

1- Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde – ISPA; 2- Instituto Piaget de Almada.

O tempo dispendido na tarefa de escrever tem variado entre 10 a 30 minutos, durante 3, 4 ou 5 dias, apenas uma vez por semana ou mais do que uma vez (Pennebaker, & Chung, 2007; Smyth, 1998).

Tendo em consideração que os estudos na área dos operacionais de socorro mencionam que o apoio dos colegas, a expressão emocional e a comunicação moderam o impacto do trauma e consequentemente o desenvolvimento de sintomas de saúde (Alexander, & Klein, 2001; Van der Ploeg, & Kleber, 2003; Lowery, & Stokes, 2005), emerge a título exploratório investigar se existe um alívio na sintomatologia associada ao trauma apresentada pelos bombeiros antes e após a técnica da escrita terapêutica sobre os incidentes críticos vivenciados durante o trabalho.

MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal com 3 momentos de avaliação por questionário de auto-preenchimento: *baseline*, 4 e 8 meses. Entre o 2º e o 3º momento foi utilizada uma técnica de escrita terapêutica como metodologia de intervenção em 3 dias, 15 minutos cada, ao longo de uma semana.

Participantes

A amostra foi constituída por 44 Bombeiros de Portugal Continental, 38 pertencem ao sexo masculino (86.4%), com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos ($M=36.8$; d.p.=10.1). Sessenta por cento dos participantes são casados, 39% tem o ensino básico e têm em média 14 anos de serviço (d.p.=8.3).

Material

- PTSD *Checklist* versão Civis (PCL-C, Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993; Marcelino, & Gonçalves, versão portuguesa submetida para publicação) para avaliar a sintomatologia da PPST com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR.

- Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP, Maia, Moreira, & Fernandes, 2009) para avaliar as respostas dissociativas durante um acontecimento.

- Escala de Queixas Subjectivas de Saúde (QSS, Alves, & Figueiras, 2008) para avaliar com que frequência foram sentidos sintomas relacionados com problemas gastrointestinais, gripe, dores músculo-esqueléticas, alergia e pseudoneurologia.

- Inventário de Saúde Mental (MHI, Ribeiro, 2001) para avaliar o distress e o bem-estar psicológico. Valores mais elevados correspondem a uma melhor saúde mental.

- Variáveis sócio-demográficas: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e número de anos de serviço.

Procedimento

A Autoridade Nacional de Protecção Civil enviou os questionários para os Comandantes dos Bombeiros, que fizeram a distribuição e recolha e posteriormente enviaram os exemplares preenchidos em envelope fechado. A análise estatística foi feita com recurso ao *IBM SPSS Statistics 19*.

RESULTADOS

Num primeiro momento foi avaliada a sintomatologia dos participantes e após 4 meses os mesmos bombeiros foram reavaliados. Entre as duas avaliações verificou-se apenas um aumento significativo das queixas subjectivas de saúde (M1 $M=.73(.54)$; M2 $M=.89(.56)$; $t=-2,747$; $p=.009^{**}$), nomeadamente sintomas de gripe e queixas pseudoneurológicas. Passado dois meses do 2º momento foi aplicada a técnica da escrita terapêutica, sendo reavaliada a saúde dos bombeiros num 3º momento, passado 4 meses do M2. Testamos diferenças de médias entre o momento antes da intervenção (M2) e depois da intervenção (M3), e verificámos um decréscimo significativo da percepção da exposição ao trauma, na presença total de sintomas de PPST com maior diminuição dos sintomas de hipervigilância e uma diminuição das queixas pseudoneurológicas (Quadro 1).

Quadro 1: Diferenças entre o momento antes da intervenção e depois da intervenção (n=44).

Escalas	Varição	M2 M(d.p.)	M3 M(d.p.)	t	p
Percepção de exposição ao trauma		n=23, 52.3%	n=8, 18.2%	3.50	.001**
PPST	1-5	1.52 (.51)	1.36 (.53)	6	*
Critério B (re-experienciar)	1-5	1.55 (.52)	1.41 (.60)	5	.181
Critério C (evitamento)	1-5	1.43 (.51)	1.30 (.57)	3	.286
Critério D (hiper-activação)	1-5	1.62 (.72)	1.41 (.62)	5	.335
Diagnóstico Clínico de PPST		n=4, 9.1%	n=2, 4.5%	.813	
Presença de sintomas		n=37, 84.1%	n=28, 63.6%	2.46	.019*
Dissociação Peritraumática	1-5	1.37 (.39)	1.27 (.40)	2	.070
Queixas Subjectivas de Saúde	0-3	.89 (.56)	.76 (.55)	2	.072
Problemas Gastrointestinais	0-3	.84 (.78)	.67 (.63)	8	.126
Gripe	0-3	1.02 (.68)	.79 (.69)	1	.094
Dores Músculo-esqueléticas	0-3	1.13 (.85)	1.16 (.97)	5	.899
Alergia	0-3	.44 (.55)	.38 (.49)	.127	.377
Pseudoneurologia	0-3	1.20 (.81)	1.02 (.72)	.892	
Distress Psicológico	1-6	4.82 (.68)	4.81 (.70)	2.02	.049*
Ansiedade	1-6	4.81 (.72)	4.80 (.71)	4	.742
Depressão	1-6	4.80 (.74)	4.80 (.76)	.331	.652
Perda de Controlo Emocional e Comptal	1-6	4.95 (.71)	4.88 (.71)	.455	.888
Bem-Estar Psicológico	1-6	4.32 (.87)	4.47 (.94)	.156	.877
Afecto Positivo	1-6	3.90 (.82)	4.06 (.96)	-	.188
Laços Emocionais	1-6	4.78 (1.05)	4.85 (1.03)	1.344	.203
				1.296	.237
				1.201	

DISCUSSÃO

O objectivo deste estudo foi investigar se existia um alívio na sintomatologia dos bombeiros após a técnica da promoção da expressão emocional escrita sobre incidentes críticos vivenciados durante a actividade profissional. Constatou-se na avaliação feita aos bombeiros passado quatro meses da primeira, apenas um aumento das queixas de saúde, nomeadamente sintomas de gripe e queixas pseudoneurológicas, ou seja, a restante sintomatologia não sofreu alteração ao longo do tempo decorrido entre as duas avaliações. Este resultado, contraria a ideia que a exposição a situações traumáticas e a antiguidade na profissão estão associados ao aumento das consequências na saúde destes operacionais (Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard, & Vetter, 2005; Fullerton, Ursano, & Wang, 2004; Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003; Marcelino, & Figueiras, *in press*), mas por outro, permite-nos analisar melhor se a intervenção que foi introduzida depois do segundo momento traria alguns benefícios para a saúde destes bombeiros.

Na reavaliação dos sintomas após a aplicação da técnica da escrita terapêutica verificou-se um decréscimo significativo na percepção dos acontecimentos traumáticos, na presença de sintomas de PPST e das queixas pseudoneurológicas. Este resultado sugere que houve um alívio na sintomatologia associada ao trauma nos bombeiros após a escrita terapêutica, isto é, à medida que os bombeiros vão revelando espontaneamente os sentimentos e emoções sobre os acontecimentos vivenciados no decurso do seu trabalho, vão também reorganizando, assimilando e atribuindo um novo significado a estas experiências, que se traduz em melhorias na sua saúde física e psicológica (Baikie, & Wilhelm, 2005; Figueiras, & Marcelino, 2008; Pennebaker, 1997, 1999).

Estes resultados sugerem que a ferramenta da escrita terapêutica funciona como um moderador entre o impacto do trauma e os sintomas decorrentes do mesmo (Lowery, & Stokes, 2005), e que os bombeiros ao confrontarem-se com as suas experiências ou memórias traumáticas através da escrita adaptaram-se melhor aos acontecimentos stressantes subsequentes (King, & Miner, 2000; Pennebaker, 1997). Neste sentido, a aplicação desta técnica no dia-a-dia dos operacionais poderá ser útil e benéfica na promoção da expressão emocional sobre os acontecimentos significativos, mitigando os sintomas e mantendo os operacionais no seu nível óptimo de funcionamento e desempenho.

Agradecimentos

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia por ter financiado este estudo (SFRH/BD/40625/2007). A todos os Bombeiros Portugueses que colaboraram e à Autoridade Nacional de Protecção Civil pela cooperação no processo de recolha dos dados.

REFERÊNCIAS

- Alexander, D., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, 178 (1), 76-81.
- Alves, N., & Figueiras, M. (2008). Adaptação experimental da Escala de Queixas Subjectivas de Saúde para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), 281-293.
- Baikie, K.A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 338-346.
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M., & Vetter, N. (2005). Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44 (2), 215-226.
- Figueiras, M.J., & Marcelino, D. (2008). Escrita terapêutica em contexto de saúde: uma breve revisão. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI): 327-334.
- Fullerton, C., Ursano, R., & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1370-1376.
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20, 79-84.
- King, L.A., & Miner, K.N. (2000). Writing About the Perceived Benefits of Traumatic Events: Implications for Physical Health. *Personality and Social Psychology*, 26, 220-230.
- Lowery, K., & Stokes, M. (2005). Role of peer support and emotional expression on posttraumatic stress disorder in student paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (2), 171-179.
- Maia, A., Moreira, S., & Fernandes, E. (2009). Adaptação para a língua portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36 (1), 1-9.
- Marcelino, D. (1º semestre 2011). Ser Bombeiro: Implicações para a sua saúde. *Revista de Segurança Comportamental*, 3.
- Marcelino, D., & Figueiras, M.J. (2007). A Perturbação Pós-Stress Traumático nos Socorristas de Emergência Pré-Hospitalar: Influência do Sentido Interno de Coerência e da Personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 95-106.
- Marcelino, D., Figueiras, M.J., & Claudino, A. (in press). Impacto da exposição a incidentes críticos na saúde e bem-estar psicológico dos tripulantes de ambulância. *Psicologia, Saúde & Doenças*,

- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (submetido). Características psicométricas da versão portuguesa do Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C).
- Mosher, C.E., & Danoff-Burg, S. (2006). Health effects of expressive letter writing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (10), 1122-1139.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Pennebaker, J.W. (1999). Psychological factors influencing the reporting of physical symptoms. In A.A. Stone, J.S. Turkkan, C.A. Bachrach, J.B. Jobe, H.S. Kurtzman, and V.S. Cain (Eds), *The science of self-report: Implications for research and practice* (pp 299-316). Mahwah, NJ: Erlbaum Publishers.
- Pennebaker, J.W., & Chung, C.K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp 263-284). New York: Oxford University Press
- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 4, 505-513.
- Ribeiro, L.P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2 (1), 77-99.
- Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression. Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174–184.
- Sterud, T., Ekeberg, O., & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 6(82), 1-10.
- Van der Ploeg, E., & Kleber R. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 60 (supp I), i40-i46.
- Wastell, C. (2002). Exposure to trauma: the long-term effects of suppressing emotional reactions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 839-845.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity and diagnostic utility*. Paper presented at the meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, Texas.

MUDANÇA NOS PROCESSOS NUMA PSICANÁLISE. ESTUDO DE CASO SISTEMÁTICO ATRAVÉS DO PQS

MARGARIDA MARQUES, ANTÓNIO PAZO PIRES, MARIA NORONHA & DANIEL SOUSA

Tradicionalmente a investigação em psicoterapia tem dado ênfase em demonstrar a eficácia dos procedimentos de tratamento aplicados às diversas perturbações. Porém, a investigação desenvolvida sobre os resultados terapêuticos tem sido largamente criticada, já que raramente fornece informação acerca dos tipos de mudança que são valorizados por todos os modelos de psicoterapia, negligenciando a importância dos processos específicos que ocorrem na mesma (Levitt & Butler, 2006).

A utilização do Psychotherapy Process Q-Sort (Jones, 1985) como instrumento de análise deste estudo está relacionada com a crescente necessidade de se avaliar a especificidade do processo terapêutico (Coombs, Coleman e Jones, 2002; Jones, Hall, Lesley e Parke, 1991; Jones, Parke e Pulos, 1992; Karlsson e Kermott, 2006). O PQS permite explorar processos chave que ocorrem durante o tratamento, em diversas orientações teóricas, incluído a psicanálise e psicoterapia psicanalítica, a terapia cognitivo-comportamental ou a terapia interpessoal. Este instrumento tem sido fundamental para descrever os processos únicos, ideográficos e idiossincráticos que ocorrem em díades individuais de terapeutas e pacientes (Ablon, Levy, Hansen, 2011).

Um dos primeiros estudos conduzidos com o PQS por Jones, em 1991, confirmou a sua crença, de que processos distintos podiam operar consoante as características do paciente, do terapeuta, do problema, da severidade dos sintomas e da fase do tratamento. Os resultados demonstraram, que os factores comuns em terapia, não eram os únicos responsáveis pela mudança terapêutica, mas também que processos específicos a cada uma, poderiam influenciar os resultados terapêuticos. Por sua vez, Jones, Cumming, e Horowitz (1998) mostraram com as suas investigações que consoante a severidade dos sintomas, diferentes itens do PQS estariam associados ao sucesso terapêutico, revelando que diferentes abordagens terapêuticas estariam relacionadas com o nível da perturbação dos pacientes antes do tratamento, predizendo resultados de sucesso.

Jones, Parker e Pulos (1992) estudaram o desenvolvimento do processo ao longo do tempo aplicando o PQS a pacientes com perturbações neuróticas em psicoterapia psicodinâmica breve.

Este estudo confirmou a importância das técnicas dinâmicas, incluindo a transferência e a interpretação das defesas e sugeriram que os tratamentos eram caracterizados por uma mudança gradual de uma construção pessoal externa para o ênfase na experiência interna e na relação com o terapeuta.

Num estudo mais recente, Seybert (2011) utilizou o PQS para comparar variáveis de processo em psicanálise e psicoterapia psicodinâmica de curto e longo prazo encontrando mais semelhanças do que diferenças e levantando algumas questões, já enunciadas por Serralta (2010), considerando a relatividade dos protótipos do PQS, já que estes podem reflectir diferenças culturais relativamente às escolas psicanalíticas de inspiração americana.

O PQS tem sido eficazmente utilizado demonstrar que os tratamentos de qualquer tipo são raramente teoricamente puros e muitas vezes incluem processos tipicamente associados com outras orientações teóricas, nomeadamente com a forma como os terapeutas compreendem e regulam as emoções dos seus pacientes. A exploração emocional prediz resultados positivos em diferentes tipos de tratamentos e a forma como os terapeutas ajudam, compreendem e regulam as emoções dos seus pacientes, é essencial para que estes melhorem (Ablon, Levy, & Hansen, 2011).

Os estudos do processo terapêutico em grandes amostras de pacientes e terapeutas têm contribuído imenso para a compreensão de processos e produtos, no entanto, as investigações realizadas também têm levado a crer que o estudo da psicoterapia será melhor compreendido pelo estudo intensivo de um tratamento de cada vez, já que cada díade parece criar o seu processo único de mudança (Ablon, et al. 2011). Algumas das contribuições dos estudos de caso com o PQS para a compreensão da ideografia da díade incluem: 1) o desenvolvimento e resolução de uma neurose de transferência, e a tendência da paciente para se fazer de desentendida nas sessões no caso de Mrs.C. (Jones & Windhols, 1990); 2) o uso de técnicas cognitivo- comportamentais e interpessoais no terceiro ano de análise do paciente Mr. A (Porcerelli, Dauphin, Ablon, Leitman, 2007); 3) o processo pelo qual o afecto depressivo do paciente M's contribui para a mudança da posição neutra do terapeuta X, para uma postura mais directiva, que por sua vez influenciou a melhoria da depressão do paciente (Jones, Ghannam, Nigg, & Dyer, 1993).

Se bem que haja uma compreensão cada vez maior dos processos envolvidos, as variações ao longo do tempo em terapias mais longas ainda não foram suficientemente estudadas. O objectivo deste estudo é saber qual dos três protótipos é mais característico numa psicanálise e se existem variações destes protótipos ao longo do tempo. Através de um estudo de caso sistemático de uma Psicanálise completa vamos procurar analisar as oscilações nos protótipos do PQS, ao longo do processo terapêutico.

MÉTODO

Participantes

Inês tem 43 anos e é divorciada, vive sozinha e não tem filhos. É a mais velha de 4 irmãos. Quando ela tinha dois anos e meio, a mãe faleceu e ela foi viver com o pai e os avós paternos em casa destes, onde havia uma enorme idealização da mãe. Quando tinha 10 anos o pai casou-se novamente e foi viver para outra casa. Um ano após o casamento do seu pai nasce um novo irmão, e ela vai para um colégio interno. Com cerca de 15 anos começa a manifestar sintomas de claustrofobia em locais como grutas ou aviões. Estes sintomas permaneceram até à idade adulta, nomeadamente no desembarque de passageiros dos aviões. No passado recente, separa-se do marido e o pai morre. Numa tentativa de fuga a esta realidade, vai viver para fora. Pouco tempo depois começa a sentir-se deprimida o que a leva, em conjunto com os episódios de claustrofobia, a fazer a sua primeira psicoterapia psicanalítica, face a face, 3 vezes por semana, durante um ano e meio. De regresso a Portugal inicia a sua Psicanálise.

Material

O Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 1985; 2000) é um instrumento que permite a descrição, análise e quantificação de múltiplos aspectos do processo psicoterapêutico. É baseado na metodologia Q, ou método de ordenamento, uma metodologia que é particularmente adequada para identificar variações entre indivíduos ou entre processos e não entre variáveis (Blatt, 2005 cit. por Bambery, Porcerelli & Ablon, 2007). O PQS é composto por 100 itens que descrevem: (1) atitudes, comportamentos e experiências do paciente; (2) atitudes e acções do terapeuta; (3) a natureza da interacção, o clima e a atmosfera que se desenvolve entre os dois sujeitos (Jones, 1985). Foi projectado para ser aplicado a gravações, áudio ou vídeo, ou transcrições de uma sessão única de tratamento, como unidade de análise (Jones e Pulos, 1993). A sua linguagem simples permite a definição cuidadosa do material, sem a influência das teorias dos próprios avaliadores (Jones & Windholz, 1990). Visto que o PQS foi desenvolvido para ser neutro em relação às diversas teorias alternativas dentro da psicanálise, é especialmente útil para comparar o processo terapêutico em diferentes tipos de terapias (Ablon & Jones, 2005).

Os 100 itens são classificados, pelos avaliadores, em 9 categorias que vão do menos característico (categoria 1) ao mais característico (categoria 9). A categoria 5 é utilizada para itens considerados neutros ou irrelevantes (Ablon & Jones, 1999). Ao forçar a cotação, segundo uma distribuição normal, o PQS garante múltiplas avaliações dos itens e atenua enviesamentos por parte dos avaliadores (Ablon, Levy, & Katzenstein, 2006). Estes devem classificar os itens pela frequência, intensidade e importância estimada, de cada uma das 100 declarações (Ablon & Jones 2002). O manual do PQS (Jones, 1985) fornece as definições dos 100 itens, com exemplos de como se devem aplicar, de forma

a minimizar o risco de diferentes interpretações dos itens (Coombs, Coleman, & Jones, 2002). Foi usada a tradução portuguesa do PQS (Pires, Carmo, Horgan, Seybert, in press)

Procedimento

Os dados usados nesta pesquisa foram notas de 384 sessões escritas em discurso directo, que corresponderam a 3 anos e 8 meses de uma Psicanálise. As sessões tiveram a duração de 50 minutos cada, numa frequência de 3 vezes por semana. De forma a observar e avaliar as mudanças e diferenças existentes ao longo do processo de análise, agruparam-se as sessões em intervalos de tempo de 6 meses. Desta forma, constituíram-se 8 grupos de sessões. Considerando esses grupos de sessões construí-se e utilizou-se uma tabela de números aleatórios para garantir que não ocorria nenhum tipo de enviesamento na escolha das sessões analisadas, na qual se obteve, ao acaso, três sessões para cada grupo de tempo. Desta forma, analisaram-se, aleatoriamente, 24 sessões das 384 existentes e, para cada sessão, aplicou-se o Psychotherapy Process Q-Sort. Finalmente, com os dados obtidos, procedeu-se ao cálculo das médias dos itens para cada grupo de sessões (3 sessões), tornando, assim, possível observar-se a média geral/global dos itens e dos grupos de sessões ao longo da análise.

RESULTADOS

Para a avaliação dos resultados, foram utilizadas as médias e as frequências obtidas. Através destas seleccionaram-se os 10 itens mais e menos característicos da análise, o que permitiu observar oscilações e/ou mudanças ao longo do processo. As mesmas médias utilizadas para encontrar os 10 itens mais característicos, permitiram encontrar, também, os 20 itens mais característicos onde observámos a frequência dos diferentes Protótipos ao longo do processo de análise.

Evolução dos Protótipos

Protótipo Psicanalítico-Pode-se referir que, dos 3 Protótipos avaliados e comparados, o Protótipo Psicanalítico foi aquele que se mostrou mais característico e mais representativo do processo de análise ocorrido, indo ao encontro daquilo que se esperava, relativamente à correspondência do Protótipo com o Modelo Teórico do terapeuta analisado no estudo.

Ao longo da análise observou-se, assim, que o terapeuta procurou facilitar o discurso do paciente, através das suas intervenções (Q3), estando atento aos sentimentos do mesmo de uma forma empática (Q6). Observou-se, também, um sentimento de aceitação incondicional por parte do terapeuta, tornando, possivelmente, o diálogo e a partilha de informação por parte do paciente mais fluidos e despojados de receios e pudores (Q18). O clima de aceitação e, possivelmente, de não julgamento por parte do terapeuta, terá contribuído para uma análise mais profunda de determinados desejos e

sentimentos inconscientes do paciente (Q67), bem como de determinadas ligações entre os sentimentos e percepções do paciente actuais e passados (Q92).

Protótipo Cognitivo-Comportamental -É de realçar a maior representatividade dos Protótipos nas últimas três sessões avaliadas, o que nos faz questionar, até que ponto, estas mesmas últimas sessões, não decorreram de uma forma mais equilibrada, como consequência de um aumento do auto-conhecimento por parte da paciente, permitindo, assim, uma postura tanto analítica, como Cognitivo-Comportamental, como Interpessoal, como se fosse ilustrativo do resultado da aprendizagem que foi decorrendo ao longo de todo o processo, tanto por parte da paciente, como por parte do terapeuta e da relação terapêutica que se criou e que originou novas formas de estar, pensar e relacionar.

Pode-se, assim, observar que, ao longo do processo de análise, o terapeuta compreendeu de forma correcta o processo terapêutico, indo de acordo com aquilo que o paciente esperava e respondendo de forma adequada às suas solicitações (Q28). Para além disso, denotou-se uma ênfase das situações actuais ou recentes da vida do paciente (Q69) que poderão estar relacionadas, também, com a maior relevância do Q item 88 (O paciente traz para a sessão material e questões significativas).

Protótipo Interpessoal-O Protótipo Interpessoal encontra-se presente no último grupo de sessões, sendo de realçar, que a sua presença se situa nesse último grupo mas, também, nos dois primeiros, correspondendo a uma fase do processo mais inicial, de mais difícil contacto interpessoal e interno, tanto por parte do paciente como, inevitavelmente, por parte do terapeuta. Possivelmente, por essa mesma razão, este protótipo surge com mais evidência – como forma de implementar e de trabalhar questões de nível interpessoal, podendo evoluir, futuramente, para questões de carácter mais analítico.

Desta forma, destacam-se 3 itens que dizem respeito, tal como no Protótipo Cognitivo-Comportamental, à compreensão correcta do processo terapêutico, por parte do terapeuta (Q28). Juntamente com este Q item surgem também outros, nomeadamente, no que diz respeito à presença de uma constante clarificação e reformulação da comunicação do paciente, por parte do terapeuta (Q65), bem como uma constante ênfase das experiências actuais da vida do paciente (Q69), novamente indo de acordo ao observado no Protótipo Cognitivo-Comportamental.

DISCUSSÃO

O objectivo do presente estudo foi de avaliar, empiricamente, a relação estabelecida entre paciente e terapeuta. Pretendia-se, também, observar e analisar a oscilação da presença dos 3 Protótipos que o PQS permite avaliar, nomeadamente: Psicanalítico, Cognitivo-Comportamental e Interpessoal.

Relativamente aos itens que descrevem o terapeuta, o paciente e a terapia (Figura 1 e 2), parece importante referir que itens como o Q3 (Intervenções do terapeuta têm como objectivo facilitar o discurso do paciente) que surgiu como um dos dois itens mais característicos (87,50%), não se refere a

uma postura mais activa e/ou mais interventiva por parte do terapeuta mas refere, sim, a uma atitude atenta, interessada e encorajadora, com intervenções como “hum, hum” ou “sim, claro”, indo de encontro àquilo que previamente se esperava, pois o oposto significaria, segundo o autor do instrumento (Jones, 1985) que o terapeuta não colocava questões ou não procurava fazer comentários exploratórios. Por sua vez, itens como o Q24 (Os conflitos emocionais do próprio terapeuta interferem na relação), que surgiu com um dos itens menos característicos (50%) tornam-se deveras difíceis de avaliar por meio de transcrições, tendo a análise se cingido ao material explícito que era passível de ser tratado.

No que respeita aos dados obtidos através da comparação dos Protótipos, considera-se que os resultados apresentados relativamente ao Protótipo Psicanalítico poderiam ter sido superiores do que os dados dos restantes Protótipos. Pode-se, assim, considerar como resultados inesperados o facto de terem surgido com, praticamente, igual relevância também, os outros dois Protótipos ao longo do processo, principalmente nos primeiros e últimos meses.

No entanto, através dos resultados inesperados atrás referidos, foi possível verificar-se que, efectivamente, nenhum modelo teórico existe e subsiste por si só, independentemente do pedido e da situação criados pelo paciente. Considera-se assim que os resultados permitem à importância da integração, não reduzindo e limitando um terapeuta a um único modelo teórico, ainda que este tenha sempre presente o seu modelo de referência. Mesmo tendo em conta o respectivo modelo de referência, considera-se fundamental que haja uma cada vez maior consciência de que esse modelo apenas serve de linha condutora para um caminho traçado por diversos percalços, mudanças, adaptações e, principalmente, aprendizagens, por parte do terapeuta e do paciente (Vasco, 2005b, 2006).

Para futuras investigações, seria importante aumentar o número de avaliadores/juízes, nomeadamente um mínimo de 3 avaliadores. Considera-se que poderia ser muito interessante fazer o mesmo tipo de estudo comparando-o com o estudo de uma outra psicanálise ou psicoterapia feita pelo mesmo terapeuta, o que permitiria avaliar mudanças principalmente ao nível da relação terapêutica e da postura adoptada pelo terapeuta de acordo com as diferenças entre os pacientes.

REFERÊNCIAS

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 64-75.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (2), 541-563.
- Ablon, J. S, Levy, R. A., & Katzenstein, T. K. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (2), 216-231.
- Ablon, J. S, Levy, R. A., & Hansen, L.S. (2011). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy* 14(1), 14-48
- Bamerry, M., Porcerelli, J. H., & Ablon, J. S. (2007). Measuring psychotherapy process with the adolescent psychotherapy process q-set (APQ): development and applications for training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (4), 405-422.
- Coombs, M, M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: the importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39 (3), 233-244.
- Jones, E. E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Sort*. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.
- Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 38, 985-1015.
- Jones, E. E., Hall, S. A., & Parke, L. A. (1991). The process of change: the berkeley psychotherapy research group. In L. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic studies* (pp.98-106). Washington DC: American Psychological Association.
- Jones, E. E., Parke, L. A., & Pulos, S. M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2 (1), 16-30.
- Jones, E. E., Ghanram, J. Nigg, J. T., & Dyer, J. F. P. (1993). A paradigm for single case research: the time series study of a long term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 381-394.
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- Karlsson, R. & Kermott, A. (2008). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (1), 65-84.
- Pires, A. P., Carmo, J., Horgan, M., & Seybert, C., (in press). Tradução portuguesa do PQS. Se..., Não! *Revista de Psicanálise, Psicoterapia e Desenvolvimento Humano*.

- Porcerelli, J.H., Dauphin, V.B., Ablon, J.S., Leitman, S., & Bambery, M. (2007). Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systematic case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), 1-13.
- Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, Ma. L. R., Eizirik, C. L., & Olsen, C. (2010) The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20(5), 564-575.
- Seybert, C. (2011). *Categorical or dimensional? Differentiation of treatment techniques in short and long-term psychodynamic and psychoanalytic therapies*. Tese de doutoramento para obtenção de graus de Biologia Humana, Department for Psychosomatic Medicine & Psychotherapy Ulm University, Director: Prof. Dr. Harald Gündel.
- Vasco, A. B. (2005b). Creio num engenho que falta mais fecundo de harmonizar as partes dissonantes: Fundamentação para a integração em psicoterapia. *PsiLogos*, 1, (2), 77-94.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objetivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.

TUTORES/AS DE CONVIVENCIA, NUEVOS PERFILES PROFESIONALES Y EDUCATIVOS PARA LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS EN LA ESCUELA

JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ, NURIA GARCÍA GONZÁLEZ & JUAN FELIPE MATEU

GARCÍA.

Los tutores de convivencia son figuras relativamente novedosas en el sistema educativo español. Han venido surgiendo a la luz de la normativa educativa que se ha desarrollado con la LOE (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación) publicada en 2006 y con las respectivas normativas sobre convivencia escolar en las distintas comunidades autónomas. La obligación por parte de los centros de tener que elaborar y poner en práctica un Plan de Convivencia ha desarrollado y promocionado el surgimiento de figuras diferentes para abordar la convivencia o hacer prevención de la violencia en los contextos escolares. Una de estas figuras ha sido la de los tutores de convivencia que han ido surgiendo como una estrategia adecuada de acompañamiento y complementariedad a la labor de los tutores/as de los grupos-aula.

No en todos los centros han adquirido la misma dimensión ni los perfiles personales y organizativos son iguales. Sin embargo, el hecho de que se contemplen y adquieran importancia en el contexto de convivencia escolar implementa la idea de que los conflictos o los problemas de convivencia se abordan mucho mejor y más efectivamente desde el trabajo coordinado y compartido de distintas figuras y perfiles profesionales que actúan complementariamente a distintos niveles.

Esquema organizativo de aplicación

En nuestro centro educativo, un centro de educación secundaria obligatoria de cuatro líneas o grupos por nivel, funciona un grupo de profesorado llamado ‘Grupo de Convivencia’ que trabaja temas relacionados con la convivencia escolar y que asume tareas, entre otras, la de encargarse de ser ‘tutores de convivencia’. Este Grupo de Convivencia se va alimentando cada año de profesorado del centro, generalmente, estable y permanente y va incorporando voluntariamente otro profesorado que se suma a sus tareas y trabajos. De su seno surge una asignación de tareas de convivencia, entre ellas, una de ellas es la de los Tutores de Convivencia. La distribución que contemplamos durante este curso es la de dos profesores/as como Tutores de Convivencia por nivel. Dos para 1º de la ESO, otros dos para 2º de la ESO y otros dos para 3º de la ESO.

4º del a ESO tiene asignados otros dos tutores pero su tarea es diferente a la de los otros cursos de la ESO.

Funciones y tareas

A continuación señalamos algunas de las tareas y funciones más relevantes de esta figura en el marco de la aplicación del Plan de Convivencia en el seno del centro educativo. Entre las más relevantes indicamos:

- Coordinarse con los profesores/as tutores/as generalistas de grupo aula respecto a la convivencia del grupo y las acciones preventivas que se programen dentro él con el fin de evitar el surgimiento de los conflictos y la violencia.

- Asesorar a los profesores/as tutores/as generalistas de grupo aula sobre temas de convivencia, indisciplina o disrupción.

- Sustituir a los profesores/as tutores/as generalistas de grupo aula en las tareas de tutoría con el grupo aula cuando estos tengan que iniciar alguna tutoría individualizada con algún alumno/a.

- Intervenir en el grupo aula en algunas sesiones con el fin de preparar dinámicas específicas de cara a la elección de determinadas figuras relacionadas con la convivencia escolar. Por ejemplo, la elección de los EA, los Equipos de Mediación, etc.

- Asumir el seguimiento y la coordinación de algún *Acuerdo Reeducativo* (Alonso y Avilés, 2012) decidido en el centro por parte del Equipo Docente, el Grupo de Convivencia o a propuesta de los profesores/as tutores/as generalistas de grupo aula.

- Participar en las sesiones formativas del alumnado de su nivel que forma parte de los Equipos de Ayuda o los Equipos de Mediación.

- Hacer el seguimiento del alumnado ayudante y/o mediador de su nivel educativo.

- Analizar y seguir los casos de conflictos, indisciplina o acoso del alumnado de su nivel.

- Atender las demandas individualizadas del alumnado de su nivel que se refieren a temas relacionados con la convivencia y las relaciones interpersonales.

- Coordinar sus acciones y tareas con el compañero/a tutor/a de convivencia.

- Coordinar sus actuaciones con el Grupo de Convivencia, Departamento de Orientación y Jefatura de Estudios del centro.

Complementariedad y sentido de la figura

Como hemos indicado anteriormente, la figura del Tutor de Convivencia es complementaria a la labor que desarrollan los profesores/as tutores/as generalistas de grupo aula. Por ello es tan importante que coordine sus actuaciones con éstos.

Sin embargo, algunas características hemos observado que son las más adecuadas a la hora de organizar y designar a quiénes forman parte de este perfil.

-Creemos que es necesario que sea profesorado diferente al que da clase al grupo aula. De esta forma, el alumnado del grupo aula dispondrá de una figura desvinculada de las tareas académicas de su grupo a quien podrá dirigirse en caso de conflicto con algún profesor que da clase a su grupo, o con algún igual de ese grupo. En este sentido el Tutor de Convivencia también se sentirá más independiente de plantear o sugerir salidas a los problemas y dificultades.

-Consideramos indispensable que las parejas de Tutores de Convivencia se constituyan siempre con un hombre y una mujer. Este equilibrio dará consistencia al trabajo conjunto y brindará la posibilidad al alumnado a elegir la figura con la que quiere tratar el problema o el conflicto en cuestión. En determinados temas esto es crucial y determinante.

-Es fundamental que el profesorado que es Tutor de Convivencia disponga de coincidencia y liberación horaria en los momentos en que el grupo de alumnado que coordina celebra la tutoría con los/as profesores/as tutores/as generalistas de grupo aula. De esta forma en esos momentos podrá realizar su tarea con este alumnado.

-El respaldo institucional a la figura de Tutor de Convivencia es básico. Inserto en el Grupo de Convivencia, desde el punto de vista institucional debe recibir el respaldo organizativo de la Jefatura de Estudios, encontrar espacio en los horarios personales del profesorado y de los profesores/as tutores/as generalistas de grupo aula.

-El perfil del profesorado que encarna la figura de Tutor/a de Convivencia debe ser polivalente en doble sentido. Para el alumnado debe ser considerado referente de confianza para dirigirse a él cuando tengan algún problema. En este sentido, indicamos un glosario de requisitos que ha de poseer la figura que asume ese papel y en el que no todo el profesorado encaja:

- capacidad y compromiso para mantener niveles adecuados de confidencialidad
- expresión moderada de sus planteamientos
- flexibilidad en la ejecución de las directrices disciplinarias
- capacidad empática y de acercamiento emocional

Referido al profesorado, el Tutor/a de Convivencia debe desarrollar la habilidad de compartir algunas tareas con los profesores/as tutores/as generalistas de grupo aula respetando la prelación de prioridad que tienen estos en ellas. Por tanto, será capaz de sugerir, complementar, hacer sentirles valiosos, colaborar con ellos, etc. En definitiva, las cualidades que se le exige a cualquier figura para la que la eficacia de su trabajo dependa de la coordinación con otros. En este sentido, su capacidad de coordinación con otros perfiles del centro es crucial, profesores/as tutores/as generalistas de grupo aula, jefatura de estudios,

departamento de orientación, coordinador/a de convivencia, familias, profesorado de los equipos docentes, etc.

Desarrollo de casos prácticos: descripción del caso: (Los datos circunstanciales son inventados con el fin de preservar la identidad real de la alumna).

ALUMNA: María Pérez; CURSO: 1º E.S.O.

María es una alumna de 12 años que cursa 1º de E.S.O procedente del colegio C.P MARTÍN BARÓ, donde ha cursado 5º y 6º de primaria ya que esta alumna nació y vivió hasta los 9 años en los EE.UU. La mayoría de los alumnos de este colegio son alumnos de nuestro Instituto, por lo que no se presenta una situación de desconocimiento de sus compañeros. A pesar de haber residido en España solamente los dos últimos cursos, su dominio del castellano es perfecto tanto a nivel hablado como escrito y, por sus capacidades, podría ser valorada como una alumna con altas capacidades. El principal problema de esta alumna es su dificultad para relacionarse con otras personas. Es muy tímida, está aislada, prácticamente no habla con nadie y algunos alumnos se meten con ella, ante la mirada impasible del resto de compañeros.

Se da el caso de que yo soy tutora del grupo de María, por lo que a los pocos días de empezar el curso mantuve una reunión con su madre. Es una señora muy amable, culta y colaboradora que me mostró la preocupación por la situación de su hija, una situación que ya se daba en el colegio, si bien allí tenía una amiga que la apoyaba muchísimo y que ahora cursa Secundaria en otro I.E.S del barrio. Le hice saber nuestro compromiso con estos casos y le informé de la existencia en el centro de un DEPARTAMENTO DE CONVIVENCIA, en el cual participamos varios profesores que nos ocupamos de este tipo de casos, por lo que en la próxima reunión del GRUPO hablaríamos de su caso y decidiríamos la actuación a llevar a cabo con María. En el grupo se propuso que fuera yo personalmente la que llevara el caso, por mi condición de tutora y por el conocimiento del caso que hasta este momento tenía. A partir de ese momento diseñé el plan de actuación para intentar que la vida de María en el centro fuera más agradable.

Actuación: Lo primero que hago es tener una entrevista con María. En esta entrevista corroboro una información que me había ya dado la madre y es que “María es una niña especial”: no tiene ninguna habilidad social, es incapaz por sí misma de intentar buscar alguna amiga, por el contrario se siente continuamente amenazada por sus compañeros/as. Asegura que al meterse con ella algunos alumnos con un rol dentro del grupo de “cabecillas”, el resto de compañeros ya no se atreve a acercarse a ella por temor al rechazo de estos “líderes” de la clase. Intento hacer ver a María que para que una persona tenga amigos lo primero que debe suceder es querer tenerlos y mostrar un interés por relacionarse con las personas. Creo que el primer problema de María es que no sabe cómo acercarse a los demás. Después de esta conversación consigo que se comprometa por su parte a intentar ser un poco más “abierto” hacia los demás compañeros. Al mismo tiempo yo me comprometo a hablar con los alumnos que ella me ha indicado que se meten con ella para zanjar esta situación lo antes posible. Quedamos en mantener una

reunión semanal donde ella me fuera contando sus impresiones... Con la información que me había proporcionado María cito por separado a las personas que ella me había indicado se metían con ella. Todos acaban reconociéndolo, argumentando siempre que “como no dice nada”, “es muy rara”... motivos que parecen ser suficientes en la mentalidad de un alumno para poder meterse con ella. Establecemos al acuerdo de que por ahora el tema quedará aquí, con el compromiso por su parte de que esto no se va a volver a repetir, pero que si no cumplen el compromiso la siguiente vez no seré yo la que intervendré sino la Jefatura de Estudios del centro con medidas disciplinarias. El siguiente paso por mi parte fue hablar con algunas alumnas de la clase que yo consideraba podían facilitarle a María el acercamiento y hacer que no se sintiera tan sola en la clase. Estas alumnas me prometen que lo van a hacer. En la siguiente reunión con María, me hace saber que los compañeros ya no se meten con ella, que parece que algunos intentan decirle algo en los cambios de clase pero que en los recreos sigue estando completamente sola. Los alumnos me dicen que ellos han intentado hablar con María, pero que solo contesta con monosílabos y que por tanto que es muy difícil establecer una comunicación y relación normal. ¿Hasta donde se puede pedir a alumnos de 1º de E.S.O., por muy maduros que sean, que intenten comprender que deben esforzarse mucho más para lograr normalizar su relación con María y que si ésta solo contesta con monosílabos es porque es incapaz de hablar más y que tienen que apoyarla? Es algo que hoy en día me sigo preguntando.

Se da la circunstancia de que un grupo de alumnas de 2º de E.S.O, muy responsables y maduras, a las que conozco por haberles dado clase el año anterior, al ver que María estaba sola todos los recreos se acercan a ella para ver qué le pasa. Hablo con ellas y se comprometen a estar con María durante los recreos, pues no les gusta que esté siempre sola. En sucesivas reuniones con María empiezo a ver una niña mas contenta, que ya tiene amigas con quien estar en lo recreos, incluso con quien quedar para salir los fines de semana, aunque siga no sintiéndose a gusto en la clase porque, si bien los compañeros no se meten con ella, cree que le miran mal. Vuelvo a mantener una reunión con la madre. Está muy agradecida de los esfuerzos que hemos hecho desde el centro por intentar ayudar a su hija y reconoce además que el problema de su hija, a la que describe como “demasiado estricta, con poca cintura y que no entiende los dobles sentidos de las cosas,” tiene difícil solución a corto plazo.

Conclusiones: Creo que debemos estar satisfechos porque hemos conseguido que María esté menos sola que estaba antes. Por otro lado, siento la impotencia de ver que muchas veces me faltan herramientas para poder solucionar estos problemas en los que concurren aspectos psicológicos de los involucrados.

Caso 2: descripción del problema: El caso que nos ocupa es el de un alumno, al que llamaremos, Jaime García Alameda (JGA), con dificultades de adaptación en el grupo de 3º ESO al que fue asignado. Este alumno había mostrado falta de habilidades sociales y de cierta madurez, que ya se habían puesto de manifiesto el curso anterior. Por este motivo resultaba rechazado por buena parte de los compañeros, encontrándose aislado prácticamente todo del tiempo que permanecía en el centro. Como consecuencia de todo ello, Jaime había desarrollado rápidamente un considerable rechazo al instituto, que deseaba abandonar a toda costa.

Recogida de información: Como tutor de convivencia y con objeto de obtener toda la información necesaria para abordar el problema, llevé a cabo varias entrevistas de necesidad evidente: Una primera con la familia, con la que ya había tenido oportunidad de hablar en ocasiones anteriores. En este encuentro me confirmaron las dificultades de integración de Jaime en el curso presente así como su creciente rechazo al centro, todo lo cual originaba una notable zozobra especialmente patente en el caso de su madre. Una segunda, con el propio alumno, para conocer de primera mano su estado de ánimo, su opinión respecto a los compañeros, profesores y centro en general así como su predisposición ante la posibilidad de afrontar posibles soluciones.

Una tercera entrevista con algunos alumnos del grupo de Jaime, con experiencia como alumnos ayudantes, a los que pedí colaboración en tanto en cuanto no encontrábamos una solución definitiva. Por supuesto no faltó una cuarta entrevista con la tutora del grupo para intercambiar información y coordinar posibles actuaciones.

Actuación: Una vez analizado el problema, que di a conocer en una de las reuniones semanales del grupo de convivencia, decidí dedicar la siguiente sesión de tutoría a hablar con el grupo de alumnos, al tiempo que la tutora hacía lo propio con Jaime, de manera que, en ausencia de éste, sus compañeros pudieran expresarse libremente.

Se trataba de conseguir un doble objetivo: Por una parte, el compromiso por parte de Jaime de intentar modificar ciertas actitudes que en nada favorecían su relación con los compañeros.

Por lo que al grupo se refiere, se trataba de abrirles los ojos y de hacerles un poco más conscientes de una realidad que parecían incapaces de percibir-el calvario al se veía sometido su compañero- , y posteriormente, de conseguir , al igual que en el caso de Jaime, un cierto grado de compromiso que hiciera posible un acuerdo. La sesión se inició con el planteamiento del problema y la exigencia de seriedad por parte de los alumnos a la hora de abordar éste (hay mucho más en juego de lo que puede parecer), tras lo cual les planteé una serie de preguntas, en distintas fases, buscando el reconocimiento de aquellos sentimientos y emociones que podían experimentar tanto ellos como su compañero ausente: ¿Cómo os sentís cuando Jaime os molesta? ¿Cómo reaccionáis? ¿Por qué? ¿Por qué creéis que lo hace? ¿Cómo creéis que se siente él? ¿Cuántos/ quiénes de vosotros habéis reaccionado de manera agresiva con él? ¿Cuántos/ quiénes le habéis mostrado desprecio? ¿Cuántos simplemente veis lo que sucede y pasáis de largo? ¿Qué es lo que más os gusta del “cole”? ¿Y si eso precisamente se convirtiera en constante motivo de disgustos y frustraciones? ¿Cómo os sentiríais vosotros en su lugar? ¿Y si eso le pasara a vuestro hermano/a pequeño? (Naturalmente muchas de estas preguntas no perseguían obtener una respuesta pública sino una invitación para la reflexión) ¿Sois un poco más conscientes ahora de como se siente él? ¿Qué creéis que necesita vuestro compañero para cambiar? ¿Qué estaríais dispuestos a hacer vosotros? ¿Qué exigís a cambio? La impresión de obtuve una vez finalizada la sesión fue bastante esperanzadora: un número de alumnos no tuvieron inconveniente en mostrar abiertamente su buena disposición (“yo estoy

dispuesto a sentarme con él en la clase de Plástica y ayudarle si no entiende algo”, “yo, a tener más paciencia con él”, “yo, a ser un poco más expresivo cuando lo saludo”, etc.). Mención especial merece la actitud del delegado, enemigo declarado de marginación alguna y decidido desde un principio a estar pendiente de su compañero y hacerle compañía durante los recreos.

Por lo que se refiere al resto del grupo, estoy convencido de que, en mayor o menor medida, todos tomaron buena nota de las consecuencias que para Jaime podía tener la actitud de cada uno de ellos, así como de la existencia de compañeros dispuestos a dar “un paso al frente”.

Seguimiento del proceso de resolución del conflicto

A partir de ese momento se trataba de confirmar que los buenos propósitos de unos y de otros no se quedaban en buenas intenciones, para lo cual tanto el tutor de convivencia como la propia tutora hicimos un seguimiento constante del asunto a través de:

- Una entrevista con la familia, quien también modificaría los “malos hábitos” de Jaime.
- La opinión que el propio afectado tenía de la nueva situación que empezaba a vivir
- La información suministrada por algunos alumnos, pendientes del problema.
- La observación diaria dentro y fuera del aula, en los recreos, por parte de los tutores.

Al cabo de poco tiempo pudimos comprobar que, si bien seguían produciéndose algunos “roces”, el clima de conflicto en el aula en torno a Jaime había disminuido. Al mismo tiempo, su aceptación por parte de buena parte de sus compañeros había mejorado significativamente. Jaime no contaba únicamente con la compañía del delegado en los recreos, sino de más gente de su grupo de clase. Desde luego fue necesaria alguna intervención puntual, especialmente con el propio alumno pero en él había desaparecido el deseo imperioso de abandonar el centro y su predisposición a asistir a clase se había normalizado notablemente. También tuvimos ocasión de comprobar que la angustia que su familia había vivido durante tiempo se había disipado por completo.

REFERENCIAS

Avilés Martínez, J.M. (en prensa). *Manual contra el bullying. Guía didáctica para el profesorado*. Sao Paulo: Mercado de Letras.

LITERACIA EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: NUNCA É TARDE PARA APRENDER!

ANABELA CORREIA MARTINS

O *Healthy People* (US Department of Health and Human Services, 2010a), define literacia em saúde como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações de saúde e serviços básicos necessários para tomar decisões de saúde adequadas.

O conceito de literacia em saúde implica ainda a aquisição de competências para obter informação e aplicá-la com sucesso na sua própria realidade (Sihota & Lennard, 2004).

Pessoas de todas as idades e de todos os níveis de educação, e não apenas pessoas com capacidade de leitura reduzida, são afetadas pela limitada literacia em saúde (U.S. Department of Health and Human Services, 2010b).

Apesar da baixa literacia em saúde afetar todas as populações, é um problema particular nos idosos (Barrett, Puryear & Westpheling, 2008). Uma vez que estes adultos mais velhos possuem mais doenças crónicas e recorrem aos cuidados de saúde com mais frequência do que outros segmentos da população, sendo ainda mais propensos a alterações das funções físicas e cognitivas, podem sentir mais dificuldades na procura e na utilização adequada da informação em saúde.

A melhoria da literacia em saúde constitui não só um aumento na transmissão de informações, mas também o desenvolvimento de competências que são fundamentais para o *empowerment* dos indivíduos (Nutbeam, 2000), tornando-se numa estratégia para a promoção da saúde e a prevenção de problemas, de forma que cada pessoa promova e mantenha a sua saúde (WHO, 1998).

Deve garantir-se que a educação para a saúde e os serviços sejam prestados de forma a satisfazer as necessidades e interesses de todas as pessoas. Apesar de muitos factores individuais contribuírem para uma limitada literacia em saúde, ao serem eliminadas barreiras ambientais, relacionadas com os serviços e a forma como os profissionais de saúde, os educadores e os meios de comunicação transmitem informações de saúde, oferecem-se mais oportunidades para alcançar uma sociedade com literacia em saúde adequada (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004).

Como referido, este conceito é atualmente entendido como integrador de vários níveis de capacitação, podendo ser definido como a capacidade para obter, processar e compreender informação

e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas, como identificar a unidade ou serviço de saúde onde procurar ajuda terapêutica, adotar estilos de vida saudável ou um papel ativo relativamente aos determinantes sociais da saúde (Nutbeam & Kickbush, 2000; Ratzan & Parker, 2000; US Department of Health and Human Services, 2010a).

Baixa literacia em saúde relaciona-se com percepção de baixa auto-eficácia na prevenção e gestão de problemas, bem como com comportamentos ineficazes de saúde: uso inadequado de medicamentos, uso excessivo dos serviços de saúde ou ineficácia em lidar com situações de emergência (Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2006). Assim, este problema pode ter profundas consequências; indivíduos com baixa literacia possuem menos conhecimento sobre os seus problemas de saúde e pior estado de saúde do que indivíduos com adequada literacia (Johnson & Weiss, 2008).

Tanto a Organização Mundial da Saúde (1998) como o Institute of Medicine (2009) ou um estudo de Adams e Corrigan (2003), reconhecem no conceito de literacia em saúde um carácter dinâmico e mesmo processual, essencial para uma prestação de saúde custo-efetiva, segura e de alta qualidade dos serviços de saúde, eventualmente com melhores resultados de saúde.

Numa meta-análise, Dewalt et al (2007) ainda verificaram que uma baixa literacia estava associada a maiores taxas de hospitalização, a diminuição da utilização de medidas preventivas e a pobre adesão aos regimes terapêuticos. Outros dados anteriormente revelados pela American Medical Association (2003), demonstraram igualmente que as pessoas com baixo nível de literacia apresentam maior probabilidade de utilizar serviços de emergência, serem internados no hospital, não cumprirem a medicação como prescrito, não utilizarem serviços preventivos, estimando que os custos dessa baixa literacia na economia dos EUA possam ser superiores a 73 biliões de euros por ano.

Também a Europa gasta milhões de euros no sector de cuidados de saúde que poderiam ser facilmente prevenidos através da melhoria da literacia em saúde dos cidadãos.

Davis et al. (2006) alertam, mesmo, para o facto da literacia em saúde ser um assunto de segurança uma vez que a dificuldade em compreender a informação sobre medicamentos estão na origem de eventos adversos à saúde cada vez mais frequentes. Deste modo, a necessidade de aumento da literacia em saúde nas diversas comunidades tem sido, nas últimas décadas, uma preocupação regular na definição de políticas de saúde.

O aumento de literacia em saúde é uma prioridade estratégica para o desenvolvimento da União Europeia e Portugal não fica à margem dessa visão; promover uma “cultura de cidadania baseada na literacia, capacitação, participação e empowerment” é uma recomendação apontada para vigorar no Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Aproveitando a consciência política sobre a promoção da saúde através do aumento da literacia em saúde (ou seja, defendendo a literacia de saúde como uma forma de capacitação para quem precisa de cuidados de saúde), cabe às instituições superiores desenvolver ou reformular os curricula dos

profissionais de saúde de forma a inclui competências de comunicação pessoal e social, humanização dos cuidados, relação com o doente ou populações saudáveis, bem como educação e promoção da saúde, pois profissionais de saúde mais competentes mostram melhor comunicação com o doente, prescrições mais adequadas e maior satisfação. Do lado do utente poder-se-á esperar menos ansiedade e maior adesão à terapêutica (Alto Comissariado da Saúde, 2011).

Face à reforma dos cuidados de saúde primários denota-se a extrema importância em aprofundar uma linha de investigação dedicada ao estudo da literacia em saúde, assumindo-a como um instrumento fundamental para melhorar os níveis de saúde da população, obter conhecimento sobre estilos de vida saudáveis e prevenção das doenças, nomeadamente, em populações mais velhas, sobre nutrição, doseamento do stress, problemas do sono e sua prevenção, prevenção de acidentes, entre outros, para envelhecer com saúde.

Os profissionais de saúde, ao adquirirem conhecimento acerca dos *skills* de literacia dos indivíduos, podem educar e aconselhar para a saúde em formatos que os indivíduos possam compreender (Johnson & Weiss, 2008).

Nas últimas décadas tem aumentando a preocupação de aumentar a literacia em saúde das comunidades a vários níveis, nomeadamente ao nível da literacia funcional, comunicacional e literacia crítica (Nutbeam, 2000)

O primeiro tipo de literacia diz respeito ao saber ler e escrever de forma a responder às situações do dia a dia. O segundo, esta relacionado com as capacidades cognitivas que, em conjunto com as competências sociais possibilitam respostas pró-ativas. Por último, a literacia crítica diz respeito a competências cognitivas complexas que se tornam capazes de apresentar a informação de forma crítica.

Valorizando o carácter dinâmico e pró-ativo da literacia em saúde, consideramos uma visão não apenas como benefício pessoal, mas como potenciador de benefícios sociais, com envolvimento em ações comunitárias ligadas à saúde e ao desenvolvimento da literacia em saúde como capital social, fundamental para a promoção da saúde.

Para que o conceito de literacia em saúde como capital social cresça, é necessário implementar novas abordagens, promovendo os recursos incorporados nas relações sociais entre pessoas e organizações que facilitam a cooperação e colaboração em comunidade (Scott, Gazmararian, Williams & Baker, 2002). Contudo, variáveis individuais, tais como a motivação e interesse pessoal face ao seu estado de saúde, também não poderão ser negligenciados nos programas.

A maioria dos idosos não tem um papel ativo na promoção da sua própria saúde, não percecionando capacidade para compreender o seu estado de saúde e para sobre ele poder atuar; e muito em parte, devido a sua baixa literacia em saúde. Noutros casos, é a comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso que não é adequada dificultando a compreensão do estado de saúde e, conseqüente intervenção preventiva, adotando estilos de vida saudáveis capazes de prevenir o

aparecimento e/ou agravamento de problemas de saúde, ou terapêutica, nomeadamente a toma de medicação.

Instruções simples, formatos escritos, ajudas visuais e ilustrações, repetição após a explicação, revisão periódica da medicação, evitar termos técnicos, acrónimos e siglas, entre outras, são algumas das medidas já desenvolvidas e testadas, assim como o desenvolvimento de ações delineadas para profissionais envolvidos na promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- Adams, K., & Corrigan, J.M. (Eds.). (2003). *Priority areas for national action: Transforming health care quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Alto Comissariado da Saúde (2011). Plano Nacional de Saúde (documento em discussão). Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-discussao/> (10/11/2011)
- Barrett, S.E, Puryear, J., & Westpheling, K. (2008). *Health Literacy Practices in Primary Care Settings: Examples from the field*. The Commonwealth Fund.
- Davis, T. (2006). Low Literacy Impairs Comprehension of Prescription Drug Warning Labels. *J Gen International Med*, 21: 847–851.
- Dewalt, D.A., Boone, R.S. & Pignone, M.P. (2007). Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S27-35.
- Institute of Medicine. (2009). *Toward health equity and patient-centeredness: Integrating health literacy, disparities reduction, and quality improvement: Workshop summary*. Washington, DC: National Academies Press.
- Johnson, K. & Weiss, B. (2008). How Long Does It Take to Assess Literacy Skills in Clinical Practice? *American Board of Family Medicine*, 21, 211–214.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., & Kindig, D.A. (Eds.). (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press.
- 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(3), 259-267.
- Ratzan, S.C., & Parker, R.M. (2000). *Health literacy. Current Bibliographies in Medicine, 2000-1*. Bethesda, MD: National Library of Medicine. Retirado de <http://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>.

- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4(3), 127-134.
- Scott, T.L., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., & Baker, D.W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395–404.
- Sihota, S., & Lennard, L. (2004). *Health Literacy being able to make the most of health*. National Consumer Council, London.
- U.S. Department of Health and Human Services (2010a). *Healthy People*. Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- U.S. Department of Health and Human Services, (2010b). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, Switzerland.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. (2006). *Advancing health literacy. A framework for understanding and action*. San Francisco: John Wiley & Sons.

ACONSELHAMENTO E PRESCRIÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: NECESSIDADE DE CLARIFICAR QUEM PRESCREVE, COMO E ONDE

ANABELA CORREIA MARTINS

A falta de atividade física, associada a hábitos alimentares incorretos, consumo excessivo de tabaco e álcool, é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade das sociedades modernas. Estilos de vida sedentários aumentam o risco de doença e morte prematura, implicando custos elevados para os serviços de saúde e sociais. (Swedish National Institute of Public Health, 2010).

Indivíduos de todas as idades beneficiam com a prática de exercício e de atividade física, melhorando o bem-estar e a qualidade de vida.

São vários os estudos que documentam a evidência científica da relação entre atividade física e benefícios para a saúde, e a sua prescrição escrita tem vindo a ser implementada em vários países, de forma cada vez mais sistemática.

De acordo com as Physical Activity Guidelines for Americans (2008), (1) a intensidade da atividade física deve ser, pelo menos, moderada, o que significa que devemos ser capazes de falar, mas não de cantar enquanto a praticamos (atividade aeróbica); (2) a duração de cada sessão de exercícios não deve ser inferior a 10 minutos; (3) o exercício de intensidade moderada pode ser substituído por exercício de intensidade vigorosa. Por exemplo, andar 30 minutos por dia pode ser substituído por 20-30 minutos de corrida, 3-4 vezes por semana, uma vez que se consome a mesma quantidade de energia. Consequentemente, os benefícios esperados para a saúde são considerados os mesmos; (4) o objetivo semanal é concretizar 150 minutos de atividade de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade de intensidade vigorosa, sendo possível misturar atividades de intensidades diferentes, desempenhadas ao longo da semana; (5) é recomendado incluir exercícios de força e flexibilidade, pelo menos 2 vezes por semana; (6) o treino de equilíbrio é fundamental nos programas para pessoas mais velhas; (7) as crianças necessitam de, pelo menos, 60 minutos de atividade diária, de intensidade moderada a vigorosa; (8) serão obtidos mais benefícios se a quantidade de atividade física moderada aumentar de 150 para 300 minutos semanais ou de 75 para 150 minutos, no caso de atividades vigorosas.

Neste artigo, apresentam-se a atividade física e o exercício como componentes importantes na prevenção e no tratamento de várias doenças (Hellénus & Sundberg, 2011), baseando-nos na já abundante evidência científica publicada internacionalmente, nomeadamente *guidelines* gerais e específicas (Global Advocacy for Physical Activity, 2010), e discute-se a promoção da atividade física como uma responsabilidade da sociedade em geral e dos profissionais de saúde, em particular. É, por isso, necessário clarificar quem prescreve, com base em que critérios, que tipo de atividade/exercício e em que contexto deve acontecer.

A decisão sobre o tipo de programa de atividade física/exercício (individual vs em grupo) mais ajustado a uma pessoa depende de vários factores, como preferências pessoais, extensão dos problemas, disponibilidade dos serviços, entre outros. Embora na perspectiva das agências, dos serviços e dos profissionais, os programas em grupo sejam continuamente mais eficientes, a evidência sugere que os que incorporam uma avaliação e um acompanhamento individualizado, progressivo e seguro conduzem, ainda, a melhores resultados e benefícios percebidos pelos indivíduos.

A prescrição, cuidadosa e suportada pela evidência, de um programa para autoadministração também é hoje apontada como uma estratégia capaz de maximizar os recursos humanos (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2008).

Particularmente na prevenção de quedas nas pessoas mais velhas, e de acordo com Latham, Anderson, Bennett e Stretton (2004) e Wu (2002), os programas menos efetivos estão frequentemente relacionados com as intervenções em grupo. Este facto pode ser devido à dificuldade em realizar um programa simultaneamente, motivador e seguro, em que os exercícios possam ser orientados e modificados para minimizar as dificuldades e maximizar as capacidades de todos os participantes. Paralelamente, a auto eficácia no idoso começou a ser vista como um recurso interno capaz de minimizar os efeitos das incapacidades funcionais que podem afetar o bem-estar e a qualidade de vida no envelhecimento. No caso do exercício, é completamente seguro que a auto eficácia seja um determinante consistente na adoção do exercício e na sua manutenção a longo prazo (Brassington et al., 2002).

Alguns estudos revelam que a literacia em saúde é mais baixa entre a população mais velha (Baker, Gazmararian, Sudano & Patterson, 2000; Gausman Benson & Forman, 2002), o que pode dificultar a consciencialização para os problemas e a participação nos programas de atividade física e exercício (Scott, Gazmararian, Williams & Baker, 2002). Segundo os mesmos autores, a literacia em saúde é um preditor mais forte do uso de medidas preventivas do que o nível de educação ou instrução.

Estas evidências são fundamentais para a conceção e design da intervenção baseada em prescrição de atividade física ou exercício. Se as pessoas com baixa literacia em saúde apresentam mais resistência aos programas de exercício, então, material educacional adequado a essa baixa literacia, como um panfleto intuitivo e pouco dispendioso, com recomendações simples, ou mais complexas, de

atividade física ou exercício, desenvolvidas e escritas por um especialista deverá apresentar-se como estratégia coadjuvante do aconselhamento e ensino presencial (Smith et al. 2000; Swinburn et al. 1998; Swedish National Institute of Public Health, 2010).

Nas últimas décadas, a prescrição escrita de conselhos para que doentes e população em geral se mantenham fisicamente ativos através de atividades ou de programas de exercício específicos tem sido difundida como uma forma de dar recursos aos cidadãos, capacitando-os para gerir a sua própria saúde. *Green prescription, exercise by prescription, proactive healthcare by referral, prescriptions of physical activity* e *Physical Activity on Prescription, FaR®* são algumas das designações apresentadas na literatura e apontadas em várias investigações como medidas economicamente acessíveis de aumentar a atividade e de melhorar a qualidade de vida de determinados doentes em 12 meses, sem evidência de efeitos adversos (Elley, Kerse & Robinson, 2003; Elley, Arroll, Swinburn, Ashon & Robinson, 2004; Williams, 2009; Umpierre *et al.*, 2011).

Prescrição de atividade física e exercício – níveis, tipo de atividade e agentes

De acordo com o Swedish National Institute of Public Health (2010), existem quatro níveis de prescrição de atividade física; o nível 1 é relevante para pessoas com doença já desenvolvida ou com risco muito elevado de a desenvolver, não devendo participar em programas sem supervisão de profissionais saúde, como fisioterapeutas especialistas em exercício; a prescrição para a atividade física deve ser escrita para "formalizar" um programa personalizado. O aconselhamento sobre atividade física diária, como caminhar, também pode ser vantajosa neste nível 1.

O nível 2 refere-se à participação em programas especialmente adaptados ou atividades de baixa intensidade, individuais ou em grupo, em contextos controlados por profissionais de saúde, nomeadamente fisioterapeutas, em contextos clínicos tradicionais, de saúde ocupacional ou outros. Também deve ser formal do ponto de vista de programa especialmente concebido para a pessoa (ou grupo) em causa.

Os níveis 3 e 4 são apropriados para pessoas capazes de participar em programas regulares de atividade física, normalmente em grupo que podem ser promovidos por vários agentes desportivos, recreativos e sociais (ginásios, associações ou outros), embora também possa ser útil promover tipos de atividade específicos ou a manutenção ou aumento dos seus próprios perfis de atividade diária, no seu próprio domicílio ou locais de trabalho e lazer. A abordagem em grupo poderá ser mais adequada nestes níveis. Contudo, a seleção do nível deve, sempre que possível, ser controlada por preferências do próprio indivíduo.

A prescrição de um programa de atividade auto administrado (nível 4) é apropriada se:

- O indivíduo, depois de avaliado, demonstrar ser receptivo ao conselho, estar motivado e ser capaz de compreender e seguir a recomendação prescrita;

- O seu estado de saúde e as necessidades (sociais, emocionais, outros) não obrigarem a um programa sob supervisão.

A prescrição de atividade física ou exercício terá que respeitar determinadas características que, tal como assumido no Grantmakers In Health (2004), possam dar mais garantia de efetividade; 4 a 7 sessões de contacto, ao longo de, pelo menos, duas semanas, com duração mínima de 10 minutos, são alguns desses requisitos; enfatizar os aspetos positivos, contornar as dificuldades, adaptar atividades e exercícios com significado para o indivíduo e para a sua vida diária, assim como, follow ups constantes e repetidos ao longo do tempo, são outras estratégias para manter a adesão e a motivação para a mudança.

O fisioterapeuta, reconhecido pelas suas competências clínicas e científicas, como especialista em exercício ao longo da vida (Australian Physiotherapy Association, 2006) tem sido um interveniente ativo no desenvolvimento de programas de promoção de atividade física e exercício. Sempre que possível, o envolvimento com outros profissionais, nomeadamente psicólogos, é uma mais valia, permitindo incluir a entrevista motivacional e o treino de competências comportamentais específicas, outros elementos fulcrais para o sucesso dos programas (Cohen, Crabtree & Young, 2005; Thrston & Green, 2004).

Neste trabalho foi feita uma reflexão breve sobre a promoção da atividade física como forma de potenciar a saúde e o bem estar, destacando os níveis e formatos de prescrição, o tipo de atividade e o contexto (serviços de saúde, instituições sociais, recreativas e desportivas, comunidade, domicílio), em que diferentes profissionais poderão atuar, de acordo com as suas competências e responsabilidades, no âmbito da prescrição, aconselhamento e supervisão do programa individual ou em grupo, considerando os aspectos motivacionais da mudança de comportamento que possam contribuir para a adesão dos participantes, assim como para a efetividade dos resultados.

REFERÊNCIAS

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2008). *Windows into Safety and Quality in Health Care*. ACSQHC, Sydney.
- Australian Physiotherapy Association. (2006) *Position Statement: Evidence regarding therapeutic exercise in physiotherapy*. APA, Melbourne, Australia.
- Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), 368-74.

- Brassintong, G.S., Atienza, A.A., Perkec, R.E., DiLorenzo, T.M., & King, A.C. (2002). Intervention-Related Cognitive Versos Social Mediators of Exercise Adherence in the Elderly. *American Journal Preventive Medicine*, 23 (Suppl.2): 80-86.
- Cohen, D., Tallia, A., Crabtree, B., & Young, D. (2005). Implementing Health Behavior Change in Primary Care: Lessons From Prescription for Health. *Annals of Family Medicine*, 3 (Suppl 2),S12-S19.
- Elley, C.R., Kerse, N., Arroll, B., & Robinson, E. (2003). Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*,12(326),793.
- Elley, R., Kerse, N., Arroll, B., Swinburn, B., Ashton, T., & Robinson E. (2004). Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice. *The New Zealand Medical Journal*,17(117),U1216.
- Gausman, B.J., & Forman, W.B. (2002). Comprehension of written health care information in an affluent geriatric retirement community: use of the Test of Functional Health Literacy. *Gerontology*, 48(2),93-97.
- Global Advocacy Council for Physical Activity. (2010). *The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action*. International Society for Physical Activity and Health.
- Hellénus, M., & Sundberg, C.J. (2011). Physical activity as medicine: time to translate evidence into clinical practice. *British Journal of Sports Medicine*, 45,158.
- Latham, N., Anderson, C., Bennett, D., & Stretton, C. (2004). Progressive resistance strength training for physical disability in older people. The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). *PAGC Report* Washington, DC: U.S. Dept of Health and Human Services.
- Scott, T.L., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., & Baker, D.W. (2002). Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5),395-404.
- Smith, B.J., Bauman, A.E., Bull, F.C. et al. (2000). Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *British Journal of Sports Medicine*, 34, 262–267.
- Swedish National Institute of Public Health . (2010). *Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease*. Professional Associations for Physical Activity, Sweden (<http://www.fyss.se>)

- Swinburn, B.A., Walter, L.G., Arroll, B. et al. (1998). The green prescription study: a randomised controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health* 88:288–291.
- The Foundation Center (2004). *Update on Foundation Health Policy Grantmaking*.
- Thrston, M., & Green, K. (2004). Adherence to exercise in later life: how can exercise on prescription programmes be made more effective? *Health Promotion International*, 19(3), 379-386.
- Umpierre, D., Ribeiro, P.A., Kramer, C.K., Leitão, C.B., Zucatti, A.T., & Azevedo, M.J., Gross JL, Ribeiro JP, Schaan BD. (2011). Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 305(17),1790-1799.
- Williams, N.H. (2009). "The wise, for cure, on exercise depend": physical activity interventions in primary care in Wales. *British Journal of Sports Medicine*, 43(2),106-108.
- Wu, G. (2002). Evaluation of the effectiveness of Tai Chi for improving balance and preventing falls in the older population—a review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(4), 746–54.

A AUTONOMIA PSICOLÓGICA NA ADOLESCÊNCIA E IDEIAS DE MORTE

CLÁUDIA MARTINS & MARIA GOUVEIA-PEREIRA

A ideação suicida pode ser definida por pensamentos e cognições sobre o acabar com a sua própria vida, podendo ir, num crescente hierárquico, desde pensamentos gerais sobre a morte até idealizações mais sérias sobre formas de cometer o suicídio (Ferreira & Castela, 1999; Sampaio 1991; Saraiva, 1999).

Para Sampaio (2002, 2006), os comportamentos suicidas têm uma função apelativa e relacional revestindo-se de um «paradoxal» apelo à mudança de comunicação do sistema familiar (meta-comunicação), comunicando que algo não está bem e que é necessário que ocorra mudanças no contexto familiar. Os comportamentos suicidários possuem, portanto, um carácter ambivalente e relacional na medida em que se trata de um gesto ou pensamento auto-destrutivo e, simultaneamente, de uma tentativa de comunicação e de apelo.

Quando o adolescente do ponto de vista emocional não está bem, pode viver as suas emoções e conflitos com um grande sofrimento, é a lei do tudo ou nada, da vida ou da morte, podendo a sua comunicação ser também através do silêncio ou do próprio comportamento (passagem ao acto) (Fleming, 2005), por exemplo o comportamento suicidário.

Assim, a análise dos comportamentos suicidários deverá olhar para as dificuldades das tarefas desenvolvimentais do adolescente, nomeadamente a sua autonomia psicológica face aos pais.

A adolescência e a separação psicológica

Entre as diversas tarefas desenvolvimentais na adolescência, a separação psicológica tem sido referida por diferentes abordagens teóricas como uma tarefa fundamental (Blos, 1979; Claes, 1990; Erikson, 1968; Fleming, 1993), podendo esta ser adquirida através da mudança relacional com os pais e companheiros. Estas mudanças relacionais não significam, contudo, uma ruptura dos vínculos com os pais, mas são antes mudanças necessárias para que se realize com sucesso a aquisição da autonomia do adolescente. Assim, este processo é também um enorme desafio para a família, pois exige alterações no tipo de relação interfamiliar, uma vez que até então essa relação era de total dependência (criança/pais).

O processo de autonomia depende, entre outros factores, da qualidade da relação que o adolescente percebe ter com os pais (Fleming, 2005).

Assim, os pais ao ajudarem o adolescente a construir a sua autonomia estão a facilitar que este assuma papéis de adulto a nível social, relacional e afectivo.

Nesta acepção, é necessário ter em conta que separação psicológica, autonomia e independência não são a mesma coisa. Separação psicológica têm a ver com a capacidade do adolescente tolerar a perda dos imagos parentais e de aceitar crescer. A autonomia pressupõe a capacidade de negociar com os pais as regras a cumprir, o que implica um sentimento de responsabilidade (Fleming, 2005). E de acordo com Relvas (1996), independência representa a capacidade de satisfazer as necessidades básicas, que antes estavam dependentes de outros (família), implicando também a responsabilização de todo e qualquer acto feito pelo indivíduo.

O adolescente vive o desejo, mas ao mesmo tempo um medo da separação dos pais, mas esta separação permite a remodelação interna da ligação aos pais, a consolidação da autonomia e da identidade (Fleming, 2005; Grotevante e Cooper, 1988) e, também, a alteração de comunicação e relações no sistema familiar. Para que se dêem estas alterações, é necessário existir um vínculo seguro aos pais (de amor e aceitação), porque se predomina a hostilidade e a desvalorização o processo de autonomia estará comprometido, dando origem ao impasse. Este impasse pode dar origem a um sintoma (Fleming, 2005), tal como a ideação suicida (Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006).

O conflito é necessário para que haja renegociação de regras e alteração do modo de funcionamento do sistema familiar, mas o conflito também pode ser vivido de uma forma destrutiva, como é descrito por Frazão e Sampaio (2006, *In* Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006), o que pode comprometer o desenvolvimento do adolescente.

Assim a separação psicológica e a autonomia dos pais não se adquire através do corte com as relações parentais, mas sim através da transformação dessas mesmas relações (Santos, 2001). A fase da adolescência também pode ser vista como uma nova oportunidade de criar vínculos/ligações seguras e satisfatórias. Mediante a interiorização de relações íntimas, confiantes e recíprocas com os familiares, o adolescente poderá quebrar a ligação familiar e substitui-la por ligações extra-familiares.

Hoffman (1984), conceptualizou a separação psicológica em quatro dimensões: a independência emocional, que consiste numa relativa liberdade em relação à excessiva necessidade de aprovação, apoio emocional e proximidade parental; independência ideológica, que remete para a diferenciação entre adolescente e pais ao nível de crenças, valores e atitudes; a independência funcional, reenvia para a capacidade de gerir e resolver os próprios problemas sem recorrer ao auxílio dos pais; e, por fim, a independência conflitual, que está associada à liberdade do adolescente relativamente a sentimentos negativos em relação a ambos os progenitores, como sentimentos de culpa, ressentimentos, ansiedade, desconfiança, irritabilidade e inibição.

A literatura tem evidenciado que os jovens apresentam menor independência face às figuras parentais, especialmente nas dimensões de independência emocional, ideológica e funcional (Lopez, 1989; Lucas, 1997; Thomason & Winer, 1994; Dias, 1996). Dias (1996), também refere na sua

análise, que só mesmo a sub-escala de independência conflitual do pai e da mãe, demonstrou uma relação consistente com a qualidade das relações com os pais, ou seja, quanto mais elevada era a independência conflitual, melhor era a qualidade das relações com os pais, mais elevada era a auto-estima e menores eram os sintomas depressivos.

De acordo com Laufer (2000), a incapacidade de adquirir a independência em relação aos pais, a incapacidade de construir novas relações e a necessidade contínua de se assegurar da aprovação parental para a sua conduta, podem ser sinais preocupantes, como por exemplo, o risco suicidário.

Meneese e Yutrenka (1990), numa amostra de adolescentes, verificaram que a ideação suicida estava relacionada com o clima familiar (organização, modos de expressão, conflitos e grau de dependência). E Tomori, Kienhorst, de Wilde e van den Bout (2001) (cit. por Frazão & Sampaio, 2006), mostram que a existência de conflitos entre e com os pais está relacionada com a presença de ideação suicida ou tentativas de suicídio em jovens.

Com base no que foi referido anteriormente, o objectivo principal deste estudo será analisar se a separação psicológica nas suas diferentes dimensões (independência emocional; ideológica, funcional e conflitual face à mãe e ao pai separadamente) influencia a ideação suicida do adolescente. Assim, a nossa principal hipótese é de que os adolescentes com um nível baixo de independência psicológica relativamente ao pai e mãe (separadamente) são aqueles que apresentam menor ideação suicida.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 248 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos ($M=16,42$; $SD=0,95$) em que 52,4% são do sexo feminino e 47,6% são do sexo masculino. Os dados foram recolhidos em escolas secundárias na área da Grande Lisboa. Realizamos um teste T-student no sentido de analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes idades (15, 16, 17, 18 anos) dos adolescentes na ideação suicida e na separação psicológica dos pais e os resultados mostraram que não existem diferenças significativas entre os adolescentes pertencentes a estes 4 grupos etários. Verificamos também que existem diferenças significativas entre géneros quanto à ideação suicida ($t=3,17$; $p=0,00$), em que as raparigas apresentam maiores níveis de ideação suicida ($M=2,22$; $SD=1,18$) em comparação com os rapazes ($M=1,78$; $SD=0,93$). Este último resultado vai de encontro à literatura.

Material

Inventário de Separação Psicológica - Este Inventário foi desenvolvido por Hoffman (1984) e adaptado a uma amostra de adolescentes portugueses por Santos (2001). Este inventário na sua totalidade é constituído por 88 itens (44 itens para cada figura parental) divididos pelas 4 sub-escalas

de independência: emocional, ideológica, conflitual e funcional. A escala de independência emocional remete para a liberdade por parte do jovem em relação à necessidade de aprovação, proximidade e apoio emocional dos pais (ex. A minha mãe é a pessoa mais importante para mim”). A escala de independência ideológica para a diferenciação entre os pais e o filho adolescente, no que diz respeito a valores, crenças e atitudes (ex. “As ideias que tenho sobre a religião são semelhantes às da minha mãe”). A escala de independência conflitual tem em conta as sensações de culpa, ansiedade, responsabilidade, ressentimento, inibição e raiva em relação às figuras parentais (ex. “Fico irritada quando o meu pai me critica”). A escala de independência funcional está ligada à capacidade do sujeito lidar e tratar os seus próprios assuntos sem o auxílio dos pais (ex. “As vezes penso que sou muito agarrado ao meu pai”) (Almeida, Dias & Fontaine, 1996).

No sentido de contrabalancear o efeito de ordem, aplicamos a metade dos sujeitos em primeiro lugar a escala relativa à mãe e de seguida a escala relativa ao pai, enquanto que à outra metade dos participantes fizemos o inverso.

Questionário de Ideação Suicida – Esta medida foi adaptada por Ferreira e Castela (1999), sendo constituído por 30 itens (ex^{os}. “Pensei suicidar-me” e “Pensei na morte”).

Procedimento

As escalas foram aplicadas aos participantes após lhes ter sido garantido o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, bem como de nos ter sido dada autorização para a sua aplicação pela Direcção das respectivas escolas. A aplicação de todas as escalas demorou aproximadamente 30 minutos. Foi também fornecido aos participantes contacto telefónico e morada do Hospital de residência, ao qual poderiam recorrer caso sentissem necessidade para tal.

RESULTADOS

Para responder à nossa hipótese, ou seja verificar se existem diferenças significativas relativamente à ideação suicida em função do grau de independência emocional, ideológico, conflitual e funcional (alta ou baixa) em relação à mãe e ao pai (separadamente) realizamos duas ANOVAS two-way.

Os resultados mostraram que não existem efeitos de interacção entre as variáveis independentes na ideação suicida. Verificaram-se, no entanto, efeitos principais nas variáveis independência conflitual da mãe e do pai e independência emocional e ideológica do pai. Os sujeitos com maiores níveis de ideação suicida, apresentam menor independência relativamente aos pais na dimensão conflitual, em comparação com os adolescentes com níveis de ideação suicida baixos (Quadro 1 e 2).

Enquanto que os adolescentes com menores níveis de ideação suicida aparentam ser menos autónomos do pai ao nível emocional e ideológico (Quadro 2).

Assim, os nossos resultados permitem-nos afirmar que a nossa hipótese se confirma parcialmente

visto existirem dimensões de independência (alto vs baixo) que não têm impacto na ideação suicida dos adolescentes.

Quadro 1: *Médias dos sujeitos nos efeitos principais ao nível das variáveis Independência Emocional, Ideológica, Conflitual e Funcional relativamente à Mãe na Ideação Suicida.*

		Média
Independência Emocional_Mãe	Baixo	2,02
	Alto	2,00
(F(1,232)=2,05; p.=0,15)		
Independência Ideológica_Mãe	Baixo	1,83
	Alto	2,19
(F(1,232)=1,97; p.=0,16)		
Independência Conflitual_Mãe	Baixo	2,22
	Alto	1,78
(F(1,232)=7,91; p.=0,01)		
Independência Funcional_Mãe	Baixo	2,00
	Alto	2,03
(F(1,232)=0,04; p.=0,84)		

Quadro 2: *Médias dos sujeitos nos efeitos principais ao nível das variáveis Independência Emocional, Ideológica, Conflitual e Funcional da Pai na Ideação Suicida.*

		Média
Independência Emocional_Pai	Baixo	1,97
	Alto	2,06
(F(1,232)=4,76; p.=0,03)		
Independência Ideológica_Pai	Baixo	1,79
	Alto	2,28
(F(1,232)=8,53; p.=0,00)		
Independência Conflitual_Pai	Baixo	2,17
	Alto	1,85
(F(1,232)=4,46; p.=0,04)		
Independência Funcional_Pai	Baixo	1,89
	Alto	2,10
(F(1,232)=1,89; p.=2,10)		

DISCUSSÃO

No que respeita à variável independência conflitual, a análise dos dados mostra que os adolescentes com alta independência conflitual em relação à mãe e ao pai são os que têm níveis mais baixos de ideação suicida, quando comparados com os adolescentes com uma fraca independência conflitual.

Assim, os adolescentes da nossa amostra que apresentam uma maior independência ao nível conflitual revelam igualmente uma maior independência relativamente a sentimentos negativos relativamente a ambos os progenitores, tais como sentimentos de culpa excessivos, ressentimento, ansiedade, desconfiança, ira, inibição e raiva, permitindo-lhes deste modo distanciar-se psicologicamente e emocionalmente dos seus pais.

Os nossos resultados são consonantes com os estudos de Lewinson, Rohde e Seeley (1994), de Tomori, Kienhorst, de Wilde e Van den Bout (2001) e de Peixoto, Saraiva e Sampaio (2006), em que a presença de ideação suicida nos jovens está relacionada com os conflitos com a mãe e/ou pai. No

mesmo sentido vão os resultados de Dias (1996), que demonstra que quanto maior a independência conflitual, maior a auto-estima do jovem e menor será a tendência para a depressão.

Como se referiu, a separação psicológica do adolescente não implica uma ruptura de vínculos com os pais, mas sim transformações interaccionais, no sentido de uma interdependência e de uma co-evolução relacional entre si. Assim, a forma como o sistema familiar gere e elabora o conflito vai determinar a evolução do processo de autonomia (Relvas, 1996) ou o surgir do sintoma. Para que o conflito provoque a mudança no sistema é necessário existir um vínculo seguro por parte dos adolescentes aos pais. Apesar do conflito ser essencial e inevitável para a mudança de regras e a aquisição da autonomia dos adolescentes, estes têm de sentir que são amados e aceites por parte dos pais, mas, se ao invés, predomina uma relação de hostilidade e de desvalorização, o processo de autonomia ficará comprometido, dando origem ao impasse no desenvolvimento normal do adolescente (Fleming, 2006), ou ainda à permanência do conflito.

Os nossos resultados dão-nos conta também de que a elevada separação emocional e ideológica do adolescente face ao pai leva a níveis elevados de ideação suicida, o que parece não ser consonante com a teoria de que uma maior autonomia significa maior bem-estar psicológico do sujeito. Este resultado vai de certa forma ao encontro dos resultados de Dias (1996) e Dias e Fontaine (2001), em que uma maior independência Ideológica se associa a um menor bem-estar psicológico. Ou seja, uma menor independência a este nível significa a internalização dos objectos parentais e o facto de se terem tornado parte da identidade do adolescente conduz a um maior bem-estar, que neste caso se manifesta em níveis mais baixos de ideação suicida.

O pai assume aqui um papel importante e organizador do adolescente, no que diz respeito à ligação emocional e ideológica. De acordo com Minuchin (1988), o pai só assume uma posição mais ligada aos filhos, quando estes são mais velhos (quando deixam de ser crianças), o que de certa forma é também um factor cultural, em que a mulher cuida das crianças e o pai ocupa-se das questões mais pragmáticas dos filhos. Assim, o subsistema familiar mãe-filho, enquanto as crianças são pequenas, tendem para uma relação mais simbiótica, podendo o pai ser percebido como periférico à relação dual e o subsistema pai-filho pode tender para um subsistema desligado.

Ainda a este propósito Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) referem que o comportamento suicidário é uma forma de comunicar o sofrimento em que o adolescente se encontra, podendo ter origem em crises familiares, bem como em relações aglutinadas que não permitem a autonomia nem a resolução da emergência de conflitos. De facto, o gesto suicida surge como uma tentativa de comunicar, ou como afirma Sampaio (1991), como uma tentativa paradoxal de mudança do próprio e das relações familiares.

Este tipo de estudos podem sugerir algumas reflexões para a prática clínica, nomeadamente na intervenção com famílias com filhos adolescentes com e sem ideação suicida, na medida em que a qualidade do funcionamento familiar facilita o processo de autonomia do adolescente.

REFERÊNCIAS

- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Dias, G. (1996). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar psicológico dos jovens*. Tese de douturamento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Dias, M., & Fontaine, A. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Nova Iorque: Norton.
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S). In M. R. Simões, Gonçalves, & Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol.II, pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer. Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Hoffman, J. A. (1984). Psychological separation of late adolescents from their parents. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 170-178.
- Minuchin, S. (1988). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Peixoto, B., Saraiva, C., & Sampaio, D. (2006). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (2002). Intervenção familiar em adolescentes suicidas. *Psycologica*, 31, 85-92.
- Santos, P. J. (2001). Psychological Separation inventory: Revisão da investigação e análise factorial com uma amostra de adolescentes. *Psiquiatria Clínica*, 22 (3), 287-304.

ALTERAÇÕES SEXUAIS NA MULHER COM MENOPAUSA

CLAUDINA ISABEL SALGADO MARTINS & MARIA DE JESUS MACEIRAS

Dada a crescente tendência para o envelhecimento da população portuguesa, resultante da diminuição da mortalidade, da natalidade e aumento da esperança média de vida (Instituto Nacional de Estatística), torna-se importante olhar para esta nova realidade e agir em conformidade. Actualmente segundo dados do Instituto Nacional de Estatística a esperança média de vida é 78,17 anos, sendo de 74,84 anos para os homens e de 81,3 para as mulheres, o que significa que a população feminina vive aproximadamente um terço da sua vida no período de menopausa.

Em termos reprodutivos a vida de qualquer mulher é marcada por dois eventos importante, a menarca, ou primeira menstruação e a menopausa, que tradicionalmente é definida como a última menstruação da vida da mulher (Bastos, 2003).

O termo menopausa deriva do grego *meno* (mês, mês-truo) e *pausis* (pausa) e refere-se à cessação dos períodos menstruais (Northrup, 2009). Segundo a OMS, a menopausa é a cessação permanente da menstruação, que decorre da perda da função ovulatória (Bastos, 2003). Nesta fase devido à paragem da função ovárica deixa de existir a ovulação, a fecundação e a menstruação (Manuila, Manuila, Lewalle, & Nicoulin, 2003).

A menopausa na maioria das vezes é um processo natural, ocorrendo de forma gradual, contudo por vezes pode ser um processo artificial, quando por alguma condição da mulher, lhe têm que ser removidos os dois ovários (Nodin, 2002). Actualmente uma em cada quatro mulheres americanas, entra na menopausa em resultado de uma cirurgia. Sendo que a histerectomia (remoção do útero) com remoção dos ovários ou salpingooforectomia bilateral (remoção das trompas e dos ovários), provoca menopausa instantânea nas mulheres (Northrup, 2009).

A menopausa não sendo considerada doença, é uma fase de transição onde podem ocorrer uma série de alterações físicas e emocionais, que ocorrem mais no imediato ou mais tardiamente devido à diminuição da secreção de hormonas pelo ovário e afecta mais algumas mulheres do que outras (Rozenbaum, 2005; Santos 2003).

Entre as alterações que podem ocorrer na menopausa, destacam-se as que estão relacionadas com a sexualidade, nomeadamente as disfunções sexuais.

Assim sendo, e tendo em conta os modelos do ciclo de resposta sexual de Masters e Johnson (1984) e de Kaplan (1977), onde constam as fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução, estabeleceram-se critérios de diagnóstico para as perturbações da sexualidade. Para que exista disfunção sexual, é necessário que haja alteração em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao acto, que se manifeste de forma persistente ou recorrente (Abdo & Fleury, 2006).

A Associação Psiquiátrica Americana (2002) classificou as disfunções sexuais em diferentes categorias, que são: perturbação do desejo sexual, perturbação da excitação sexual, perturbação do orgasmo, perturbações sexuais dolorosas (dispareunia e vaginismo), disfunção sexual devida a uma condição médica geral; disfunção sexual induzida por substâncias e por fim, disfunção sexual sem outra especificação (Abdo e Fleury, 2006).

Tendo em conta o mencionado e não esquecendo o reconhecimento da sexualidade como um dos pilares da qualidade de vida, torna-se fundamental a valorização da sexualidade nesta fase do ciclo vital que é a menopausa, olhando para o seu carácter multidimensional, dependente de factores anatómicos, fisiológicos, psicossociais, culturais, relacionais e experiências de vida.

Atendendo à necessidade de um conhecimento mais aprofundado sobre a sexualidade das mulheres nesta fase do ciclo vital, esta investigação teve como objectivo: Avaliar as alterações na resposta sexual feminina após a menopausa. É um estudo quantitativo, comparativo/descritivo, atendendo que os dados actuais sobre o funcionamento sexual da mulher em menopausa, foram comparados com os que a mulher percepcionava que era antes da menopausa.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por um total de 34 mulheres com menopausa fisiológica e 17 mulheres com menopausa cirúrgica. A amostra foi recrutada no Centro de Saúde da Graça, após aprovação da direcção.

Foi entregue a todas as participantes o protocolo de avaliação, bem como o consentimento informado.

Quadro 1:Características da amostra de mulheres na menopausa fisiológica (n=34).

Variáveis	M	%
Idade média, (média em anos)	60,3	
Escolaridade:	Até ao 9º ano	76,5
	Secundário	20,6
	Frequência Universitária	2,9
Estado civil:	Solteira	5,9
	Casada	55,9
	União de Facto	11,8
	Divorciada	11,8
	Viúva	14,7
Religião:	Católica	94,1
	Evangélica	2,9
	Sem Religião	2,9
Idade do início da menopausa	49,8	
Terapêutica hormonal de substituição	Sim	17,6
	Não	82,4

Quadro 2: Características da amostra de mulheres na menopausa cirúrgica (n=17).

Variáveis	M	%
Idade média, (média em anos)	60,8	
Escolaridade:	Até ao 9º ano	82,4
	Secundário	5,9
	Frequência Universitária	11,7
Estado civil:	Casada	58,8
	União de Facto	23,5
	Divorciada	5,9
	Viúva	11,8
Religião:	Católico;	82,4
	Ortodoxo;	11,8
	Sem Religião	5,9
Idade do início da menopausa	41,7	
Terapêutica hormonal de substituição	Sim	47
	Não	53

Material

O material aplicado no estudo incluía um questionário de caraterização da amostra, construída pelos investigadores e o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Rosen et al. 2000; versão Portuguesa: Nobre, 2006). O questionário de caraterização incluía questões como: idade, escolaridade, estado civil, religião, idade de início da menopausa e o consumo ou não de terapêutica hormonal.

O FSFI (Nobre, 2006) é um questionário composto por 19 itens que pretendem avaliar o funcionamento sexual feminino em seis domínios, para além disso ainda fornece um resultado para o funcionamento sexual global. Os seis domínios que compõem a escala são os seguintes: desejo (2 itens); excitação (4 itens); lubrificação (4 itens); orgasmo (3 itens); satisfação (3 itens) e dor (3 itens). As opções de resposta do FSFI estão dispostas numa escala de Likert que vão de 1 a 5 nos itens 1, 2, 15, e 16 de 0 a 5 nos restantes itens. O nível de funcionamento sexual pode variar entre 2 a 36, sendo

que valores baixos correspondem a um pior funcionamento sexual enquanto que valores mais elevados correspondem a melhores níveis de funcionamento sexual.

Os participantes preencheram um FSFI que correspondia à sua auto-percepção sobre o seu funcionamento sexual antes da menopausa e o outro sobre a sua situação atual.

Procedimentos

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS – 18.0). Os métodos estatísticos incluíram a estatística descritiva com as frequências de resultados por cada variável, Teste Não Paramétrico de Kolmogorov Smirnov para averiguação da Normalidade da distribuição da amostra para cada variável e a correlações de Pearson.

RESULTADOS

A nossa amostra revelou que tanto as mulheres em menopausa fisiológica, como em menopausa cirúrgica, apresentaram uma diminuição significativa quanto à frequência com que sentiam desejo ou interesse sexual, após a menopausa, sendo de 67,7% para as mulheres em menopausa fisiológica e de 70,5% em menopausa cirúrgica. Também em relação ao nível do desejo ou interesse sexual se verificou uma diminuição de 70,5% nas mulheres independentemente do tipo da menopausa.

Os dados obtidos na nossa amostra corroboram com os do estudo conduzido em Inglaterra por Hawton e colaboradores em 1994, que apontam valores de prevalência de desejo sexual hipoactivo de 56,7% na população feminina pós menopausa (Nobre, 2006). Outro estudo revelou que pelo menos 50% das mulheres menopáusicas referem não terem diminuição do desejo sexual e menos de 20% referem um declínio significativo (Northrup, 2009), quanto à nossa amostra apenas 4% das mulheres, referiram aumento da frequência com que sentiam desejo ou interesse sexual e 2% ao nível de desejo, após a menopausa.

Em relação à excitação e lubrificação, a frequência com que se sentiam excitadas diminuiu 64,7% nas mulheres com menopausa fisiológica e 58,8% com menopausa cirúrgica. Também se verificou uma diminuição em relação ao nível de excitação, sendo de 67,6% nas mulheres com menopausa fisiológica e de 47% com menopausa cirúrgica após a menopausa. A confiança que tinham em conseguirem excitar-se, diminuiu em 73,5% das mulheres com menopausa fisiológica e em 52,9% com menopausa cirúrgica. Quanto à frequência com que se sentiam satisfeitas com a sua excitação sexual, diminuiu em 64,7% das mulheres com menopausa fisiológica e em 47% com menopausa cirúrgica.

DISCUSSÃO

Verificando-se que a confiança e o grau de satisfação quanto à excitação terem diminuído após a menopausa, estes dados estão em consonância com o facto de se sentirem excitadas menos vezes e quando se sentem excitadas o nível de excitação é menor, sugere-nos que contribua para uma diminuição da confiança em conseguirem excitar-se.

Quanto à lubrificação, que constitui uma das respostas fisiológicas do organismo à excitação, verificou-se que a frequência com que as mulheres ficavam lubrificadas durante a actividade sexual, bem como a frequência que mantinham a lubrificação até ao fim da actividade sexual diminuiu após a menopausa. Assim, quanto à frequência em que ficavam lubrificadas diminuiu em 70,5% nas mulheres com menopausa fisiológica e em 58,8% com menopausa cirúrgica. Em relação à frequência em manterem-se excitadas até ao fim da relação também diminuiu em 58,8% das mulheres em menopausa fisiológica e 47% em menopausa cirúrgica. Independentemente do tipo de menopausa 64,7% das mulheres da nossa amostra revelou um aumento na dificuldade em ficar lubrificada durante a relação sexual, assim como também revelaram dificuldade em manter a lubrificação até ao fim em 55,9% das mulheres com menopausa fisiológica e 52,9% com menopausa cirúrgica.

Segundo Brewer (1999) mais de metade das mulheres experimentam secura vaginal e falta de lubrificação após a menopausa, o que vai de encontro aos resultados obtidos. Pelo contrário, Nobre (2006), refere que apesar de vários estudos apontarem para um decréscimo na resposta de lubrificação vaginal com a idade, o efeito desta sobre a resposta de excitação está longe de ser directo, pois a capacidade da mulher pós-menopáusica experienciar respostas de excitação fisiológica é subjectiva mantém-se intacta.

Relativamente ao orgasmo constata-mos que a frequência com que atingiam o orgasmo diminuiu, em 58,8% das mulheres com menopausa fisiológica e 41,2% com menopausa cirúrgica. Também se verificou um aumento da dificuldade em atingirem o orgasmo, sendo de 55,9% em mulheres na menopausa fisiológica e 52,9% com menopausa cirúrgica. Quanto à capacidade para atingirem o orgasmo, verificou-se uma diminuição na satisfação sendo de 52,9% nas mulheres com menopausa fisiológica e de 47% das mulheres com menopausa cirúrgica.

Segundo Nobre (2006), os efeitos das hormonas como o estrogénio e a testosterona na resposta orgásmica parecem não ser tão claros como relativamente ao desejo ou à excitação sexual, contudo no presente estudo, verificou-se uma diminuição significativa na resposta orgásmica na mulher em menopausa, (independentemente de se tratar de menopausa fisiológica, ou cirúrgica) tal como se verificou relativamente ao desejo e à excitação.

O grau de satisfação em relação à proximidade emocional durante a actividade sexual diminuiu após a menopausa, sendo de 47% das mulheres em menopausa fisiológica e 29,4% em menopausa

cirúrgica. Quanto à satisfação com o relacionamento sexual em geral 52,9% das mulheres referiram haver uma diminuição no nível de satisfação do relacionamento sexual que mantinham com o parceiro após a menopausa independentemente do tipo de menopausa. Também verifica-mos, que 70,6% das mulheres com menopausa fisiológica e 52,9 % com menopausa cirúrgica referiram diminuição da satisfação com a vida sexual em geral.

Quanto à dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal, 50% das mulheres com menopausa fisiológica e 23,5% com menopausa cirúrgica, referiram que a frequência aumentou após a menopausa, quanto ao nível, 47% das mulheres com menopausa fisiológica e 23,5% com menopausa cirúrgica referiram um aumento no nível de dor após a menopausa. As causas mais frequentes da dor associada ao acto sexual devem-se à falta de lubrificação vaginal, a inflamações da zona pélvica, e a factores psicológicos, como medos em relação ao coito, motivados ou não por experiências traumáticas passadas (Nodin, 2002). A diminuição da lubrificação sugere-nos que seja a causa que esteja associada à dor nas mulheres da nossa amostra.

Quanto ao vaginismo verifica-mos que 32,4% das mulheres na menopausa fisiológica e em 29,4% das mulheres na menopausa cirúrgica a frequência com que a contracção dos músculos da vagina dificultou ou impediu a penetração do pénis aumentou após a menopausa. De acordo com o referido por Nobre (2006) este tipo de perturbação é mais comum em mulheres mais jovens e maioritariamente manifesta-se desde o início da actividade sexual. Contudo se tivermos presentes os factores psicossociais associados ao vaginismo, nomeadamente antecipação da dor, a amostra revela um aumento da frequência e do nível de dor, assim o receio da mesma e a própria antecipação podem levar contracções dos músculos que dificultem ou cheguem mesmo a impedir a penetração do pénis.

Os dados obtidos sugerem-nos que existe alterações na resposta sexual nas mulheres após a menopausa. As disfunções sexuais com maior prevalência após a menopausa são a perturbação do desejo sexual hipoactivo, a perturbação da excitação e do orgasmo. A perturbação do desejo sexual hipoactivo é a disfunção sexual mais prevalente quer na amostra de mulheres com menopausa fisiológica quer com menopausa cirúrgica, as restantes disfunções sexuais tem maior prevalência nas mulheres com menopausa fisiológica.

Constatamos que as mulheres da nossa amostra referem diminuição do grau de satisfação com a vida sexual no geral. Deste modo urge a intervenção dos profissionais de saúde junto da mulher na menopausa, prestando cuidados de forma holística, onde para além das preocupações com aspectos da sua saúde em geral, estejam também as preocupações relacionadas com a saúde sexual, pois esta constitui um dos indicadores da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Brewer, S. (1999). *A Menopausa*. Lisboa: Editorial Presença.
- Bastos, M. (2003). *Sorria você está na Menopausa*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Lorenzi, D., & Saciloto, B. (2006). Frequência da actividade sexual em mulheres menopausadas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52 (4), 256-260
- Manuila, L.; Manuila, A.; Lewalle, P. e Nicoulin, M. (2003). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nodim, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Northrup, C. (2009). *Corpo de Mulher, Sabedoria de Mulher – volume II*. Lisboa: Editora Sinais de Fogo.
- Peralta, P.(2010). *Disfunção sexual feminina*. ISEX – Caderno de Sexologia. nº2.
- Rozenbaum, H. (2005). *Guia Prático de Ginecologia*. Edições CETOP
- Santo, M. (2008). *Amor sem Limites*. Cruz Quebrada: Editora Academia do Livro.

O IMPACTO DO ABUSO SEXUAL NA SAÚDE DE JOVENS VITIMADAS

ROSIMEIRE DE CARVALHO MARTINS

O abuso sexual é uma das formas de violência sexual praticada desde os primórdios da história da humanidade e sua presença ainda hoje aparece em várias sociedades como algo que amedronta as relações entre homens e mulheres, e causa impacto negativo na saúde de quem a sofre. Embora seja um crime que atenta contra a liberdade da pessoa, é praticado em quase todas as culturas, etnias e classes sociais (Martins, 2010).

No Brasil esse tipo de violência se coloca hoje como um problema recorrente em muitas cidades brasileiras e, inúmeras causas são apontadas como propiciadoras do seu aumento. As vítimas preferências são as mulheres, principalmente crianças e adolescentes.

Uma face assustadora desse fenômeno é que o mesmo passa a ser visto como natural, existindo muitas dificuldades para aquilatar a sua dimensão. Diversos autores chamam a atenção para isso, alertando para a pouca confiabilidade dos registros disponíveis (Pfeiffer & Salvagni, 2005; Faúndes, Rosas, Bedone & Orozco, 2006).

Os registros representam uma subnotificação, pois nem todas as crianças revelam o abuso; em outros casos, revelam, mas não são acreditadas. Conforme informam Pfeiffer e Salvagni (2005) “Trabalha-se com um fenômeno que é encoberto por segredo, um muro de silêncio do qual fazem parte os familiares, vizinhos e, algumas vezes, os próprios profissionais que atendem as crianças vítimas de violência.” (p.197).

A vítima de abuso sexual está exposta a diferentes riscos, que comprometem sua saúde física e mental. Para Rodrigues et al (2006), as conseqüências são múltiplas, e seus efeitos devastadores. Assim, a violência sexual constitui um sério problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbidade feminina. Higa, Mondaca, Reis e Lopes (2008).

Damergian (1986) destaca que é a permissividade social que sustenta tal situação, pois a “nossa sociedade é tolerante com a violência, incorpora-a a seu cotidiano, de forma tal que não nos espantamos mais com as notícias de brutalidades cometidas indiscriminadamente contra crianças e contra adolescentes, inundando jornais e noticiários” (p. 3), donde poderíamos concluir que somos permissivos, complacentes e acomodados com a violência.

No Brasil os estudos sobre a temática da violência doméstica são recentes, tendo despertado maior preocupação no campo científico, institucional e político a partir da década de 1980, como evidenciam as pesquisas de Guerra (1985), Marques (1986), Santos (1987) e Azevedo e Guerra (1989). A principal preocupação dos estudos iniciais era a denúncia e a demonstração da incidência desse tipo de violência.

Atualmente o quadro referente às pesquisas se ampliou significativamente e as investigações sobre abuso sexual, realizados na área de estudos sobre violência contra as mulheres, têm contribuído evidenciar o impacto da violência sexual na saúde das vítimas.

Pesquisas recentes como as de Amazarray e Koller (1998), Charam (1997), Furniss (2002), Gabel (1997), Hirigoyen (2002), Mees (2001) e Rangel (1998), Santos (1997), Sobreira (1997), Teicher (2003), revelam preocupação com possíveis impactos na saúde ao se referirem ao aparecimento de problemas psicológicos como depressão, ansiedade e dificuldade nas relações afetivas e sexuais e evidenciam que a violência sexual representa um sério problema de saúde pública, que pode comprometer o desenvolvimento daqueles que a ela são expostos.

O que tem predominado na literatura contemporânea sobre a violência sexual é a ênfase nos aspectos negativos dela decorrentes. Verifica-se que a principal preocupação dos estudos tem sido a de demonstrar como as pessoas vitimadas ficam presas na teia de sofrimento decorrente do abuso, não conseguindo dela se libertar.

É importante ressaltar que embora haja o reconhecimento dos efeitos deletérios do abuso sexual na saúde das pessoas vitimadas, algumas mulheres contam com o apoio social e a compreensão de familiares e amigos, o que contribui para que haja superação das dificuldades originadas pelo abuso. Esta pesquisa investigou as representações de mulheres vitimadas sexualmente sobre as conseqüências que a violência trouxe a sua saúde, bem como as estratégias de superação dos agravos oriundos da violência e que indicadores elas usaram para afirmar que superaram os efeitos nefastos a sua saúde.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo dezoito mulheres, vítimas de abuso sexual, que procuraram atendimento em órgãos especializados no atendimento a vítimas como o programa SAVAS e o programa SENTINELA, na cidade de Manaus. O critério para a composição da amostra foi a decorrência de um ano do abuso, em função de entendermos que a passagem de tempo poderia proporcionar melhor elaboração dos sentimentos e pensamentos mobilizados pelo ocorrido.

Os dados sócio-demográficos revelaram que a grande maioria das vítimas na época de ocorrência do abuso sexual, 77%, era de estudantes e 33% encontravam-se atuando no mercado informal.

Material

Os dados foram coletados através de entrevistas utilizando-se um roteiro semidiretivo que abordou inicialmente informações sócio-demográficas, como idade, endereço, escolaridade, e residência, entre outras; logo após a coleta dessas informações a entrevista se manteve totalmente aberta para que fosse possível obter informações sobre o possível impacto do abuso sexual em sua saúde.

Procedimentos

O convite à maioria das participantes foi feito pelas psicólogas nos dois programas. No primeiro contato da fase de coleta de dados as participantes foram informadas detalhadamente sobre os objetivos do estudo e sobre o compromisso com o sigilo das informações fornecidas, bem como sobre a identidade das participantes.

Os dados foram analisados qualitativamente seguindo-se as características básicas da análise de conteúdo temáticas sugeridas por Bardin (2002).

RESULTADOS

Nos casos de abuso intrafamiliar, as participantes informaram não lembrar o que sentiram na primeira vez em que o abuso sexual ocorreu; informaram também que somente com a continuação do abuso sentiram medo de que a mãe descobrisse e que também sentiam muita culpa de terem sentido prazer. O decorrer do tempo e a continuidade das relações sexuais acabam por despertar sentimentos de prazer e desejo em algumas participantes, fato que agrava o sentimento de culpa.

Por outro lado, as vítimas de abuso sexual extrafamiliar relataram que, durante o abuso sexual, experimentaram um feixe de sentimentos que incluía medo (40%), raiva (32%) e tristeza (27%), sentimentos característicos da vivência de situações fortemente estressantes. Uma das entrevistadas revelou que sentiu medo do que o agressor pudesse lhe fazer, raiva por ter ficado impossibilitada de reagir frente às ameaças que sofreu e tristeza porque sabia que o ocorrido causaria sofrimento também a seus familiares.

Em todos os casos de abuso do grupo extrafamiliar, o maior medo experimentado pelas participantes, sob o terror provocado pela grave ameaça de morte ou pelo constrangimento da violência física, foi o de morrer ali mesmo. Após a violência passaram a sentir vergonha diante da possibilidade de outras pessoas virem a saber do que lhes tinha ocorrido, receio de engravidar do abusador ou de contrair AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Nenhuma das vítimas de violência extrafamiliar entrevistadas reagiu de modo intenso em luta física com o estuprador. Contaram, constrangidas, que se deixaram dominar pelos estupradores e que, em

alguns casos, até facilitaram para ficarem logo livres dele, motivo pelo qual apresentavam poucas lesões corporais, que geralmente eram de natureza leve e dificilmente poderiam comprovar o ocorrido.

Como as lesões de natureza leve dificilmente são consideradas para comprovar o ocorrido, as vítimas sofrem uma segunda forma de violência quando dúvidas são levantadas a respeito e a ela são aplicados os mitos construídos em torno do abuso sexual. Um desses mitos enfatiza que é a mulher que provoca o estupro, em função da maneira como se veste, do modo como caminha e se comporta frente aos homens. Doze das entrevistadas sentem-se culpadas pela ocorrência do abuso sexual, pois acreditam que se não tivessem saído de casa, ou se estivesse vestida de outra maneira, o abuso não teria ocorrido. Algumas delas se culpam até por estarem dormindo sozinhas em seus quartos quando foram abordadas pelo agressor.

Por geralmente desconhecerem os procedimentos decorrentes da denúncia em delegacias e o necessário exame no Instituto Médico Legal, várias entrevistadas acabaram por não ter como “provar” frente às instituições policiais que sofreram violência sexual, devido à insuficiência de fluidos vaginais e a inexistência de hematomas. As mulheres violentadas sentem-se “sujas”, com nojo do próprio corpo, e tomam banho logo que podem e entram em estado de raiva e tristeza, o que as leva a retardar o início dos procedimentos legais para denunciar o abuso e realizar os exames necessários.

Como efeitos do abuso sexual a longo prazo, encontramos a insegurança, pesadelos, nervosismo, falta de apetite, gastrite, falta de confiança nas pessoas, isolamento, baixa auto estima, depressão, frieza nas relações sexuais, raiva da família e medo da repetição do abuso.

Lewis e Wolkmar (1993) e Mattos (2002) enfatizam que os efeitos da violência sexual contra crianças e adolescentes estão relacionados à fase evolutiva em que elas se encontravam na ocasião do abuso sexual. Verificamos que o impacto do abuso sexual é mais negativo em nossas entrevistadas do grupo intrafamiliar, visto serem elas ainda adolescentes, portanto mais vulneráveis à interferência negativa do ocorrido em seu desenvolvimento, do que as que compuseram o grupo extrafamiliar que, por ocasião do abuso, já eram adultas jovens. O abuso intrafamiliar mostrou-se mais pernicioso a longo prazo, por terem as vítimas quase sempre menor idade e ser esse tipo de abuso sexual de duração prolongada.

Também verificamos que o tipo de vínculo existente entre o abusador e a vítima no grupo intrafamiliar pode aumentar os impactos negativos. Entendemos que o estupro quando praticado por alguém externo ao núcleo familiar, parece ser muito mais traumatizante em curto prazo, do que aquele praticado por alguém conhecido da vítima. De acordo com o que elas relataram, no último, o contato sexual foi se estabelecendo de forma gradativa e não de forma abrupta como foi referido nos relatos das vítimas pertencentes ao grupo extrafamiliar, o que nos casos intrafamiliares provoca uma atitude de aceitação a violência.

É importante ressaltar que não devemos generalizar os efeitos do abuso sexual para todas as pessoas vitimadas, pois a gravidade e a quantidade das conseqüências dependem do tipo de experiência vivenciada por cada vítima e de como cada uma delas reage ao impacto desse evento em sua vida, bem como, se pode ou não contar com o apoio de amigos, familiares e de profissionais ou serviços que podem ajudar na compreensão e superação das dificuldades originadas pelo abuso sexual sofrido.

Sabemos que o abuso sexual é um tipo de violência nociva à saúde e ao desenvolvimento daqueles que a sofrem. No entanto, sabemos que nem todos os que são acometidos por esse tipo de violência reagem da mesma maneira. Nesta pesquisa encontramos descrições de mulheres vitimadas que não confirmam as predições de sintomas e danos referidos por alguns autores que estudam o desenvolvimento humano nestas condições.

DISCUSSÃO

Embora autores como Amazarray e Koller (1998) e Banyard e Williams (1996) tenham indicado que o abuso sexual é mais prejudicial quando recorrente, outros (Lewis e Wolkmar, 1993; Mattos, 2002) enfatizam que os efeitos da violência sexual estão relacionados à fase evolutiva em que as vítimas se encontravam na ocasião do abuso. De acordo com as informações fornecidas pelas entrevistadas, verificamos que ocorre um grau maior de violência nos eventos únicos, geralmente do tipo extra-familiar, enquanto nos abusos sexuais intra-familiares a principal estratégia utilizada pelos abusadores foi a sedução, freqüentemente associada à intimidação e à ameaça, o que faz com que seja percebido como menos violento. De qualquer modo, parece evidente a dificuldade de mensurar qual tipo de abuso produz seqüelas mais graves, aspecto que permanece controvertido na literatura.

Constatamos que em 50% dos casos, mesmo já decorrido um ano, ainda há seqüelas que se manifestam na saúde das mulheres, se refletindo de modo inequívoco nos seus relacionamentos sexuais, sociais e familiares. O impacto na saúde se estabelece de forma mais prolongada quando a mulher vitimada não pode contar com o apoio de amigos, de familiares, e principalmente o apoio da mãe. Os dados revelaram que a forma como a mãe desempenha seu papel na família como progenitor não-abusivo e continente para as angústias dos filhos é fundamental para fortalecer a auto-estima e melhorar o modo como a vítima lida com a violência sofrida.

Identificamos também uma crescente mobilização das vítimas para a superação dos problemas, e a demonstração de que é possível “sobreviver” a essa situação estressante. Em 50% dos casos, o suporte social proporcionado por amigos e serviços de apoio psicológico foi fundamental no processo individual de enfrentamento dos impactos da violência. Com isso queremos dizer que há pessoas que, apesar do horror vivenciado, conseguem elaborá-lo e lhe dar um significado que possibilita dar

continuidade à vida sem repercussões tão graves. É claro que não há um esquecimento ou mesmo uma diminuição da dor, mas o desenvolvimento de uma capacidade para lidar com o evento.

Concordamos com Junqueira (2001) quando enfatiza a importância de se mudar a maneira como vemos os vitimados por situações adversas, pois tal mudança pode significar para o próprio sujeito uma nova perspectiva, de reconstrução.

Independente do fato de terem sofrido abuso por alguém pertencente ao grupo familiar ou desconhecido, em todas as categorias de dados os depoimentos estudados revelam que o fato de ter sido abusada sexualmente além de infringir importantes regras do direito à integridade física e psicológica, também tolhe o pleno exercício da cidadania e limita as relações sociais das mulheres vitimadas. É um crime impulsionado pela cultura patriarcal, cujo mito fundador é a crença na superioridade masculina, que se reflete em estilos e padrões de comportamento que legitimam o domínio e o poder do homem adulto sobre as crianças, os adolescentes e as mulheres. O domínio patriarcal se fortalece também nos segredos familiares decorrentes da concepção de que a violência doméstica é do âmbito exclusivo das relações privadas.

REFERÊNCIAS

- Amazarray, M. R., & Koller S. H. (1998). *Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*, 14-21.
- Azevedo, M. A. & Guerra, V. N. A. (1989). Vitimação e vitimização: questões conceituais. In: Azevedo, M. A. & Guerra, V. N. A. (Orgs.). *Crianças vitimadas: a síndrome do pequeno poder*(pp. 25-47). São Paulo: Iglu,
- Banyard, V., & Williams, M. (1996) *Characteristics of child sexual abuse as correlates of womens adjustment: a prospective study*. Journal of Marriage and family, 58, 853-865.
- Bardin, L. (2002). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Charam, I. (1997). *O Estupro e o Assédio Sexual: como não ser a próxima vítima*. Rio de Janeiro. Record: Rosa dos Tempos.
- Damergian, S. (1986). Entre a vida e a morte: A violência contra a infância nos grandes centros urbanos. In: STEINER, M. H. F. (org.). *Quando a criança não tem vez: violência e desamor* (pp. 1-15). São Paulo: Ed. Pioneira,
- Faúndes, A., Rosas, C.F., Bedone, A.J., & Orozco, L.T. (2006). *Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia, 28(2), 126-35

- Furniss, T. (2002). *Abuso Sexual da Criança: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Gabel, M. (org.) (1997). Algumas Observações preliminares. In: *Crianças vítimas de Abuso Sexual* (pp. 9-13). Tradução de Sônia Goldfeder. São Paulo: Summus.
- Guerra, V. N. A. (1985). *A violência de pais contra filhos: procuram-se as vítimas*. São Paulo: Cortez.
- Hirigoyen, M. F. (2002). *Assédio Moral: A violência perversa no cotidiano*. Tradução Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Junqueira, M. F. P. S. (2001). Seguindo adiante... Criativamente – A Possibilidade de (Re) Construção após uma vivência de incesto. In: *Psicologia Clínica-Casal e Família: Teorias e Práticas contemporâneas* (pp. 25-38). Ed. Companhia de Freud, PUC. Rio de Janeiro,
- Lewis, M., & Wolkmar, F. (1993). *Aspectos clínicos do desenvolvimento na Infância e Adolescência*. Porto Alegre: Artes médicas Sul.
- Marques, M. A. B. (1986). *Um estudo preliminar sobre a violência doméstica contra a criança numa favela do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Programa de Pós graduação em Psicologia da Columbia University (mimeo).
- Martins, R. C. (2010). *Jovens mulheres vitimadas: abuso sexual, sofrimento e resiliência*. Curitiba: Juruá.
- Mattos, G. O. (2002). Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento. In: Ferrari, D. C. A. & Vecina, T. C. C (Orgs.) *O fim silêncio na violência familiar* (pp. 174-200). Teoria e Prática. São Paulo: Ed. Agora,.
- Mees, L. A. (2001). *Abuso Sexual: Trauma infantil e fantasias femininas*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81 (5,supl), 197-204.
- Rangel, P. C. (1998). *Abuso Sexual Intrafamiliar Recorrente*. Um estudo de caso. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória – ES, 172 p.
- Rodrigues, J. L.; Brino, R. F.; Williams, L. C. A. (2006) Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paidéia*, 16 (34), 229-240,
- Santos, H. O. (1987). *Crianças Espancadas*. Campinas, SP: Papirus.
- Santos, M. F. F. (1997). *Violência Sexual*. São Paulo: Alínea.

- Sobreira, J. C. M. (1997). *Incesto, Sexo y Poder. Abusos intrafamiliares y Patercracia em la Amazônia Brasileira: um estudo psicanalítico-antropológico*. Tese de Doutorado – Universidade de Salamanca, Espanha, 631 p.
- Teicher, M. H. (2002). Feridas que não cicatrizam: A neurobiologia do abuso infantil. *Revista Scientific American Brasil*, 1, 83-89.

AS ESTRATÉGIAS DE COPING E O IMPACTO SOFRIDO PELA FAMÍLIA QUANDO UM DOS SEUS ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER

*CAROLINA BEATRIZ SAVEGNAGO MARTINS 1, NELSON SILVA FILHO 2 & MARIA LAURA
NOGUEIRA PIRES 3*

Segundo dados da “Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil”, produzida pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e divulgada a cada dois anos, o Brasil teve cerca de 489.270 novos casos de câncer em 2010, isso quer dizer que foram quase 500 mil pessoas diagnosticadas com a doença.

O câncer, por ser uma doença crônica, acaba expondo não só a pessoa diagnosticada a um novo tipo de vida, mas expõe também seus familiares, que vêem sua rotina – não menos dolorosa do que a do paciente - totalmente alterada por conta da situação e sofrem com o possível afastamento social que tanto eles como a pessoa doente podem enfrentar, por ter que passar a freqüentar o hospital rotineiramente.

De acordo com um estudo realizado em 1998 sobre a revisão teórica de *coping*, o termo “*coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, têm se constituído em objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais” (Antoniuzzi, Dell’anglio & Bandeira, 1998, p. 274).

Nos últimos anos o conceito de *coping* tem aparecido em vários estudos que envolvem seres humanos em situações tidas como estressantes e conflituosas, pois é cada vez maior o interesse dos profissionais da área da saúde em avaliar a maneira como as pessoas lidam com essas situações.

Além do desgaste físico, os familiares passam por um grande abalo emocional e também psicológico, pois têm suas rotinas alteradas, com constantes visitas ao médico, tratamento contra a doença, hospitalização e o paciente, que enquanto doente, passa a exigir determinados cuidados.

1-Psicologia, UNESP- Assis; 2-Departamento de Psicologia Clínica – UNESP - Assis; 3- Departamento de Psicologia Experimental – UNESP – Assis.

“O adoecimento ocasiona crises e momentos de desorganização para o paciente e sua família, pois é o primeiro grupo de relações em que o indivíduo está inserido, na maioria das vezes, são os familiares às pessoas mais próximas do convívio do paciente.” (Stolagli, Evangelista & Camargo, 2008, p. 242)

São objetivos do estudo: Avaliar o impacto sofrido pela família ao descobrir que um de seus membros foi diagnosticado com câncer; Avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares em relação à doença da pessoa diagnosticada com câncer; Avaliar as perspectivas de futuro que esses familiares têm em relação ao paciente.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 40 familiares com média de idade de 45,7 ($dp = 12,67$) variando de 21 a 69 anos. Dos entrevistados que acompanhavam o paciente em tratamento contra o câncer, 19 (47,5%) eram filha/filho, 8 (20%) irmã/irmão, 10 (25%) esposas/esposos, 2 (5%) noras e 1 (2,5%) era mãe, sendo que 33 (82,5%) eram casados e 7 (17,5%) solteiros.

Com relação à escolaridade dos familiares, 15 (37,5%) disseram ter o ensino fundamental, 14 (35%) o ensino médio e 11 (27,5%) ensino superior. Quanto a situação ocupacional dos sujeitos, 20 (50%) exerciam atividade remunerada, 7 (17,5%) não exerciam atividade remunerada, 7 (17,5%) eram aposentados e 6 (15%) eram do lar.

A média de idade dos pacientes que estavam acompanhados foi de 61,05 ($dp = 13,98$) variando de 22 a 82 anos. Dos 39 pacientes, 24 (61,53%) eram do sexo feminino e 15 (38,46%) do sexo masculino. Quando indagados sobre a escolaridade dos pacientes, os familiares disseram que 24 (61,53%) tinham o ensino fundamental, 6 (15,38%) o ensino médio, 3 (7,69%) ensino superior, 5 (12,82%) eram analfabetos e um dos acompanhantes desconhecia a escolaridade do seu familiar.

Material

Questionário estruturado especificamente elaborado para o estudo e Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985) em sua versão traduzida e adaptada para o português por Savóia (1996).

O questionário estruturado foi usado com a finalidade obter dados de identificação do acompanhante bem como do paciente, além de traçar o perfil socioeconômico da família.

O Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foi utilizado com a finalidade de analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pela família em relação à doença da pessoa que foi diagnosticada. O Inventário “é composto de 66 itens que envolvem pensamentos e comportamentos

utilizados pelos indivíduos para lidar com as demandas internas e externas.” (Colleto, Câmara, 2009, p. 101 e 102). No presente estudo, o inventário foi respondido levando-se em conta as estratégias dos familiares em relação à enfermidade de um de seus membros que encontra-se em tratamento contra o câncer. Os 66 itens do instrumento são divididos em 8 fatores, a seguir: Fator 1: confronto (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6); Fator 2: afastamentos (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12); Fator 3: autocontrole (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63); Fator 4: suporte social (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22); Fator 5: aceitação de responsabilidade (itens 9, 29, 51 e 25); Fator 6: fuga esquiva (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16); Fator 7: resolução de problemas (49, 26, 1, 39, 48 e 52); Fator 8: reavaliação positiva (23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20). “As respostas de cada item são registradas a partir de uma escala Likert de zero (não usei essa estratégia) a três (usei em grande quantidade essa estratégia), e dada à resposta, de acordo com as frequências que a estratégia é utilizada pelos (...)” (COLLETO, CÂMARA, 2009, p. 102.) familiares do paciente que se encontravam em tratamento contra o câncer.

RESULTADO

A média de tempo do diagnóstico dos pacientes, em meses, foi de 23,66 (dp = 29,25) sendo o tempo mínimo de 1 mês e o tempo máximo de 120 meses. No que tange ao prognóstico, houve o predomínio do câncer de mama, com 8 (20,51%) casos, seguido de câncer de próstata com 6 (15,38%), câncer de pulmão e intestino, com 3 (7,69) casos cada, câncer de pele com 2 (5,12) pacientes diagnosticados e 17 (51,7%) outros tipos de câncer com 1 caso cada.

Ao serem questionados sobre o que esperam para o futuro do familiar que fora diagnosticado com câncer, a maioria dos participantes disseram esperar a cura e a boa recuperação. Merece destaque, entretanto as poucas respostas daqueles que disseram não esperar muita coisa do futuro desses pacientes, mostrando-se assim descrentes. Ainda um dos familiares, que era marido da paciente, disse que não parou para pensar no futuro dela.

Sobre o sentimento que predominou quando souberam da notícia do diagnóstico, houve o predomínio da tristeza e do medo da perda. Alguns se mostraram angustiados, dizendo que ainda estavam preocupados, sentindo-se impotente diante da situação. Uma das entrevistadas, que era filha do paciente, disse estar conformada, pois já esperava e estava preparada para essa notícia.

Para melhor analisarmos o Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (1985), subdividimos os oito fatores em duas categorias, sendo elas estratégias funcionais composta pelos fatores que correspondem ao autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva, e as estratégias disfuncionais que correspondem aos fatores de confronto, afastamento, fuga e esquiva e aceitação de responsabilidade. A primeira categoria nos diz como os participantes enfrentam o problema de maneira positiva enquanto que a segunda categoria nos mostra como os participantes enfrentam o problema de forma negativa.

Com relação às estratégias funcionais, a mais utilizada pelos familiares foi resolução de problema com 85% seguida de suporte social com 72,5%, já a menos utilizada foi a de reavaliação positiva com 30%

No tocante as estratégias disfuncionais, temos como a mais utilizada fuga e esquivas com 70% e a menos utilizada aceitação de responsabilidade com 0%. (**Quadro 1**)

Quadro 1: Porcentagem de pessoas que utilizam as estratégias de enfrentamento em grande parte das vezes à quase sempre obtidos por 40 familiares que acompanhavam o paciente no tratamento contra o câncer.

	N	%
Estratégias Funcionais		
Resolução de Problemas	34	85,0
Suporte Social	29	72,5
Autocontrole	25	62,5
Reavaliação Positiva	12	30,0
Estratégias Disfuncionais		
Fuga e Esquiva	32	80,0
Confronto	6	15,0
Afastamento	1	2,5
Aceitação de Responsabilidade	0	0

Ao correlacionarmos a idade dos participantes que estavam acompanhando o familiar, o tempo de diagnóstico dos pacientes e as estratégias de enfrentamento notamos que não há correlação com os dados e quando há correlação elas são muito fracas, sendo assim não podemos afirmar que o uso das estratégias de enfrentamento está relacionado com a idade dos que acompanham os familiares ou com o tempo de diagnóstico desses familiares. (Quadro 2)

Quadro 2: Correlação entre a idade dos entrevistados, o tempo de diagnóstico do familiar e as estratégias de enfrentamento

	Idade do familiar	Tempo de Diagnóstico do paciente
Estratégias Funcionais		
Resolução de Problemas	-0,07694	-0,00621
Suporte Social	-0,08445	0,232771
Autocontrole	-0,27247	0,142252
Reavaliação Positiva	-0,11375	0,126602
Estratégias Disfuncionais		
Fuga e Esquiva	-0,19138	-0,04005
Confronto	0,16291	-0,09239
Afastamento	-0,07369	-0,07271
Aceitação de responsabilidade	-0,00076	-0,01639

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesse estudo nos mostram que a maioria dos participantes que acompanham o familiar durante o tratamento são filhos dos pacientes (47,5%), destacando assim, segundo Molina e Marconi (2006), o papel acolhedor que a família exerce quando um dos seus foi diagnosticado com alguma doença, neste caso, o câncer.

A maioria dos familiares são casados e exercem algum tipo de trabalho remunerado além do fato de acompanhar o familiar durante as sessões de quimioterapia, o que de acordo com Fonseca, Penna e Soares (2008) essa tarefa pode ser desgastante tanto física como emocionalmente.

O fato de quase todos os familiares, com uma pequena exceção, ter respondido a questão que está relacionada com a perspectiva de futuro do paciente doente de maneira positiva, mostrando a esperança da cura e ou da recuperação, ocorre porque segundo Cunha (2009) a família tem o câncer como uma doença que pode levar a morte, mas não tem a certeza de que o familiar doente vai morrer então se sentem motivados pela esperança, sendo capazes de superar o sofrimento causado pela doença e assumir assim o papel de cuidador do familiar.

De acordo com as falas dos participantes relacionadas ao sentimento que predominou quando o mesmo ficou sabendo do diagnóstico do familiar, podemos perceber que a maioria confessou ter sentido muita tristeza e medo da perda, isso se deve, segundo Girardon-Perlini (2009) ao fato da família também sentir-se ameaçada pela doença e encontrar-se em situação de vulnerabilidade.

Com relação às estratégias de enfrentamento funcionais, ou seja, aquelas estratégias que nos mostram como o familiar enfrenta a situação de maneira positiva, é possível observar que as mais utilizadas pelos familiares foram resolução de problemas com 85%, seguida de suporte social com 72,5%, corroborando com um estudo realizado por Oliveira, Watanabe e Romano (2007) com familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva, onde também constatou a maior utilização dessas estratégias. Isso nos mostra que os participantes tendem a procurar auxílio material e afetivo oferecido pela sociedade, trocando dessa maneira recursos sócio-emocionais. Ainda de acordo com Oliveira et al. (2007) a utilização da estratégia de resolução de problemas constata a busca de alternativas e planos dos acompanhantes, com a finalidade de resolver o problema de forma efetiva e que beneficie o paciente.

Ainda, considerando as estratégias funcionais, temos que a menos utilizada foi a de reavaliação positiva com 30%, o que segundo Cunha (2009) se deve a família ter uma visão assustadora sobre o câncer, uma doença que pode até mesmo matar além de exigir um tratamento agressivo. Tal fato vai de encontro com o impacto negativo dos que de alguns acompanhantes ao receberem a notícia do diagnóstico do familiar.

Quanto às estratégias disfuncionais, que são aquelas que nos mostram como o familiar enfrenta a situação de forma negativa, temos que a mais utilizada foi a de fuga e esquiva com 80%, tal fato se deve porque a notícia de ser diagnosticado com câncer, segundo Matos & Santos (2002), provoca uma negação da doença além de ser associada com a morte, e isso ocorre tanto em paciente quanto com seus familiares.

Já a estratégia disfuncional menos utilizada pelos familiares foi a de aceitação de responsabilidade com 0%, portanto nenhum dos participantes atribuiu para si a culpa pelo adoecimento do familiar. Tal resultado está de acordo novamente com o estudo de Oliveira et al. (2007) em que aceitação de responsabilidade foi uma das estratégias menos utilizadas.

Verificou-se que a maior parte dos sujeitos são filhos dos pacientes, casados, ou seja, com outra família e exerce algum tipo de trabalho remunerado além dos cuidados dispensados ao paciente. Tais fatos podem acarretar em sobrecarga para esses indivíduos além de colaborar com fatores estressores.

O fato dos participantes terem tido um impacto negativo com a notícia da doença do familiar, como a tristeza e o medo da perda não fez com que eles tivessem uma perspectiva de futuro negativa em relação ao doente, pois eles esperam uma boa recuperação e a cura dos mesmos.

Com relação às estratégias de enfrentamento funcionais, as mais utilizadas pelos familiares foram a de resolução de problemas e suporte social, o que nos mostra que esses acompanhantes que participaram do estudo tendem a resolver o problema de forma efetiva a fim de beneficiar o familiar além de procurar medidas sócio-emocionais que a sociedade e as pessoas oferecem. Em contrapartida a estratégia funcional menos utilizada foi a de reavaliação positiva, sendo assim pensar na situação do familiar de uma maneira positiva pode tornar-se difícil talvez por conta do impacto negativo que o acompanhante tem diante da notícia.

Nas estratégias de enfrentamento disfuncionais tivemos como a mais utilizada fuga e esquiva, o que caracteriza sentimento de tristeza e o grande medo da perda que os acompanhantes disseram ter logo que recebem a notícia da doença do familiar. Ainda dentro das estratégias disfuncionais, a menos utilizada foi a de aceitação de responsabilidade com 0%, ou seja, nenhum dos familiares sente culpa ou atribui para si o adoecimento do familiar.

Quanto à correlação da idade do familiar entrevistado, o tempo de diagnóstico do paciente e as estratégias de enfrentamento, percebemos que não ocorre correlação e quando ocorre elas são muito fracas, sendo assim não podemos atribuir a utilização das estratégias de enfrentamento à idade desse familiar e nem ao tempo de diagnóstico do paciente.

REFERÊNCIAS

- Antoniazzi, A. S., Dell'anglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*, uma revisão teórica. *Revista Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-94
- Coletto, M., & Câmara, S. (2009) Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doenças crônicas: o contexto do cuidador. *Rev Diversitas – Perspectivas em Psicologia*, 5(1), 97-110.
- Cunha, M. L. R. (2009). *Incerteza e sofrimento: o sacrifício na vida familiar invadida pelo câncer da criança*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Fonseca, N. R., Penna, A. F. G., & Soares, M. P. G. (2008). Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir esse papel. *Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18(4), 727-743.
- Girardon-Perlini, N. M. O. (2009). *Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- INCA (Instituto Nacional de Câncer). Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 04 de Nov. 2009.
- Matos, J. S., & Santos, C. T. S. (2002). A influência das reações emocionais de familiares na recuperação de pacientes com câncer. *Belém*.
- Molina, M. A. S., & Marconi, S. S. (2006). Mudanças nos relacionamentos com amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Rer. Bras. Enfermagem*, 59(4), 514-20.
- Oliveira, J. F., Watanabe, C. E., & Romano, B. W. (2007). Estratégias de enfrentamento (“coping”) dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 17 (supl.3A), 4-9.
- Savóia, M. G., Mejias, N. P., & Santana, P. R. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, São Paulo, 7(1/2), 183-201.
- Stolagli, V. P., Evangelista, M. R. B., & Camargo, O. P.(2008). Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. *Octa. Ortop. Bras*, 16(4), 242-246.

NECESSIDADE DA GESTÃO DO ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS

SUELY APARECIDA DO NASCIMENTO MASCARENHAS 1, ANTÔNIO ROAZZI 2, GLORIA

FARIÑAS LEON 3 & J. L. PAIS-RIBEIRO 4

A saúde é um direito de todos e um fenômeno biopsicossocial. Doenças associadas ao estresse, incluindo ansiedade e depressão, são comuns no contexto social atual. Estudos clínicos sugerem que 50% a 75% de todas as idas ao médico são devidas principalmente ao estresse, que em termos de mortalidade traz um fator de risco maior que o fumo (Schreiber, 2004; Straub, 2005).

A ansiedade pode ser definida como um estado emocional desagradável e apreensivo, suscitado pela suspeita ou previsão de um perigo para integridade da pessoa. Cabral, (2006), considera ansiedade como uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigo real ou imaginário, marcada por sensações corporais desagradáveis, tais como uma sensação de vazio no estômago, coração batendo rápido, medo intenso, aperto no tórax, transpiração. A ansiedade pode ser causada por sintomas biológicos, como anormalias cerebrais e distúrbios hormonais, ou ainda por fatores que decorrem do modo de vida atribulado das pessoas nos dias atuais, o que causa inúmeros problemas, pois pessoas ansiosas perdem a autoestima, ou seja, tendem a pensar que não são capazes de realizar determinada atividade mesmo sem tentar fazê-la, de forma que o aprendizado é bloqueado e isso interfere não só no aprendizado da educação formal, mas também na inteligência social do indivíduo.

Por sua vez o estresse pode ser caracterizado como uma manifestação global do organismo, com componentes psicológicos e físicos, causadas pelas alterações psicofisiológicas e físicos. Causado pelas alterações psicofisiológicas decorrentes da confrontação pessoal com uma situação que de alguma forma altere sua estabilidade, podendo ser gerada pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional, por perturbarem a homeostasia interna (capacidade de manter ou reproduzir o equilíbrio diante de novas situações. (Dorsch, 2009).

Nessa visão, estresse não é uma reação única do organismo, mas, um processo que geralmente desencadeia reações bioquímicas visando fortalecer o organismo a fim de capacitá-lo para a ação necessária no momento.

1-Universidade Federal do Amazonas; 2 -Universidade Federal de Pernambuco; 3-Universidad de La Habana; 4-Universidade do Porto.

Entre estas reações aparecem: taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de está alerta, afetando o indivíduo tanto no físico como psicologicamente, comprometendo-o em várias esferas, inclusive na cognitiva e emocional. Segundo Lipp (1996), esse processo inicia-se de modo bem semelhante nas pessoas, diferenciando-se em fases mais avançadas de acordo com os hábitos pessoais e heranças genéticas.

As fontes geradoras de estresse são denominadas de estressores e podem ser classificadas como externas ou internas. Fontes externas são os acontecimentos do cotidiano, sobre os quais as pessoas têm pouco ou nenhum controle, ocorre fora do organismo e são mais fáceis de serem identificadas. Já as fontes internas decorrem do tipo de personalidade, de pensamento e o modo de reação aos acontecimentos externos de acordo com as crenças pessoais. As fontes, externas ou internas geradoras de estresse e as crenças básicas de lidar com as situações que exijam uma adaptação interna do organismo é que pode induzir o estresse, variando de intensidade conforme a percepção e as diferenças individuais. A depressão conforme a CDI 10 (Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição) não é definida como doença, mas, como um transtorno, sendo incluída no capítulo das doenças mentais. Transtorno mental pode ser definido como um conjunto de sintomas e comportamentos clinicamente reconhecíveis e associados. Na maioria dos casos, representa sofrimento para o indivíduo ou interferência em seu funcionamento pessoal (Reche, 2004). Nessa perspectiva, pode-se dizer que depressão é uma doença afetiva ou do humor, ou seja, afeta, altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida (Morais, 2011).

Este estudo parte de uma investigação mais ampla, já com alguns resultado divulgados (Mascarenhas & Pais-Ribeiro, 2011) toma em consideração que para o processo de estudo-aprendizagem os constructos cognitivos comportamentais da leitura, atenção, concentração, compreensão, assimilação, memorização e treino precisam ser acionados com eficiência. Deste modo, processos psicológicos associados aos fenômenos da ansiedade, do estresse e da depressão precisar ser geridos no sentido de prevenir e tratar tais ocorrências sob pena de comprometer as estruturas cognitivas dos estudantes necessárias para a realização do processo estudo-aprendizagem com eficiência por um lado, e por outro lado, contribuindo para a elevação dos indicadores de saúde psicológica e emocional e bem-estar dos estudantes universitários.

MÉTODO

A investigação de recorte transversal com enfoque quali-quantitativo com enquadramento histórico cultural tendo em vista a complexidade que caracteriza o domínio das ciências humanas (Fariñas, 2010; Fiorense, 2003; Pais-Ribeiro, 2005; 2007; 2008) apresenta interface entre psicopedagogia e psicologia da saúde analisando os efeitos dos fenômenos psicológicos da ansiedade, do estresse e da depressão sobre a condição individual do estudante para o processo de aprendizagem na perspectiva de

favorecer o estabelecimento de diálogos com a psicologia da educação e social na perspectiva de contribuir com os serviços de coordenação académica na promoção de ações visando a saúde e o bem-estar dos estudantes universitários (Mascarenhas, et.al, 2009-2012)

Participantes

Da coleta de dados quantitativos, participaram voluntaria e anonimamente da pesquisa n=1441 estudantes universitários de graduação matriculados em estabelecimentos de ensino situados no contexto amazônico do Brasil em cidade de capital e interior, sendo 55,1% do sexo feminino e 44,9% do sexo masculino, com idades compreendidas entre 18 e 60 anos. Já dos dados qualitativos coletados via grupos focais participaram 60 estudantes voluntários distribuídos em diversos cursos e períodos.

Material

O instrumento de coleta de dados foi as *Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS)* (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) é constituída por 21 itens. 7 itens associados ao fenómeno da ansiedade, 7 itens ao fenómeno da depressão e 7 itens ao fenómeno do estresse. Os sujeitos avaliam a extensão com que perceberam o ocorrência dos fenómenos em análise, cujos sintomas foram experimentados na última semana, numa escala de 4 pontos. 1. Não aplicou-se nada a mim, 2. Aplicou-se a mim algumas vezes, 3. Aplicou-se a mim muitas vezes e 4. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Para os dados obtidos via grupo focal as discussões foram gravadas com apoio de gravador digital.

Procedimentos

Os dados foram coletados em horários previamente agendados com os docentes e realizados grupos focais sobre a temática observando procedimentos éticos vigentes onde os estudantes participantes necessitaram de um tempo médio de 10 minutos para responder ao instrumento variando de 10 a 15 minutos. Para a realização dos grupos focais foram agendados os horários com os professores e os estudantes interessados em participar o fizeram de modo voluntário. A atividade teve uma duração entre 45 e 60 minutos, média 40 minutos.

Os dados após coletados receberam tratamento estatístico com apoio do programa SPSS no que tange à base da escala EAD21. Já os dados apurados a partir das gravações dos grupos focais foram transcritos com apoio do programa editor de texto (Word) e analisados de acordo com os objetivos da pesquisa nas dependências do LAPESAM- Laboratório de Avaliação Psicopedagógica, Educacional e Social da Amazônia, no *Campus* da UFAM em Humaitá.

RESULTADOS

Tomando em consideração as informações obtidas a partir dos dados coletados, foi possível demonstrar em que medida os fenômenos psicológicos ansiedade, estresse e depressão encontram-se presentes no contexto estudado o que pode estar impactando no bem-estar e desempenho acadêmico dos estudantes bem como representações manifestadas nos grupos focais acerca de temática.

Quadro 1: Depoimento grupo focal sobre ansiedade, estresse e depressão na universidade

Identificação do participante	Depoimento
Estudante, sexo feminino, curso pedagogia, 1 período.	<i>Sobre a ansiedade, ao adentrar da universidade, senti dificuldades em me enturmar com os meus novos colegas de sala, senti pressão da minha família e acabei me estressando com coisas que eu tinha muitas dificuldades, como ler muitos livros ao mesmo tempo, e a pressão acabou tirando minha concentração, comecei a dormir tarde, acordar cedo, e mudou completamente a minha rotina.</i>

Quadro 2: Média e Desvio Padrão: Escala EADS21: Fenômenos ansiedade, estresse e depressão n=1441 estudantes universitários Brasil 2009-2011.

Descrição dos Itens	Min.	Máx.	M	DP
1 – Tive dificuldade em me acalmar.	1	4	1,81	0,87
2 – Senti a minha boca seca.	1	4	1,73	0,85
3 – Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	1	4	1,71	0,87
4 – Senti dificuldade de respirar	1	4	1,54	0,82
5 – Tive dificuldade de tomar iniciativa de fazer alguma coisa.	1	4	1,95	0,90
6 – Tive tendência de reagir em demasia em determinadas situações.	1	4	1,84	0,10
7 – Senti temores (por exemplo, nas mãos).	1	4	1,84	1,01
8 – Senti que estava utilizando muita energia nervosa	1	4	1,89	0,95
9 – Preocupe-me com situações que podia entrar em pânico e fazer ridícula	1	4	1,75	0,93
10 – Senti que não tinha nada a esperar do futuro	1	4	1,57	0,87
11 – Dei por mim agitado	1	4	1,90	0,91
12 – Senti dificuldades de relaxar	1	4	1,99	0,93
13 – Senti-me desanimado (a) e melancólico (a)	1	4	1,97	0,96
14 – Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo	1	4	1,90	0,92
15 – Senti-me quase entrando em pânico	1	4	1,60	0,87
16 – Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	1	4	1,61	0,84
17 – Senti que não tinha muito valor como pessoa	1	4	1,57	0,86
18 – Senti que as vezes estava sensível	1	4	2,07	0,97
19 – Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos	1	4	1,77	0,96
20 – Senti-me assustado(a) sem ter uma boa razão para isso	1	4	1,70	0,90
21 – Senti que minha vida não tinha sentido	1	4	1,52	0,88

De acordo com os dados apresentados nos quadros 1 e 2, verifica-se a presença significativa dos fenômenos da ansiedade, estresse e depressão junto à amostra estudada, o que sugere a necessidade de atenção especializada por parte da gestão acadêmica das universidades uma vez que tais indicadores podem estar exercendo efeitos sobre o bem-estar, a saúde e o desempenho acadêmico dos estudantes.

DISCUSSÃO

Os indicadores registrados nesta investigação demonstram evidências da ocorrência dos fenômenos psicológicos de ansiedade, estresse e depressão por parte dos estudantes universitários que integram a amostra. O conhecimento aportado por este trabalho de pesquisa pode contribuir para tomada de decisões no sentido de apoiar os serviços de orientação educativa para a implementação de ações preventivas, de orientação e tratamento direcionadas aos estudantes do ensino superior. Por outro lado, o exame dos indicadores associados ao bem-estar e à saúde dos acadêmicos pode apoiar a tomada de decisões quanto a questões de ordem estrutural e logística bem como acerca da necessidade de apoio social e psicológico aos estudantes universitários.

REFERÊNCIAS

- Cabral, A., & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de psicologia*, 14º ed. – São Paulo: Cultrix.
- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de psicología*. 8ª edição, Barcelona: Herder.
- Fariñas, G. L. (2010). *A interdisciplinaridade nas ciências sociais*, São Paulo: Terceira Margem
- Fiorese, R. (2003). *Metodologia da pesquisa: como planejar, executar e escrever um trabalho científico*. João Pessoa: EDU.
- Lipp, M. E. N. (1996). *Stresse: Conceitos básicos*. Campinas: Papirus.
- Mascarenhas, S. A. do N., Lira, R. de S., Gutierrez, D. M. D., Silva, A. Q. da, Roazzi, A., Polydoro, S. A. J., Boruchovitch, E., Arza, N. A., & Pais-Ribeiro, J. (2011). *Relatório parcial do projeto: Avaliação de variáveis cognitivas e contextuais – orientação educativa, hábitos de estudos, estresse, ansiedade e depressão - interferentes no rendimento de estudantes do ensino superior do Amazonas e do Mato Grosso do Sul – apoio edital 2/2009 – Processo 401468/2009-7*, Humaitá, Amazonas, 2009-2012.
- Mascarenhas, S., & Pais-Ribeiro J. L. (2011). Diferenças de gênero verificadas na ocorrência dos fenômenos ansiedade, depressão e estresse na universidade – uma investigação com estudantes da Amazônia/ UFAM *Anais do 7º congresso Norte Nordeste de psicologia*. Salvador, Bahia, disponível em www.conpsi7.ufba.br.
- Morais, L. M. de (2011). *Relatório do projeto PIBIC –H 35-2010/2011*, LAPESAM, Universidade Federal do Amazonas, Campus Vale do Rio Madeira, IEAA-Humaitá, não publicado.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Reche, C. (2004). *Essa tal de depressão: doença ou resposta?* 2ª edição, Campinas- SP: ed. Átomo.

Pais-Ribeiro. J. L., Honrado, A., & Leal, I (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Psicologia, Saúde & Doenças, 5 (2), 229-239.*

Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde*, Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.

Pais-Ribeiro, J.L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*, 2ª edição, Coimbra: Quarteto.

Schreiber S. D.(2004). *Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise*, 15ª edição, São Paulo: Sá editora.

Straub, R. O. (2005) *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA MIGRÂNEA E NA CEFALEIA TENSIONAL

VIVIAN MASCELLA & MARILDA EMMANUEL NOVAES LIPP

Atualmente a cefaleia é uma das queixas mais frequentes na prática médica, sendo considerada um grande problema de saúde pública. Estima-se que mais da metade da população apresente algum tipo de cefaleia em determinada fase da vida, e em grande parte, de forma crônica (Nobre, 2006).

Aceita como um sintoma psicofisiológico, a cefaleia muitas vezes tem sido considerada como preocupante, já que pode levar a redução e prejuízo nas capacidades do indivíduo. O conceito de diminuição das capacidades proposto pela Organização Mundial da Saúde designa qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade de modo considerado normal para o ser humano, intervindo no livre desempenho das atividades de vida diária de uma pessoa, desde aquelas relacionadas à atuação profissional – como perda de dias de trabalho, evitar realizar atividades físicas, atividades de lazer e convívio social, até alterações no estado de humor, além de outros (Bosco, 2006).

Das inúmeras modalidades clínicas das dores de cabeça, a Migrânea é uma das mais frequentes (Silva, 2003). O impacto da Migrânea para o indivíduo não se restringe somente à crise de dor de cabeça, pois há evidências que tende a ter pior qualidade de vida em comparação a indivíduos com cefaleias não- migranosas (Krymchantowski, 2008).

O *stress* emocional é um dos principais fatores desencadeantes da Migrânea como também está relacionado com a duração e piora das crises. O começo da Migrânea pode ser precipitado por acontecimentos estressantes de maior intensidade, mas também com pequenos aborrecimentos do dia-dia (Galego, 2006).

Outro tipo de cefaleia muito frequente na população é a Cefaleia do tipo tensional, um tipo de cefaleia primária, que é menos estudada do que a Migrânea, pelo fato de o paciente não recorrer tanto ao médico, pois consegue manter suas atividades rotineiras, com menor impacto no dia-dia (Krymchantowski, 2008). Em vários estudos clínicos e epidemiológicos, duas comorbidades são notadamente focalizadas entre indivíduos com Cefaleia do tipo tensional (CTT): depressão e ansiedade. Estas condições são mais frequentes e graves entre os portadores de cefaleia do que na população geral (Matta & Moreira Filho, 2003).

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 31 mulheres divididas em dois grupos de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

Grupo 1: 16 mulheres com idade mínima de 18 anos, com diagnóstico de Migrânea, de acordo com os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaleia.

Grupo 2: 15 mulheres com idade mínima de 18 anos, com diagnóstico de Cefaleia do tipo tensional episódica frequente, de acordo com os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaleia.

Material

Para a coleta dos dados foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um Roteiro de Entrevista semi-estruturada, o Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp para adultos (ISSL), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Procedimento

Após o encaminhamento por médicos neurologistas de mulheres adultas com o diagnóstico de Migrânea sem aura, Migrânea com aura típica com cefaleia migranosa e Cefaleia do tipo tensional episódica frequente, as voluntárias foram entrevistadas individualmente, em sessões de aproximadamente 30 minutos de duração. Nessas sessões, primeiramente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e então se conduziu a entrevista e após a mesma, aplicaram-se os testes para a realização desse estudo.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 31 mulheres na faixa etária de 18 a 72 anos (idade $M=38$ anos). Com relação ao tipo de cefaleia, 48,39% da amostra era de Cefaleia do tipo tensional episódica frequente (CTT), 29,03% com Migrânea sem aura e 22,53% com Migrânea com aura típica com cefaleia migranosa.

A amostra com CTT tinha uma idade média de 36 anos, uma população jovem, numa faixa etária altamente produtiva, onde dor de cabeça é muito prejudicial. De acordo com Vicent e colaboradores as cefaleias primárias predominam entre adultos jovens, exatamente a faixa etária mais produtiva economicamente (Vicent, Rodrigues & Oliveira, 1998 apud Matta & Moreira Filho, 2006). Segundo Schwartz, Stewart e Simon (1998, apud Matta & Moreira Filho, 2006), na Cefaléia tipo tensional

episódica há um predomínio de indivíduos entre 30 e 39 anos de idade. Analisando a amostra participante da pesquisa de acordo com a faixa etária, verificou-se que na Migrânea 37,50%, ou seja, a maior parte tinha idades entre 40 a 49 anos, com uma idade média de 39 anos, confirmando uma meta-análise realizada de 24 estudos de prevalência publicados antes de 1994 mostrou que Migrânea era mais comum em mulheres, e que o pico de prevalência ficava entre 35 e 55 anos tanto no sexo feminino quanto no masculino (Krymchantowski, 2008).

Quanto aos fatores desencadeadores de dor de cabeça, o *stress* foi o mais prevalente na amostra tanto entre as mulheres com CTT, (84,62%) quanto com as portadoras de Migrânea (80%), o que confirma os dados de Ierusalimschy e Moreira Filho (2002) que em seu estudo sobre os principais desencadeadores na Migrânea, identificaram o *stress* como o principal fator desencadeador de Migrânea em 76% da amostra. Adicionalmente, na pesquisa realizada por Zétola, et al. (1998), 69% dos pacientes avaliados com Migrânea apontaram o *stress* como um fator desencadeante para o surgimento da dor de cabeça, enquanto que dos com CTT apenas 26,4% apontaram o *stress* como um fator desencadeador. Contrariando os resultados encontrados nesta pesquisa em relação à CTT, e em concordância com os resultados da Migrânea. Melhado (2011) coloca que a maneira como cada indivíduo lida com os estressores diários pode manter, precipitar ou exacerbar cefaleias e acentuar a incapacidade relacionada a elas.

Poucos estudos pesquisaram o nível de *stress* em pessoas com CTT e Migrânea. Na presente pesquisa, 66,67% das participantes com CTT comparadas com 100% das com Migrânea apresentavam *stress*. Nas participantes com CTT, 53,33% estavam em fase de resistência, 6,67% em fase de quase exaustão e 6,67% em fase de exaustão. Das com *stress*, nenhuma apresentava predominância de sintomas físicos, 53,33% com sintomas psicológicos e 13,33% com sintomas de *stress* físico e psicológico.

Os resultados apresentados nas participantes com Migrânea são mais graves, como na maior parte do estudo. Com relação às fases do *stress*, 43,75% estavam em fase de quase exaustão e 6,25% em fase de exaustão. Das participantes com *stress*, 6,25% estavam com predominância de sintomas físico, 81,25% sintomas psicológicos e 12,50% com sintomas físicos e psicológicos de *stress*. Os resultados das participantes com Migrânea se assemelham com o que Galego (2006) encontrou em pacientes com Cefaleia crônica diária, onde 90% dos pacientes apresentavam *stress*. Destes 2,2% estavam em fase de alerta, 36,7% em fase de resistência, 51,1% em fase de quase exaustão e 10% em exaustão. Dos pacientes com *stress* 94,5% houve o predomínio de sintomas psicológicos; 3,3% sintomas físicos e em 2,2% sintomas de *stress* físico e psicológico. Verifica-se também presença de um *stress* excessivo em mulheres, como em outros estudos de Lipp, Malagris e Novais (2007), Tanganelli (2000). Os dados indicam que, na atualidade a prevalência do *stress* feminino tem se mostrado elevado.

Na CTT (53,33%) e na Migrânea (50%), aproximadamente metade estava na fase de resistência do *stress*, ou seja, o organismo está atuando para impedir o desgaste total de energia, quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente, reestabelecer a homeostase que foi quebrada na fase de alerta. A produtividade cai drasticamente. Caracteriza-se pela produção de cortisol, sendo assim, o indivíduo fica mais vulnerável a vírus e bactérias (Lipp, 2000).

Porém na Migrânea a outra metade da amostra está em fases mais excessivas do *stress* (43,75% em quase exaustão e 6,25% em exaustão). Na fase de quase exaustão a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a se dissolver. O indivíduo passa a sentir grande instabilidade emocional, onde pensar lucidamente, rir de piadas, tomar decisões e trabalhar é realizado com muito esforço. O cortisol é produzido em maior quantidade e tem como consequência o efeito negativo de destruir as defesas imunológicas, dessa forma, doenças começam a surgir (Lipp, 2000).

No que se refere a sintomas de depressão, a maior parte das participantes estavam com depressão mínima, 53,33% na CTT e 43,75% na Migrânea. Porém uma parte significativa (37,50%) das participantes com Migrânea apresentam nível moderado de depressão, o que aponta um nível mais preocupante da depressão nessas mulheres. Em um estudo realizado no Ambulatório de Distúrbios Afetivos do Hospital Universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, 68,9% dos pacientes deprimidos tinham queixas de sintomas orgânicos, sendo a cefaleia, (13,75%) o sintoma mais frequente. A maioria (63,2%) referiu que o episódio depressivo sucedeu o aparecimento da doença ou dos sintomas orgânicos (Aguilar & Caleffi, 2006).

Os dados encontrados neste estudo concordam com uma pesquisa realizada por Matta e Moreira Filho (2003), onde sintomas de depressão foram encontrados em 40% dos pacientes diagnosticados com CTT. De acordo com Costa, Ybarra, Corrêa & Teixeira (2006) a depressão maior atinge 30% ou mais da população com Migrânea e pouco mais de 10% da população geral, isto é, pessoas com Migrânea têm risco três vezes maior de sofrer de depressão do que pacientes sem cefaleia.

Em um estudo longitudinal, Breslau, et al. (2000) investigaram comorbidade depressiva em 536 pacientes com Migrânea. A prevalência de depressão ao longo da vida no grupo de migranosos foi de 40,7%. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Mercante, Bernik, Guendler, Zukerman, Kuczynski e Peres (2007), onde pacientes com Migrânea foram avaliados, sendo que 50% apresentavam algum Transtorno de humor, e 44% apresentaram episódio depressivo maior.

Com relação a sintomas de ansiedade, 60% das participantes com CTT apresentavam níveis mínimos de ansiedade, enquanto que as participantes com Migrânea estavam divididas entre os níveis mínimo (25%), leve (37,50%) e moderado (31,25%). Novamente, as participantes com Migrânea apresentam maior gravidade dos sintomas em relação às participantes de Cefaleia tipo tensional.

Em um estudo realizado por Matta e Moreira Filho (2003) sintomas de ansiedade foram encontrados em 44% dos pacientes diagnosticados com CTT. No estudo de Mercante et al (2007)

pacientes diagnosticados com Migrânea, 76% apresentaram algum transtorno de ansiedade, e 52% apresentaram diagnóstico de Transtorno de ansiedade generalizada, semelhante aos resultados encontrados nessa pesquisa.

DISCUSSÃO

O presente estudo trouxe contribuições para o campo da Psicologia, bem como da Neurologia, ao estudar o *stress*, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com CTT e Migrânea.

Com relação aos desencadeadores de dor de cabeça, o *stress* foi o desencadeador mais citado nas mulheres com CTT, o que ocorre também em mulheres com Migrânea, porém com uma frequência menor, talvez por conta da aura, que é mencionada por algumas mulheres como o único fator desencadeador de dor de cabeça.

Os resultados da pesquisa revelaram presença de *stress* em grande parte da amostra. Todas as mulheres com Migrânea apresentam *stress*, sendo que a metade da amostra está em fases mais avançadas do *stress*, o que não ocorre com as mulheres com CTT, que apesar de grande parte apresentar *stress*, poucas estão em fases mais graves do *stress*. Isso sugere que a Migrânea como é colocado na literatura, é mais incapacitante e com sintomas mais graves do que a CTT, colaborando para apresentarem fases mais graves de *stress*.

No que se refere à sintomatologia, a área psicológica foi a mais predominante. O que demonstra que o manejo inadequado dos aspectos emocionais tem interferido ainda mais do que os aspectos físicos, no que se refere ao *stress*. Esses dados ressaltam a importância de um tratamento, como por exemplo, um treino de controle do *stress*, associado ao tratamento farmacológico, para capacitar as pessoas portadoras de Migrânea e CTT a manejar o *stress*, e dessa maneira talvez, talvez evitar uma crise de cefaleia.

Os resultados encontrados no Inventário de Ansiedade de Beck revelaram que mulheres com Migrânea apresentam níveis mais graves de ansiedade do que mulheres com CTT. O mesmo ocorre com os resultados do Inventário de Depressão de Beck, onde as mulheres com Migrânea apresentam níveis mais graves de depressão do que as mulheres com CTT, o que confirma os dados da literatura de que pacientes com Migrânea tem três vezes mais chances de desenvolver depressão do que pacientes que não sofrem com nenhum tipo de cefaleia. Pode-se concluir que as mulheres com Migrânea estão em níveis mais graves de *stress*, ansiedade e depressão, porém isso não descarta um tratamento não farmacológico paralelo ao tratamento medicamentoso para mulheres com CTT, já que estas também apresentam *stress*, ansiedade e depressão, porém em níveis menos graves e com menor frequência, mas se faz essencial para mulheres com Migrânea.

Um aspecto comum aos dois tipos de cefaleia é a angústia que essas mulheres sentem ao sofrerem com as dores de cabeça, a impotência frente o surgimento da dor de cabeça, e o medo e insegurança que essa dor ocorra em momentos importantes da vida.

Pode-se concluir que mulheres que sofrem com Migrânea e CTT apresentam níveis excessivos de *stress*, ansiedade e depressão, necessitam de uma atenção especial quanto a esses aspectos psicológicos na forma de tratamentos complementares aos farmacológicos, como por exemplo, psicoterapia, Treino de Controle do *Stress* e exercícios de relaxamento. Esses tratamentos adicionais são de grande importância para proporcionar melhor qualidade de vida e bem estar biopsicossocial a essa população clínica.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, R.W., & Caleffi, L. (2005). Depressão e dor crônica. In J.A.B., Figueiró, G., Angelotti, & C.A.M., Pimenta. *Dor e saúde mental*. (pp.203- 208). São Paulo: Editora Atheneu.
- Bosco, A. (2006). *Cefaléia em crianças- sinal de vulnerabilidade ao stress: estudo comparativo em dois hospitais públicos*. Tese de doutorado apresentada à Pós –Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de concentração em Neurologia. Campinas, Brasil.
- Breslau N., Schultz L.R., Stewart W.F., Lipton R.B., Lucia V.C., & Welch K.M.A. (2000). Headache and major depression: Is the association specific to migraine? *Neurology*, 54 (2), 308-313.
- Costa, E.A.C., Ybarra, M.I., Corrêa, H., & Teixeira, A.L. (2006). Enxaqueca e depressão: comorbidade ou espectro? *Revista Brasileira de Medicina*. 65 (3), 392-395.
- Galego, J.C.B. (2006). *Cefaléia Crônica Diária: Classificação, estresse e impacto sobre a qualidade de vida*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do título de Doutor no Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde. São José do Rio Preto, Brasil.
- Ierusalimschy, R., & Moreira Filho, P.F. (2002). Fatores desencadeantes de crises de migrânea em pacientes com migrânea sem aura. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 60 (3-A), 609- 613.
- Krymchantowski, A.V. (2008). *Condutas em cefaléia: avaliação e tratamento*. São Paulo: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lipp, M.E.N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M.E.N., Malagris, L.E.N., & Novais, L.N. (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone Editora.

- Matta, A.P.C., & Moreira Filho, P.F. (2003). Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com Cefaléia do Tipo Tensional Crônica e Episódica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 61 (4), 991-994.
- Matta, A.P.C., & Moreira Filho, P.F. (2006). Cefaléia tipo tensional episódica: avaliação clínica de 50 pacientes. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 64 (1), 95-99.
- Melhado, E. M. (2011). *Cefaleia na mulher*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Mercante, J. P. P., Bernik, M. A., Guendler, V. Z. , Zukerman, E., Kuczynski, E., & Peres, M.F.P. (2007). Comorbidade psiquiátrica diminui a qualidade de vida de pacientes com enxaqueca crônica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 65 (3-B), 880-884.
- Nobre, M.E. (2006). *Cefaléias em salvas*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Schwartz B.S., Stewart W.F., & Simon, D. (1998). Epidemiology of tension type headache. The *Journal of the American Medical Association*, 279 (5), 381-383.
- Silva, W.F. (2003). *Diagnóstico das cefaléias*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Tanganelli, M.L.S. (2000). *Mulher chefe de família: perfil, estudo e tratamento do stress*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas- SP.
- Vincent M., Rodrigues A.J., & Oliveira G.V. (1998). Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 56 (7), 734-743.
- Zétola, V.H.F., Nývák, E.M., Luiz, A., Branco, B.O.S., Sato, B.K., Nita, C.S., Bubna, M.H., Prado, R.A., & Werneck, L.C. (1998). Incidência de cefaleia em uma comunidade hospitalar. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 56 (3-B), 559-564.

ASSOCIAÇÃO ENTRE PREFERÊNCIA INTERTEMPORAL E IMPULSIVIDADE

RAFAELA MATAVELLI

Durante toda a sua vida, o ser humano é deparado com várias escolhas que tem que fazer em relação à sua vida pessoal, social e financeira. Assim sendo, os sujeitos têm que estar preparados para as consequências das suas escolhas. Essas escolhas vão desde as mais banais, assim como: escolher o que comer numa refeição, ir ao cinema/teatro ou até escolhas que podem mudar a sua vida por completo [questões relacionadas ao foro pessoal como: casamento, profissão, saúde e hábitos de poupança (Berns, Laibson & Loewenstein, 2007)].

Temos que ter presente que a maioria das escolhas dos sujeitos exigem custos e benefícios em diferentes momentos da sua vida, no que diz respeito ao tempo, e essas escolhas e as suas consequências, nesses vários momentos temporais, são referidas como escolhas intertemporais.

Um factor que pode afectar as preferências intertemporais de um indivíduo é a impulsividade. A impulsividade é uma pré-disposição para reacções rápidas e não planeadas a estímulos internos ou externos sem ter em conta as consequências negativas destes mesmos actos, para o próprio ou para os outros (Moeller, 2001).

Assim, as preferências intertemporais vão de encontro com a maneira com que os indivíduos se aventuram a comprometer-se com custos presentes/futuros e seus benefícios e desta forma averiguar como a impulsividade pode afectar essas escolhas (Frederick, Loewenstein, & O'Donoghue, 2002).

Eysenck e Eysenck (1977), relacionaram a impulsividade a 3 factores: tomada de risco, não planeamento e tomadas de decisões rápidas. Bem como Patton, Stanford e Barratt, (1995), separaram a impulsividade em 3 factores: agir no calor do momento “*Activação motora*”, falta de foco na tarefa a ser realizada “*Atenção*” e não planeamento ou não pensar cuidadosamente “*Falta de planeamento*”.

A qualidade do instrumento de medida da impulsividade depende da definição do traço comportamental que está sendo medido, assim sendo, os dois instrumentos de medida de impulsividade utilizados para este estudo compartilham definições em comum. *Escolha Intertemporal*.

Segundo Wit, Flory, Acheson, McCloskey, e Manuck (2007), o comportamento impulsivo é uma característica central de muitos transtornos psiquiátricos, ou seja, a impulsividade não é uma característica única de comportamento mas sim uma característica multidimensional.

Para Loewenstein, Nagin e Paternoster (1997), o estudo da escolha intertemporal existe para nos ajudar a compreender as fraquezas que os sujeitos têm face à impulsividade, contribuindo, assim, para a explicação de graves problemas sociais, incluindo a obesidade sub-poupança e vícios de todos os tipos.

Desta forma, nas últimas décadas, os estudos sobre a impulsividade destacam a importância desta característica em diferentes transtornos psiquiátricos, sendo assim, uma parte fundamental de algumas doenças como transtornos de personalidade, comportamentos de desordem, transtorno bipolar, agressão, comportamento suicida, hiperactividade e deficit de substâncias psico-activas e de abusos (Diemen, Szobot, Kessler & Pechansky, 2007).

Para os autores Barratt e Patton (1983) e Youn (2000), existem duas dimensões da impulsividade para caracterizar os comportamentos de consumo e poupança do sujeito - a *cognitiva* e a *comportamental*. No que diz respeito à dimensão *cognitiva*, o sujeito apresenta um processo, na hora da decisão, que difere das suas alternativas na tomada de decisão, ou seja, a forma de processar informação é mais rápida podendo causar, assim, dificuldades na concentração e na capacidade de avaliação. No que diz respeito à dimensão *comportamental*, o sujeito apresenta um processo referente ao seu comportamento dentro do meio em que está inserido, ou seja, este meio é onde o indivíduo age de forma impulsiva quando confrontado com um determinado estímulo.

As inversões de preferência

As inversões de preferência causam problemas aos estudiosos do modelo económico de escolha intertemporal, uma vez que as preferências não se mantêm constantes no que se refere ao período de espera (Green et al., 1997). O fenómeno de inversão de preferências é importante para um melhor entendimento da impulsividade e do auto-controlo. A impulsividade pode ser definida como a escolha de uma recompensa menor e imediata ao invés de uma recompensa maior mais atrasada. A ocorrência dessas inversões de preferência (em que a recompensa menor é preferida quando os atrasos para ambas as recompensas são breves e a recompensa imediata é preferida quando os atrasos para ambas as recompensas são longos) sugerem que a impulsividade pode ser uma característica da situação de escolha assim como uma característica do indivíduo que faz a escolha ou seja, o mesmo individuo que age impulsivamente quando a recompensa menor está disponível imediatamente pode mesmo assim demonstrar auto-controlo e escolher a recompensa maior quando ambas as recompensas são atrasadas mesmo que, a recompensa maior tenha um atraso maior que a recompensa menor. (Green, Myerson & Mcfadden, 1997).

A impulsividade

O comportamento impulsivo esteve durante muito tempo associado a um comportamento primitivo e a defeitos do querer, assim como esteve igualmente associado a uma menor inteligência e até à criminalidade e desvio social. Recentemente o comportamento impulsivo está ligado ao pensamento obsoleto (O'Donoghue & Rabin, 2000).

Relativamente ao consumo e a poupanças, o comportamento impulsivo tem sido conotado como mau e como consequência negativa em várias áreas, assim como finanças pessoais, satisfação pós-compra, reacções sociais e auto-estima em geral. Ainda assim é possível predizer ou conceber situações de consumo em que a compra impulsiva seria vista como normativamente neutra, ou mesmo como um comportamento positivo sancionado (e.g. uma prenda espontânea a um amigo doente, pagar a conta num restaurante para os amigos ou retirar vantagens em compra de produtos dois em um). Estes comportamentos impulsivos de compra podem representar actividades generosas, bondosas e práticas. (Frederick, Loewenstein & O'Donoghue, 2002).

Esta descoberta sobre compradores impulsivos aliada ao facto de psicólogos denominarem a impulsividade como um traço de personalidade básico faz-nos crer que as tendências de compra impulsivas de um indivíduo podem ser conceptualizadas como um traço de consumo a que nós chamamos impulsividade de compra. É definida como impulsividade de compra quando um sujeito compra imediatamente, espontaneamente e irreflectidamente

um determinado produto. Os compradores altamente impulsivos vão, provavelmente, experienciar um estilo de compra espontâneo, ou seja, o seu pensamento é irreflectido, despertado por uma proximidade física do produto, determinado por uma atracção a esse produto e é absorvido pela promessa de gratificação de bem-estar imediato desse produto. Assim, é provável que os compradores impulsivos ajam por capricho e pelos seus impulsos de compra. (Fisher & Rook, 1995).

O comportamento impulsivo é quase sempre derivado de estímulos (em casos extremos), ou seja, um impulso de compra transforma-se directamente em uma resposta imediata e física (espasmos de consumidor). Os compradores impulsivos estão mais propensos a experienciar a impulsividade de compra do que os outros consumidores.

Factores como a posição económica do consumidor, a pressão do tempo, a visibilidade social e talvez até o impulso de compra em si podem despertar a necessidade de avaliar uma perspectiva de uma compra impulsiva rapidamente.

Em suma, as pessoas escolhem entre vários actos ou acções e esses actos podem ser negativos ou positivos e/ou imediatos ou atrasados. Por exemplo, uma pessoa pode escolher desligar o alarme e dormir mais vinte minutos. Este é um resultado mais imediato, mas é igualmente uma recompensa atrasada menor pois a pessoa fica atrasada. (Fisher & Rook, 1995).

O objectivo deste trabalho é avaliar em que grau a preferência intertemporal está correlacionada com a impulsividade. Hipótese 1- Os sujeitos impacientes apresentam menores níveis de impulsividade. Hipótese 2- Se a impulsividade está ligada à inversão de preferência.

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 229 sujeitos cuja média de idade é de 28 anos.

O recrutamento foi realizado pelo método *snowball* (modo não probabilístico no qual se pede a um determinado grupo de participantes para que preenchassem e repassassem os questionários entre os seus conhecidos, e assim sucessivamente).

Os questionários foram aplicados a 116 participantes do sexo masculino e 113 participantes do sexo feminino. No que diz respeito ao seu nível de habilitações literárias, os participantes encontram-se distribuídos entre o 1º ano e o doutoramento. Verificou-se que a média de idade dos participantes era de cerca de 28 anos, sendo de salientar que estes se distribuem por níveis diferentes de habilitações.

Material

As hipóteses que o estudo se propõe a analisar são a impulsividade e a inversão de preferência, as quais se apresentam como variáveis multifacetadas, ou seja, para avaliar a impulsividade é necessário considerar várias dimensões. Com o questionário BIS-11 foi possível analisar as três dimensões enunciadas pelos autores (Barratt & Patton, 1983), e essas dimensões são: Atenção (e.g. “*falta de foco na tarefa realizada*”), Activação Motora (e.g. “*agir no calor do momento*”) e Falta de planeamento (e.g. “*não pensar cuidadosamente*”).

RESULTADOS

O presente estudo tem como objectivo estudar a relação entre a escolha intertemporal e a impulsividade. Este estudo foi efectuado em contexto natural. Para essa análise foi utilizado o método estatístico (ANOVA *repeated measures within subjects design*), sendo as variáveis demográficas - idade, género e habilitações e ordenados.

Neste estudo as conclusões estatísticas tomara como critério $\alpha = 0.05$.

Começando pela análise factorial da escala de Barratt (1995), o critério de Kaiser identificou a separação de três factores com *eigenvalue* superior a 1.

0,70 (“Atenção/cognição” – 0,64; “Activação Motora” – 0,70; “Falta de Planeamento” – 0,58. (Rybowiak et al., 1999, p. 537).

Neste caso, foi eliminado um factor. Deste modo foram enunciados dois factores essenciais avaliados pelo questionário: “Atenção/Activação motora” (constituído pelos itens 11, 28, 5, 26, 6, 24, 14, 27, 17, 19, 22, 2,25, 4, 21, 16) “Falta de Planeamento” (itens, 9, 12, 1, 8, 7, 13, 10, 18, 30, 23). Após este procedimento, apenas retive os itens puros em cada factor, ou seja, itens que avaliam exactamente a dimensão que se pretende. Assim foi retirado os itens 3, 15, 20, 29.

Foi neste sentido que procedi ao cálculo da fiabilidade de todos os factores, sendo os valores do alfa de Cronbach 0,78. Este valor é alto, o que nos permite ter uma confiança elevada na interpretação dos resultados decorrentes de cada componente. Saturação dos itens em cada factor (alfa total= 0,78).

Assim sendo, e com o intuito de analisar em que medida a impulsividade está correlacionada com as preferências intertemporais, relativamente à Atenção/Activação Motora, esta dimensão demonstrou não haver quaisquer correlações entre esta dimensão e o questionário de Scholten.

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou analisar em que grau a impulsividade se correlaciona com a nova escala de preferência intertemporal numa amostra de 229 sujeitos. A hipótese inicialmente formulada postulava sobre se a impulsividade estava ligada à inversão de preferência. Esta hipótese foi afirmada, uma vez que o questionário de Scholten (2010) estava correlacionado negativamente com a dimensão “*Falta de planeamento*” da escala de Barratt (1995), o que nos leva a dizer que quando existe um aumento em uma dimensão existe uma diminuição na outra, ou seja, quanto mais impaciente é um sujeito, menos impulsivos são os seus actos.

O fenómeno de inversão de preferências é importante para o entendimento da impulsividade e do auto-controlo, uma vez que os actos impulsivos podem ser definidos como a escolha de uma recompensa menor e imediata ao invés de uma recompensa maior mais atrasada.

Para explicar o facto da primeira hipótese ter sido infirmada podemos dizer que segundo Mischel, Ayduk e Mendoza-Denton (2003), a medida de associação entre preferência intertemporal e impulsividade está relacionada pela presença de um estímulo, e como o questionário aplicado é de forma *online* o sujeito pode não ter sido levado por este impulso de acção para uma escolha.

Para além da caracterização da impulsividade na amostra estudada, foram ainda estudadas as hipóteses sócio-demográficas, existindo um efeito nessas variáveis, em algumas dimensões.

Estes resultados levam-nos à reflexão sobre a complexidade das interacções entre as variáveis sócio-demográficas e a impulsividade, uma vez que estas se correlacionam na idade do sujeito.

É importante reconhecer as limitações deste estudo, uma vez que a utilização de uma amostra de estudantes e trabalhadores de idades compreendidas dos 20 aos 68 anos, em diversas áreas, pode limitar a possibilidade de generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

- Banks, J., Blundell, R., & Tanner, S. (1998). *Is there a retirement savings puzzle?*. *American Economic Review*, 88 (4), 769-788.
- Barratt, E. S., & Patton, J. H. (1983). Impulsivity: Cognitive, behavioral and psychophysiological correlates. In M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety* (pp. 77-122). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Berns, G. S., Laibson, D., & Loewenstein, G. (2007). Intertemporal choice - toward an integrative framework. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(11), 482-488.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *“Experimental and quasi-experimental designs for research”*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Carrillo-de-la-Penã, M., Otero, J., & Romero, E. (1993). Comparisons among various methods of assessment of impulsiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 567-575.
- Diemen, L., Szobot, C., Maciel, K., & Pechansky, F. (2007). “Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 153-156.
- Eysenck, S. B., & McGurk, B. J. (1980), *“Impulsiveness and venturesomeness in a detention centre population”*, *Psychological Reports*, 47, 1299-1306.
- Fisher, P. J., & Montalto, P. (2010). Effect of saving motives and horizon on saving behaviors, *Journal of Economic Psychology*, 31, 92-105.
- Filardi, F., Lage, N., & Sousa, K. (2009). “Comportamento anti-social e impulsividade no transtorno de personalidade anti-social” “Antisocial behavior and impulsivity in antisocial personality disorder”. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 31(3), 281-292.
- Frederick, S., Loewenstein, G., & O'Donoghue, T. (2004) “Time discounting and time preference: a critical review”. In: Baumeister, R.; Loewenstein, G.; Read, D. (Coord.). *“Time and decision: economic and psychology perspectives on intertemporal choice”*. New York: Russel Sage Foundation.
- Fossati, A., Barratt, E., Acquarini, E., & DiCeglie, A. (2002). Psychometric properties of an adolescent version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 for a sample of Italian high school students. *Perceptual and Motor Skills*, 95(2), 621-635.

- Green, L., Myerson, J., & Mcfadden, E. (1997). "Rate of temporal discounting decreases with amount of reward". *Memory e Cognition*, 25 (5), 715-723.
- Hucker, S. J. (2005), "*Impulse Control Disorders*" consultado em 13 de Agosto através de:<http://www.forensicpsychiatry.ca/impulse/overview.htm>.
- Kirby, K.N., Godoy, B.R., Reyes-Garc, V., Byron, E., Apaza, L., Leonard, W., et al. (2002). "Correlates of delay-discount rates: Evidence from Tsimane' Amerindians of the Bolivian rain forest". *Journal of Economic Psychology*, 23, 291-316.
- Laibson, D. (1997). *Hyperbolic discounting and golden eggs*". *Quarterly Journal of Economics*, 112 (2), 443-477.
- Loewenstein, G. (1996). "Out of control: visceral influences on behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 65(3), 272-292.
- Moeller, G., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2001) "*Psychiatric Aspects of Impulsivity*" consultado em 23 de Julho através de: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/158/11/1783>.
- Murphy, G., Vuchinich, E., & Simpson, A. (2001). Delayed reward and cost discounting, *The Psychological Record*, 51, 571-588.
- Mischel, W., Ayduk, O., & Mendoza-Denton, R. (2003). "*Sustaining delay of gratification over time: A hot-cool systems perspective*". In Loewenstein, G., Read, D., e Baumeister, R. F. (Eds). "*Time and Decision: Economic and psychological perspectives on intertemporal choice*". New York: Russell Sage Foundation.
- McLeish, Kendra, N., Oxoby, & Robert, J. (2007). "Measuring impatience: Elicited discount rates and the Barratt Impulsiveness Scale". *Personality and Individual Differences* 43, 553-565.
- O'Donoghue, T., & Rabin, M. (2001). "Choice and procrastination". *Quarterly Journal of Economics*, 116(1), 121-160.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S., (1995). "*Factor structure of the Barratt impulsiveness scale*". *Journal of Clinical Psychology* 51 (6), 768-774.
- Rachlin, H., Raineri, A., & Cross, D. (1991). Subjective probability and delay. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 55, 233-244.
- Roelofsma, P. (1996). Modelling intertemporal choices: An anomaly approach, *Acta Psychologica*, 93, 5-22.
- Rook, W. & Fisher, J. (1995). Normative influences on impulsive buying behavior, *Journal of Consumer Research*, 22, 305-313.

- Seligman, P., Walker, F., & Rosenhan, L. (2001). *“Abnormal psychology”*, (4th ed.) New York: W.W. Norton e Company, Inc.
- Stanford, M., Greve, K., & Dickens, T. (1995). *“Irritability and impulsiveness: Relationship to self-reported impulsive aggression”*. *Personality and Individual Differences* 19, 757-760.
- Stanford, S., Greve, W., Boudreaux, K., Mathias, W., & Brumelow, L. (1996). *“Impulsiveness and risk-taking behavior: Comparison of high school and college students using the Barratt Impulsiveness Scale”*. *Personality and Individual Differences*, 21(6), 1073-1075.
- Shapiro, M., (2005). *“Is there a daily discount rate? Evidence from the food stamp nutrition cycle”*. *Journal of Public Economics*, 89, 303-325.
- Thompson, W., Teare, F., & Elliott, N. (1983). *“Impulsivity: from theoretical constructs to applied interventions”*. *Journal of Special Education*, 17(2), 157-169.
- Wit, H., Flory, J., Acheson, A., McCloskey, M., & Manuck, S. (2007). *“IQ and nonplanning impulsivity are independently associated with delay discounting in middle-aged adults”*. *Personality and Individual Differences*, 42, 111–121.
- Youn, S.H. (2000). *The dimensional structure of consumer buying impulsivity: measurement and validation*”, Ph.D Dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

A TÉCNICA DE INTERVENÇÃO NA PSICANÁLISE

MARIANA GOUVEIA MATOS, ANTÓNIO PAZO PIRES, DANIEL SOUSA & SANDRA AMARAL

DIAS

A investigação em psicoterapia é uma área de interesse relativamente recente que ao longo das últimas décadas se tem desenvolvido em torno de diferentes entendimentos epistemológicos e metodológicos que inevitavelmente marcam uma divisão da produção do conhecimento entre explicação e compreensão. A primeira compreende uma perspectiva experimental objectiva com ênfase na importância da técnica e, a segunda, uma perspectiva subjectiva ou mesmo intersubjectiva com ênfase no valor da relação terapêutica estabelecida entre clínico e paciente e nas qualidades singulares com que cada um destes influencia a relação. Consequentemente, surge, por um lado, uma centração na análise dos resultados, na análise do paciente antes e depois da terapia – *outcome research*- e, por outro, uma centração e consideração de todo o processo terapêutico, o que acontece e como acontece durante as sessões – *process research* (Sousa, 2006).

A investigação em psicoterapia no geral e a investigação em psicoterapia psicanalítica em particular estão significativamente mais próximas de conhecimentos explicativos com base em resultados – *outcome research*, do que de conhecimentos compreensivos e de consideração do processo terapêutico – *process research* (Wallerstein, 2003). Em relação à última, é-nos tão interessante quanto importante reflectir não só acerca desta tendência mas também acerca do seu percurso evolutivo. Assim, seguindo a linha de pensamento de Wallerstein (2003), concebemo-la de acordo com quatro gerações que se caracterizam pelo seu momento de ocorrência mas principalmente pelo seu crescente grau de sofisticação de conceptualização metodológica, pelo uso de instrumentos de topo cada vez mais precisos e fiáveis e, ainda, pelos avanços tecnológicos e significativo recurso a gravações de áudio, vídeo e programas computacionais.

Um exemplo de investigação de processos é o realizado sobre a técnica usada pelos terapeutas. A técnica de intervenção envolve como principais princípios operacionais a produção de material, a utilização do material produzido, a assimilação por parte do paciente do resultado da utilização do mesmo material e o processo de reorganização e reorientação (Bibring, 1954).

Apesar da sua clara importância, encontram-se poucos estudos relativamente à técnica psicoterapêutica e aqueles que se encontram têm-se debruçado essencialmente em terapias de curta duração e a investigação relativamente à psicanálise tem vindo a demonstrar a sua eficácia no geral, mas não em relação a aspectos específicos como a sua eficácia comparativamente a outras técnicas de outras terapias (Waldron, 1997), ou ainda em relação à sua própria especificidade. Contudo, existem alguns esforços no sentido de sistematizar e avaliar as técnicas utilizadas pelo terapeuta numa perspectiva psicanalítica e exemplo desse esforço é o *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study* (TADS) *Version 1.2*, elaborado pela equipa da *Psychotherapy Evaluation Research Unit* do *Belsize Centre* em Londres, Jo-anne Carlyle, Ana Ruiz e Phil Richardson, em 2009. Todavia, apesar da existência deste instrumento capaz de servir como motor de uma investigação profunda, abrangente e sistematizada sobre a técnica de intervenção do terapeuta, não se verifica qualquer investimento na sua utilização como não se encontram estudos e publicações sobre o mesmo.

O objectivo é estudar a técnica usada numa psicanálise. Tendo por material as notas das sessões feitas pelo psicanalista em três momentos – início, meio e fim da psicanálise, vamos identificar as intervenções e classificá-las de acordo com o *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study* (TADS) *Version 1.2* (2009) de modo a perceber a sua frequência e se existe evolução das técnicas de intervenção utilizadas ao longo do tempo.

MÉTODO

Participantes

Sujeito do sexo feminino, de 43 anos, a quem chamaremos Maria. Maria é a mais velha de uma fratria de quatro irmãos. Actualmente está divorciada, não tem filhos e mora sozinha. A mãe morreu quando Maria tinha dois anos e meio, na altura fica a viver com o pai e os avós paternos. Quando tinha dez anos de idade o pai volta a casar e um ano depois nasce o irmão mais novo e vai para um colégio interno. Maria continua os estudos fazendo formação superior, e posteriormente ingressando nos quadros de uma empresa. Casa-se aos 35 anos, mas revela não ter tido uma relação satisfatória com o marido. No mesmo ano que se separa do marido morre o pai e vai trabalhar para o estrangeiro. Começa a sentir-se deprimida e procura ajuda. Faz psicoterapia psicanalítica, três vezes por semana durante um ano e meio, até o seu regresso. Ao chegar a Portugal, inicia uma psicanálise pois sente que “não consegue viver a sua vida”. Maria tem sintomas claustrofóbicos desde os 15 anos que continuaram até adulta. No início da terapia apresentava sintomas depressivos, um marcado controlo e inibição de afectos, revelando ainda dificuldades nos seus relacionamentos apresentando uma estrutura neurótica da personalidade.

Material

Foi utilizado o *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2*, elaborado pela equipa da *Psychotherapy Evaluation Reserch Unit* do *Belsize Centre* em Londres, Joanne Carlyle, Ana Ruiz e Phil Richardson, em 2009.

O *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2*, conceptualiza e sistematiza em 43 itens as principais intervenções (técnicas) realizadas por um terapeuta durante uma psicoterapia de longa duração. Estes 43 itens estão organizados em itens gerais, itens relacionados com o setting, itens psicanalíticos, itens não analíticos e itens específicos relativos à depressão refractária. Fazem parte dos itens psicanalíticos os conjuntos de itens de exploração, de aprofundamento de significado, de interpretação, de ligação, de transferência, de contra-transferência e de abordagem da dor mental. Cada item contém uma escala de sete valores que permitem ao avaliador cotar determinada técnica segundo a utilização que o terapeuta faz da mesma, por exemplo, as escalas vão da pontuação 1, que corresponde à cotação por exemplo de, “não observado” ou “não envolvido”, até a pontuação 7 que corresponde à cotação de “muito envolvido”.

Uma vez que o *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2* é um instrumento em língua inglesa foi necessária a sua tradução para a língua portuguesa (Pires, e Dias, 2010, não publicado). A tradução compreendeu uma posterior revisão/correção de forma a apurar alguns termos e conceitos inerentes à teoria psicanalítica.

Procedimento

Como material de trabalho foram utilizados manuscritos de sessões de uma psicanálise numa frequência de três vezes por semana ao longo de 4 anos.

A primeira fase correspondeu ao estudo e treino da classificação das diferentes intervenções do terapeuta com base nos itens apresentados no *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2* (2009). As classificações e respectivas cotações foram discutidas entre os autores deste estudo.

A segunda fase do procedimento correspondeu à classificação e cotação do material a ser efectivamente analisado. Aqui foram considerados três momentos – início, meio e fim - da psicanálise. Em cada um destes momentos foram seleccionadas quatro semanas com um total de 12 sessões para cada período. Deste modo, procedeu-se então à transcrição, para uma tabela de incidentes, das intervenções realizadas pelo terapeuta em cada uma das sessões seleccionadas de forma a facilitar a sua sistematização, análise e cotação. Seguidamente foi classificada cada intervenção do terapeuta com as técnicas compreendidas nos itens do *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2* (2009).

RESULTADOS

Em termos gerais identificaram-se 579 intervenções terapêuticas o que representa uma média de 96 intervenções por semestre e de 8 intervenções por sessão. É importante mencionar que a utilização da técnica foi completamente heterogênea existindo técnicas que figuram a 30% e outras que não chegam a 1% ou não estão sequer representadas. Em ordem decrescente de utilização da técnica, em primeiro lugar está o item 6 – Clarificação (223 vezes), seguido do item 13 - Aprofundar a Compreensão (133 vezes) e do item 17 – Estabelecer ligações – Não transferência (21 vez).

Em termos evolutivos, constatou-se que nos dois primeiros semestres da psicoterapia as técnicas mais utilizadas foram o item 13 - Aprofundar a compreensão e o item 6 – Clarificação. No terceiro semestre, a utilização do mesmo item 13 - Aprofundar a compreensão diminuiu na medida em que aumentou a utilização do item 6 – Clarificação. No quarto semestre manteve-se e a utilização do item 6 – Clarificação voltando a retomar para segundo lugar de utilização o item 13 – Aprofundar a compreensão. É interessante que se tenha constatado o mesmo para o quinto e sexto semestre, sendo que neste último o Item 13 diminui notavelmente, aumentando de forma ligeira os restantes itens.

Como último ponto, relacionando a utilização das técnicas verificou-se a existência de uma relação inversa na utilização das mesmas como é o caso dos Itens 13 - Aprofundar compreensão e do Item 6 - Clarificação, à medida que um vai aumentando um item, o outro vai diminuindo e vice-versa. Da mesma forma que o Item 17 – Estabelecer ligações, tem o seu ponto mais alto no início da análise, mas vai diminuindo ao longo da terapia. Os restantes itens mantêm-se na faixa das dez utilizações, com oscilações constantes mas ligeiras, ao longo da psicoterapia.

DISCUSSÃO

A leitura dos resultados permitiu inferir sobre a grande heterogeneidade da utilização da técnica de intervenção terapêutica. Os resultados revelaram que mais de metade das intervenções do terapeuta, cerca de 61,6% das intervenções, estavam centradas em apenas 2 técnicas num universo de 53 técnicas. É importante esclarecer que este universo de 53 técnicas envolve não só 43 respectivas ao *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study* (TADS) como também outras 10 que foram posteriormente introduzidas ao realizar a classificação. Em relação às últimas 10 técnicas, a sua introdução é justificada pela necessidade de encontrar soluções ao constatar que nenhuma das técnicas proposta no manual representavam a intervenção em questão.

Tal como afirma Kerenberg (2004), as duas técnicas mais utilizadas numa psicanálise são a Clarificação e a Interpretação e se nos permitirmos a incluir nesta última a técnica Aprofundar a Compreensão, entendida como pequenos passos na construção de uma interpretação, então podemos afirmar que a presente investigação reflecte isso mesmo. É ainda de salientar que a técnica de

intervenção Interpretação propriamente dita, apesar de ocupar o terceiro lugar de utilização entre as técnicas do Manual de adesão - TADS, em termos relativos, representa apenas 3,6% das intervenções do terapeuta, o que nos leva a pensar que esta técnica considerada na teoria psicanalítica a “chave” principal de uma psicanálise não é a sustentação do processo terapêutico, mas sim, a construção de uma interpretação ao longo da sessão ou ao longo de várias sessões com o material que vai sendo acrescentado, seja com pequenos passos de um aprofundamento da compreensão junto do paciente, assim como da construção de um entendimento que o terapeuta vai realizando através dos registos dos seus pensamentos e reflexões sobre o material que vai integrando.

Por fim, espera-se que este trabalho tenha servido para acrescentar um pequeno passo no aprofundar da compreensão das intervenções do terapeuta ao longo de uma terapia e sugere-se que futuras investigações caminhem na mesma direcção de modo a colmatar as lacunas existentes. Como estudos futuros propomos uma investigação usando o *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study* (TADS) *Version 1.2*. recorrendo a transcrições de gravações de sessões e onde as mesmas sejam classificadas por dois avaliadores independentes para se poder fazer o cálculo da concordância inter-avaliador.

REFERÊNCIAS

- Bibring, E. (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770
- Kernberg, O. (2004). *Controvérsias contemporâneas acerca da teoria, prática e aplicação psicanalíticas*. Lisboa.Climepsi.
- Pires, A. P., & Dias, S. A., (2010, não publicado). *Tradução portuguesa do Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study* (TADS) *Version 1.2*
- Sousa, D. (2006) Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 373-382.
- Waldron, S. (1997, April). How can we study the efficacy of psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 66(2), 283-322.
- Wallerstein, R., S. (2003) Psychoanalytic therapy research: Its coming of age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (2), 375-404.

O TRABALHO PSICOTERAPÊUTICO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: MOTIVOS DE PROCURA E EXPERIÊNCIAS DE MUDANÇA

CECÍLIA RODRIGUES MEDEIROS & RUI ARAGÃO OLIVEIRA

A eficácia da psicoterapia no campo da saúde tem vindo a ser demonstrada pela investigação científica a nível internacional (Hemmings, 2000; Mellor-Clark, 2004; Sandell et al., 2006; 2007; Spurgeon et al., 2005), mas em Portugal o trabalho psicoterapêutico no campo da saúde ainda não se encontra devidamente estudado.

Uma alternativa recomendada pela literatura (Manthei, 2007) para avaliar a eficácia da psicoterapia será abordar a compreensão do cliente sobre o processo, através do uso de métodos qualitativos que exploram em maior profundidade como os clientes percebem e experienciam o seu processo.

Neste sentido, estamos a desenvolver uma investigação que se focaliza nos contributos da psicoterapia nos contextos de saúde ao investigar as experiências dos utentes que realizam/realizaram um processo psicoterapêutico nos cuidados primários com o objectivo de alargar a nossa compreensão sobre os fenómenos que ocorrem nesses processos e, a partir daí, contribuir para um aumento da eficácia psicoterapêutica neste contexto.

Para tal, foram entrevistados 40 utentes que já tinham terminado ou que ainda realizavam processos de psicoterapia nos cuidados primários, tendo estes sido encaminhados, com o seu acordo, por 11 psicólogos de vários centros de saúde do país.

Aos utentes foi pedido que reflectissem sobre os motivos que os levaram a procurar ajuda psicológica nos centros de saúde, as mudanças percebidas que atribuíam à intervenção recebida, um momento do processo psicoterapêutico que tivesse sido especialmente importante, a relação com o terapeuta, a relação entre o processo terapêutico e a sua saúde física e as vivências do terminar do processo.

Esta comunicação apresenta os resultados encontrados relativos aos motivos de procura de ajuda psicológica e às mudanças percebidas pelos utentes.

MÉTODO

Reportamo-nos a um estudo exploratório com um desenho observacional descritivo transversal. A amostragem é não probabilística e de conveniência, tendo a recolha da amostra sido realizada entre Janeiro e Agosto de 2011 em todo o país (Norte, Centro e Sul).

Participantes

Participaram 40 pessoas. Os utentes entrevistados são maioritariamente do sexo feminino (36), sendo que apenas 4 eram do sexo masculino. As suas idades situam-se entre os 14 e os 63 anos, sendo a média 35.

Material

O guião da entrevista semi-estruturada utilizado foi retirado do trabalho de Oliveira et al. (2009/2010) sobre as vivências dos pacientes sobre o processo psicoterapêutico, tendo-se apenas acrescentado uma questão relativa à relação entre a saúde física e o processo psicoterapêutico.

Procedimento

Quanto ao procedimento, foram realizadas 10 reuniões com as equipas de psicologia dos centros de saúde, nas quais foi pedido aos psicólogos que contactassem com os seus utentes para averiguar o seu eventual interesse na participação no estudo no sentido de serem posteriormente contactados pela investigadora para marcação da entrevista.

Nesta reunião, também foram solicitados os e-mails dos psicólogos para posterior envio do questionário do terapeuta que permitiu a recolha dos dados sobre os terapeutas e dos dados dos pacientes que concordaram em participar no estudo.

Os utentes foram previamente informados que a entrevista seria gravada em formato áudio para efeitos de transcrição sendo o anonimato e a confidencialidade preservados, tendo estes assinado o consentimento informado em conformidade.

Quanto ao tipo de intervenção recebida e partindo daquilo que os psicólogos referiram sobre o acompanhamento realizado a cada utente e, também, tendo em conta a frequência do mesmo, optámos por fazer a seguinte classificação:

- Psicoterapia cognitivo-comportamental (quinzenal/mensal) entre 1 e 4 anos (5 utentes).
- Psicoterapia psicanalítica (semanal/quinzenal) e a duração entre 1 a 3 anos (4 utentes).
- Psicoterapia Psicanalítica breve (semanal/quinzenal) entre os 6 meses a 1 ano (4 utentes).

- Psicoterapia de apoio (semanal/quinzenal) e com a duração de 6 meses a 3 anos (14 utentes).
- Aconselhamento psicológico (mensal) e com a duração de 6 meses a 7 anos (13 utentes).

Quanto à análise da informação obtida através da realização de entrevistas semi-estruturadas, o tratamento dos dados fundamenta-se num modelo de análise do tipo qualitativo, tendo-se optado pelo método de análise fenomenológica interpretativa de Giorgi (1997) e pelo método de análise de conteúdo e codificação de dados proposto por Bardin (2008).

RESULTADOS

-Motivos de procura de ajuda psicológica nos centros de saúde

Para a análise do conteúdo das respostas a esta questão, codificámos as seguintes temáticas:

- Respostas em que o sujeito verbalizou motivos de natureza objectiva interna - sintomas psicológicos.
- Respostas em que o sujeito verbalizou motivos de natureza objectiva, interna - sintomas somáticos (optámos por englobar aqui a condição de saúde do próprio);
- Respostas em que o sujeito verbalizou motivos de natureza objectiva externa - quando o sujeito atribui a sua vinda à consulta por indicação de terceiros;
- Respostas em que o sujeito verbalizou motivos de natureza subjectiva e conflitual - conflitos internos;
- Respostas em que o sujeito verbalizou motivos de natureza subjectiva e conflitual - conflitos externos ou relacionais.

Após uma análise das respostas verificamos que os 40 utentes referiram sempre mais do que um motivo, associando motivos de duas, ou mais, categorias diferentes:

Motivos de natureza objectiva, interna - sintomas psicológicos: O total dos utentes entrevistados (40) referiu sintomas psicológicos como uma das causas do pedido de ajuda. Destes, destacam-se os sintomas depressivos com 35 referências e a ansiedade com 16 referências. Outros sintomas menos referidos foram a irritabilidade (6 referências), a raiva (4 referências) e os desejos suicidas (5 referências).

Motivos de natureza objectiva, interna - sintomas somáticos: No total, apenas 10 utentes referiram sintomas somáticos, evidenciando-se destes as perturbações do sono (6 referências), e os problemas alimentares, incluindo obesidade (6 referências). Também foram referidos, embora com uma frequência menor, as dores de cabeça (3 referências), a tensão alta (2 referências) e o cansaço físico (3

referências). Foram, ainda, referidas sequelas de um traumatismo craneo-encefálico (1 referência) e uma situação de infertilidade.

Motivos de natureza objectiva externa: Em relação a este motivo, 19 sujeitos atribuem a sua vinda à consulta por indicação de terceiros, maioritariamente por indicação dos profissionais de saúde (sobretudo pelo médico de família, mas também por outros psicólogos, técnicos de saúde e psiquiatras). Existe, também, uma situação de indicação familiar (no caso de um menor) e outra por imposição do tribunal.

Motivos de natureza subjectiva e conflitual - conflitos internos: Os conflitos internos foram referidos por 24 utentes, sendo referidos, maioritariamente, temas relativos à insatisfação consigo próprio (18 referências), a memórias dolorosas (10 referências), à incapacidade de realizar o luto de familiares e amigos (7 referências), à necessidade de um maior auto-conhecimento (5) e a sentimentos de culpabilidade e de solidão (com 4 referências cada).

Motivos de natureza subjectiva e conflitual - conflitos externos ou relacionais: A maioria dos utentes (32) referiu motivos externos ou relacionais, sendo estes maioritariamente relacionados com a insatisfação com as relações familiares (16 referências) e com a insatisfação na relação com o companheiro (16 referências). De seguida, foram referidas dificuldades na área laboral (8 referências), morte de um familiar ou amigo (8 referências), dificuldades na relação com o outro em geral (7 referências) e, por fim, a doença física de familiares (4 referências); abuso sexual (3 referências) e dificuldades na adaptação a um novo local de residência (2 referências).

Verificamos, assim, que os motivos mais referidos pelos 40 utentes entrevistados foram os sintomas psicológicos, seguidos dos conflitos externos e só depois dos conflitos internos.

Cerca de metade dos utentes refere a indicação de terceiros como razão para o seu pedido de ajuda (trata-se de um contexto de centro de saúde no qual os utentes são encaminhados para a consulta de psicologia, maioritariamente, pelo médico de família), mas apenas 10 refere os sintomas somáticos como um dos motivos do seu acompanhamento psicológico (sendo estes, sobretudo, relacionados com perturbações do sono ou da alimentação). No mesmo sentido, é de referir que apenas 3 utentes referem a sua doença física como um dos motivos do pedido de ajuda (uma situação de obesidade, uma situação de sequelas de TCE e uma situação de infertilidade), sendo este o motivo exclusivo do pedido de ajuda apenas numa destas situações.

Ainda em relação aos motivos do pedido de ajuda, verificamos que, em algumas situações, estes motivos foram-se alterando ao longo do processo, no sentido de um maior auto-conhecimento, referindo os utentes por exemplo: “Depois, quando recorri à ajuda psicológica, percebi que haviam muitas outras coisas na minha vida que não estavam resolvidas” .

Relativamente à questão sobre as mudanças sentidas pelos utentes durante o processo psicoterapêutico em consequência deste, classificámos as respostas segundo um modelo de codificação do conteúdo semelhante ao utilizado para as respostas da questão sobre os motivos de pedido de ajuda. Deste modo, procurámos agrupar as respostas de acordo com a natureza das mudanças verbalizadas pelos sujeitos. Do total dos utentes, apenas um não referiu qualquer mudança que atribua ao acompanhamento psicológico. Assim, os dados seguintes referem-se a 39 utentes que referiram mudanças positivas de vários tipos:

Mudanças no plano objectivo e concreto - situações concretas da vida do sujeito: Dos 39 utentes que referiram mudanças, 12 referiram mudanças ao nível das situações concretas de vida, nomeadamente o facto de terem conseguido obter trabalho, ou regressar ao trabalho, voltar a estudar ou investir mais nos estudos, tirar a carta ou conseguir conduzir sozinho, praticar desporto, conseguir sair de casa, fazer compras sozinho, arranjar uma solução habitacional, ir de férias ou ir à praia.

Mudanças no plano objectivo e concreto - sintomas psicológicos: A maioria dos utentes referiu mudanças ao nível dos sintomas psicológicos (36), sobretudo ao nível dos sintomas depressivos. Assim, 17 utentes referem uma melhoria significativa sublinhando que se encontram menos deprimidos ou já sem depressão. Quanto à ansiedade, também existiram 17 referências ao facto desta ter diminuído ao longo do processo. Outros utentes também se referiram mais aliviados e menos angustiados (9 referências), com uma irritabilidade menor (2) e com menos raiva (1). De notar é, também, que os utentes referem uma diminuição ou supressão no que respeita à toma de medicação anti-depressiva e ansiolítica em consequência do acompanhamento psicológico (6 referências).

Mudanças no plano objectivo e concreto - sintomas somáticos: Em relação aos sintomas físicos, 15 utentes referem mudanças a vários níveis. Ao nível da alimentação, sublinhando que se conseguem alimentar melhor e até emagrecer (10 referências), ao nível do sono, conseguindo dormir melhor (3 referências), com menos dores de cabeça (3 referências), menos cansados fisicamente (3 referências), com menos dores no peito (1) ou controlando melhor a asma (1). Por fim, 2 utentes referiram simplesmente sentir-se muito melhor fisicamente, não concretizando esta melhoria.

Mudanças no plano subjectivo e conflitual - conflitos internos: Salienta-se que, praticamente, todos os utentes que referiram mudanças em consequência do processo psicoterapêutico, referiram mudanças ao nível dos conflitos internos (37). Assim, registámos mudanças positivas no que se refere a um aumento da auto-consciência de si e dos conflitos internos inerentes ao sofrimento psíquico (12 referências), a uma maior satisfação com os recursos internos ao nível da flexibilidade, capacidade para lidar com a angústia, para resolver problemas e para lidar com sentimentos negativos (21 referências), e a referência específica a um aumento da capacidade reflexiva (15 utentes). Registámos, igualmente, uma maior confiança nas suas capacidades (15 referências), melhorias na auto-estima (5 referências) e na auto-aceitação (5 referências). Assistimos, também, a sentimentos de um novo “Eu”

em 5 utentes e a uma menor culpabilização em 3. A exemplificar estes resultados estão afirmações como: “Comecei a perceber a ligação de certas coisas, antigamente tudo era um novelo emaranhado”.

Mudanças no plano subjectivo e conflitual - conflitos com objectos externos: No que diz respeito aos conflitos externos relacionais, registamos os seguintes conteúdos relativos a 29 utentes: Mudanças positivas na relação com os outros em geral (18 referencias), com familiares (12 referencias), com o companheiro (4 referencias). Estas mudanças reportam-se ao facto dos utentes se sentirem mais abertos, comunicativos, assertivos, com maior capacidade de expressar os seus sentimentos, ou de colocar mais limites, ou de se sentirem mais independentes face ao outro. Os utentes também se referiram ao facto de lidarem com as situações que vão surgindo na sua vida de forma diferente e mais satisfatória (5 referencias), assim como transformações ao nível dos investimentos libidinais, como seja cuidar mais de si na relação com o outro (4 referências). É de referir que, praticamente, todos os utentes (com a excepção de um) que referiram mudanças externas, referiram também mudanças internas, chegando mesmo a associar os dois tipos de mudanças: “Sentia-me mais segura de mim, a dada altura tive a sensação que podia enfrentar o meu pai”.

DISCUSSÃO

Tendo em conta os resultados relativos aos motivos de procura de ajuda psicológica e, apesar de se tratar de um contexto de saúde, o facto da maior parte dos utentes deste estudo procurar os serviços de psicologia devido a motivos psicológicos não decorrentes do seu estado de saúde física, leva-nos a reflectir sobre a necessidade de adequar a intervenção psicológica às necessidades dos utentes dos centros de saúde, o que pode significar a valorização de uma abordagem psicoterapêutica que vá para além de um aconselhamento em saúde.

Estes resultados também nos permitem inferir uma tendência para que os utentes ao longo do processo se focalizem mais no seu mundo interno, uma vez que todos referiram os sintomas psicológicos como motivos de procura de ajuda, aparecendo os conflitos internos em 3º lugar, o que contrasta, depois, com as mudanças percebidas ao longo do processo psicoterapêutico, em que as mudanças nos conflitos internos aparecem em 1º lugar, a par de uma mudança sintomática. Acresce a esta situação, o facto de que, mesmo as mudanças ao nível dos conflitos externos, aparecem associadas às mudanças internas, parecendo, assim, ter crescido a consciencialização da importância do mundo interno no bem estar psíquico.

Em algumas situações, assistimos, mesmo, a uma evolução nos motivos de procura de ajuda, tendo os utentes referido outras temáticas que vão surgindo durante o processo e que remetem para os conflitos internos.

Estas transformações foram sublinhadas nas respostas relacionadas com as mudanças nos conflitos internos que apontam para uma maior auto-consciência de si e dos conflitos inerentes ao sofrimento psíquico e com um aumento nos recursos internos para lidar com esse sofrimento, associado a uma maior capacidade reflexiva.

Tais alterações percebidas e, sobretudo, valorizadas pelos utentes, que olham para a intervenção psicoterapêutica nos centros de saúde como um espaço de mudança, de compreensão e de sentimentos de conforto, podem levar-nos a reflectir sobre a intervenção psicoterapêutica focalizada nos conflitos internos, como uma mais-valia na intervenção psicológica nos centros de saúde.

Apesar de este ser um trabalho complexo, inclusive em termos metodológicos, uma compreensão das vivências dos utentes que realizam processos psicoterapêuticos nos centros de saúde permitirá, esperamos, reflectir sobre a intervenção psicológica e aproximá-la das necessidades dos utentes.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. 4ª.Ed. Lisboa: Edições 70.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28 (2), 235-260.
- Hemmings, A. (2000). A systematic review of the effectiveness of brief psychological therapies in primary health care. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Health Care* 18(3), 279-314.
- Manthei, R.J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counseling. *Counseling Psychology Quarterly*, 20(1), 1-26.
- Mellor-Clark, J.(2004). A review of the evolution of research evidence and activity for NHS primary care counseling. *Psychodynamic Practice*, 10(3), 373-393.
- Oliveira, R. A., Senra, H., Dias, C. A., Oliveira, C., Nunes, C., Loureiro, L., & Oliveira, S. (2009/2010) *Vivências do processo psicoterapêutico em psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: CliniPinel.
- Sandell, R., Nilsson, T., Svensson, M., & Clinton, D.(2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566.
- Sandell, R., Lazar, A., & Grant, J. (2006). Do psychoanalytic treatments have positive effects on health and health care utilization? Further findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis project (STOPPP). *Psychotherapy Research*, 16(1), 51-66.

Spurgeon, P., Spurgeon, T., Hicks, C., Barwell, F., & Walton, I.(2005). Counselling in primary care: A study of the psychological impact and cost benefits for four chronic conditions. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 7(4), 269-290.

SINTOMAS PSICOLÓGICOS NO CLIMATÉRIO: UMA QUESTÃO (IN)CONTORNÁVEL

JOANA ACCIAIOLI MENDES, ISABEL LEAL & FILIPA PIMENTA

Muito se sabe já em relação à natureza e influência dos factores hormonais e à fisiologia das mudanças, contudo pouco se compreende ainda acerca da experiência completa do climatério. Do ponto de vista biomédico as definições são claras: a menopausa é um evento de diagnóstico retrospectivo, que apenas pode ser confirmado 12 meses após a data da última menstruação; o climatério coincide com o período do processo de envelhecimento em que ocorre a perda gradual da fertilidade, e é constituído por quatro fases: a pré-menopausa, a peri-menopausa, a menopausa e a pós-menopausa (World Health Organization, 1996).

A pré-menopausa corresponde ao último ano de regularidade dos ciclos menstruais (WHO, 1996). A peri-menopausa é o período que precede o evento da menopausa, sendo marcada por mudanças no ciclo e pelo aparecimento de sintomas físicos e psicológicos (Cooper, 2009). Já a pós-menopausa diz respeito ao período que se inicia passados 12 meses de total amenorreia e que se estende até ao final da vida da mulher (Silva & Silva, 1999).

Dado o aumento da esperança média de vida e o número cada vez maior de mulheres a atravessar o climatério, surgiram modelos que se propõem ajudar a compreender e otimizar a experiência do mesmo. O modelo biomédico explica a totalidade dos sintomas retratando a menopausa como um estado deficitário, que necessita de um tratamento de substituição hormonal permanente (Lindh-Astrand, Hoffmann, Hammar, & Kjellgren, 2007). O modelo sociocultural sugere que a experiência do climatério é modelada por padrões e variáveis socioculturais (Kowalcek, Rotte, Banz, & Diedrich, 2005).

O modelo biopsicossociocultural parte de uma visão mais completa, postulando que o climatério é um processo multidimensional que varia de mulher para mulher devido a um número de factores que incluem as suas expectativas e experiências (Olazábal et al., 1999, cit. Lindh-Astrand et al., 2007).

Em 1967, Holmes e Raye, formularam a Escala de Reajustamento Social, na qual propunham que certos eventos de vida estão associados ao aparecimento de doenças e que, quanto maior o seu número, maior seria o impacto causado na saúde.

Neste seguimento, a presente investigação teve como objectivo estudar a possibilidade de diferentes variáveis demográficas e a prática de exercício físico acarretarem níveis distintos de ansiedade, depressão e stress, numa amostra de mulheres na pré-, peri- e pós-menopausa. Adicionalmente, propôs-se estudar a correlação entre os níveis da referida sintomatologia e os acontecimentos, negativos e positivos, relatados pelas mulheres como tendo ocorrido no último ano.

MÉTODO

Participantes

Foi utilizada uma amostragem não probabilística intencional heterogénea (representativa) na qual participaram 364 mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 42 e os 60 anos ($M=50,55$, $SD=5,244$) e que se encontravam nos diferentes estados do climatério: pré-menopausa (26%), peri-menopausa (26%) e pós-menopausa (47,9%).

Relativamente ao estado civil, 67,9% da amostra encontrava-se casada ou em união de facto, 20,6% estavam separadas ou divorciadas, 8% eram solteiras e 3% viúvas. No que concerne à situação profissional da amostra, 85,2% das participantes encontravam-se activas, 8% desempregadas, 4,9% reformadas e 1,4% eram domésticas.

Material

Foram utilizados os seguintes instrumentos: o Questionário Sócio-Demográficos e de Saúde, o Questionário de Experiências de Vida (QEV/LES) e as Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS).

O Questionário Sócio-Demográfico teve como objectivo enquadrar as participantes em parâmetros como: idade, estado civil (casada/união de facto; divorciada/separada; solteira e viúva) e situação profissional (activa, reformada, desempregada e doméstica).

Já o Questionário de Saúde procurou avaliar em que fase do climatério se encontravam as participantes e se praticavam, ou não, exercício físico.

A versão portuguesa da LES (*Life Experience Survey*), originalmente desenvolvida por Sarason, Jonhson e Siegel, em 1978, constitui um instrumento de auto-resposta com 47 itens avaliados numa escala tipo Likert de 7 pontos e visa avaliar o stress ao longo do último ano, diferenciando os acontecimentos positivos e negativos, bem como a sua intensidade (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003). Para a presente investigação foram excluídos três itens por se destinarem a indivíduos do sexo masculino.

As Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress - EADS – 21 – (Adaptação das Escalas de Lovibond e Lovibond) são constituídas por 21 itens, distribuídos em número igual pelas três dimensões: Ansiedade, Depressão e Stress (7 itens cada) e com respostas apresentadas numa escala tipo Likert de 4 pontos. Os resultados de cada uma das três sub-escalas são obtidos através da soma dos resultados dos sete itens (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Procedimento

A amostra deste estudo foi recolhida por sete alunas de mestrado do ISPA – IU. A aplicação dos instrumentos foi efectuada utilizando um método de bola de neve e recorrendo a diferentes instituições, tais como universidades ou hospitais.. Previamente à participação no estudo foram facultados os consentimentos informados escritos que explicavam a natureza e os objectivos do estudo e que garantiam a possibilidade de desistência do mesmo em qualquer altura, assegurando igualmente a confidencialidade das respostas.

Com o objectivo de testar as hipóteses do presente estudo recorreu-se a testes estatísticos, inseridos na estatística paramétrica e não-paramétrica, utilizando o programa de análise estatística SPSS, versão 17 para a análise dos dados obtidos.

RESULTADOS

Os Níveis de Ansiedade, Depressão e Stress, as Variáveis Sócio-demográficas e a Prática de Exercício Físico-Em relação à existência de diferenças nos níveis experienciados de sintomatologia psicológica consoante estados civis distintos concluiu-se não existirem diferenças significativas nos níveis experienciados de ansiedade ($X^2(3)=1,092$; $p=0,779$; $N=340$), stress ($X^2(3)=2,103$; $p=0,551$; $N=332$) ou depressão ($X^2(3)=1,122$; $p=0,772$; $N=340$).

A possibilidade de existirem diferenças significativas nos níveis de ansiedade em relação à situação profissional actual não se confirmou ($X^2(4)=1,939$; $p=0,747$; $N=335$), à semelhança do sucedido com os níveis de stress ($X^2(4)=4,699$; $p=0,320$; $N=328$). No entanto, confirmou-se a existência de diferenças significativas do nível experienciado de sintomatologia depressiva nas diferentes situações profissionais ($X^2(4)=12,100$; $p=0,017$; $N=335$). Mediante uma comparação múltipla de médias concluiu-se que as participantes com situação profissional activa apresentavam valores significativamente superiores de sintomatologia depressiva relativamente às restantes.

Pôde concluir-se que os sujeitos que praticam actividade física apresentam níveis significativamente mais baixos de stress ($t(328) = -2,755$; $p=0,006$) do que aqueles que não praticam, assim como acontece em relação aos níveis de ansiedade ($Z=-2,451$; $p=0,014$) e de depressão ($Z=-2,504$; $p=0,012$).

Os Níveis de Ansiedade, Depressão e Stress e os Acontecimentos de Vida-Verificou-se uma correlação significativa, baixa e negativa, entre acontecimentos de vida e nível experienciado de ansiedade ($r = -0,252$; $p < 0,001$), assim como uma correlação significativa, baixa e negativa, entre acontecimentos de vida e nível de stress ($r = -0,392$; $p < 0,001$). Constatou-se existir igualmente uma correlação significativa, moderada e negativa, entre acontecimentos de vida e nível de depressão experienciado ($r = -0,453$; $p < 0,001$).

Entre os acontecimentos de vida mais frequentes na vida das participantes encontram-se: alteração dos hábitos de sono; grande mudança nos hábitos alimentares; grandes mudanças a nível das actividades sociais (Itens 4, 6 e 36). Entre os acontecimentos de vida menos referidos contam-se: morte de marido/companheiro(a); aborto; reconciliação com o namorado(a) (Itens 3, 34 e 47).

Os acontecimentos avaliados mais frequentemente de forma mais positiva foram: grande sucesso na vida pessoal; casamento; e entrada de um novo membro para a família (Itens 9, 1 e 21). Os itens avaliados mais frequentemente como tendo um impacto mais negativo na vida da mulher foram: problema de saúde ou acidente grave de uma pessoa da família; estar gravemente doente ou ter um acidente grave; e morte de pessoa da família (Itens 15, 35 e 5).

Uma percentagem de 10,4% das 364 participantes optou por acrescentar acontecimentos à listagem apresentada utilizando, para esse efeito, os itens 48, 49 e 50. No total foram acrescentados 62 acontecimentos: 44% relacionavam-se com a família; 39% diziam respeito a mudanças a nível pessoal; 8% prendiam-se com a saúde; e os restantes 9% eram do foro profissional e económico.

DISCUSSÃO

Quanto ao primeiro objectivo da presente investigação que dizia respeito a possíveis diferenças nos níveis de depressão, ansiedade e stress reportados por mulheres com diferentes estados civis, estas não se verificaram. Algumas investigações apontam para uma maior vulnerabilidade em relação à vivência de sofrimento psicológico no climatério das mulheres separadas, divorciadas ou viúvas, em detrimento das casadas ou solteiras (Avis & Mckinlay, 1991., cit. por Serrão, 2008). Contudo, outros investigadores como Dennerstein, Lehert e Guthrie (2002) verificaram nos seus estudos que as mulheres solteiras eram as que apresentavam sintomatologia emocional negativa mais evidente. Sendo que os próprios estudos referidos não chegaram a um consenso, podemos pensar que mais importante do que o estado civil seria a individualidade de cada mulher e a forma como esta perspectiva a mudança. Seria interessante estudar a incidência de sintomatologia psicológica em função da qualidade das relações com o parceiro/a, visto que a importância das variáveis relacionais parece sobrepor-se ao estado de menopausa (Fielder & Kurpius, 2005).

No que concerne ao segundo objectivo pôde concluir-se que as participantes com diferentes situações profissionais actuais não apresentavam níveis distintos de ansiedade e stress. No entanto, a

sintomatologia depressiva expressou-se de forma mais evidente nas mulheres com situação profissional activa em detrimento das restantes. Estes resultados são suportados por investigações anteriores em que tendencialmente as mulheres que apresentavam níveis superiores de sintomatologia depressiva eram as que necessitavam de trabalhar para a sua sobrevivência e tinham situação profissional activa (Bosworth et al., 2001; Kakkar, Kaur, Chopra, Kaur, & Kaur, 2007). Tal pode ser justificado pelo facto de habitualmente as mulheres estarem incumbidas de uma dupla responsabilidade, em casa e no local de trabalho.

No que respeita ao terceiro objectivo, os dados que revelaram que a prática de exercício físico acarretava menores valores de ansiedade, depressão e stress podem ser justificados pelos seus benefícios em termos de saúde e bem-estar, mas, também, por um aumento associado de auto-estima e de auto-imagem corporal. Estes dados vão ao encontro da revisão de literatura que refere que a prática de exercício físico auxilia na redução dos sintomas físicos e psicológicos no climatério (Bosworth et al., 2001; Elavsky & McAuley, 2005; Pines & Berry, 2007).

Quanto ao quarto objectivo, verificou-se existir uma correlação significativa, embora baixa, entre o aumento dos níveis de stress e ansiedade e um maior número de acontecimentos de vida avaliados como negativos, assim como uma diminuição dos referidos níveis de sintomatologia nas participantes que reportavam maior número de acontecimentos positivos.

O mesmo sucedeu com os níveis de sintomatologia depressiva, sendo que relativamente a estes a correlação se manifestou de forma moderada. Estes últimos resultados fazem sentido se pensarmos que o climatério ocorre numa fase da vida em que a mulher está, provavelmente, a lidar com eventos ou dificuldades típicas da meia-idade, nomeadamente tornar-se cuidadora dos pais/parentes idosos; assistir à morte ou doença de familiares, amigos ou cônjuge; ser confrontada com mudanças nas relações, saída de casa dos filhos; fazer face a alterações financeiras e das condições de emprego; e, ver transformada a sua percepção quanto ao significado da idade (Ballard, Kuh, & Wadsworth, 2001).

O último objectivo do presente estudo prendia-se com a verificação dos acontecimentos mais, e menos, referidos pelas participantes como tendo ocorrido no último ano. Esperava encontrar-se com maior frequência as vicissitudes típicas da meia-idade anteriormente referidas. Contudo, entre os acontecimentos mais referidos contaram-se: alterações dos hábitos de sono; grandes mudanças nos hábitos alimentares e alterações a nível social. Entre os acontecimentos menos referidos destacam-se: morte de marido/ companheiro(a); aborto; e reconciliação com o(a) namorado(a). No caso específico do aborto, este poderá ter sido menos descrito por se tratar de mulheres numa fase da vida menos propícia à gravidez.

Concluiu-se que quer os acontecimentos avaliados mais frequentemente, de forma positiva e negativa, quer os itens acrescentados, disseram respeito sobretudo à vida familiar, o que realça a importância desta dimensão na vivência do climatério.

Os presentes resultados, conjuntamente com as conclusões a que chegaram outras investigações, parecem não confirmar a teoria do modelo biomédico pois, ao postular que os sintomas se devem a períodos de variações hormonais, este deveria poder fazer prever a incidência da sintomatologia. Parece, sim, que a experiência do climatério é de cariz individual e pode ser afectada por aspectos tão diversos como a situação profissional, o exercício físico ou a experiência de acontecimentos de vida positivos e negativos. Estas conclusões podem ser suportadas pelo modelo biopsicossociocultural.

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas, sendo as principais o tamanho da amostra (especialmente a pequena dimensão de alguns dos grupos relativos ao estado civil e à situação profissional), a participação de cariz voluntário e o não preenchimento, em alguns casos, dos questionários na presença das investigadoras.

REFERÊNCIAS

- Ballard, D. K., Kuh, D. J., & Wadsworth, M. E. (2001). The role of the menopause in women experiences of the “change of life”. *Sociology of Health & Illness*, 23(4), 397-424.
- Bosworth, H. B., Bastian, L. A., Kuchibhatla, M. N., Steffens, D. C., McBride, C. M., Skinner, C. S., Rimer, B. K., & Siegler, I. C. (2001). Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosomatic Medicine*, 63, 603-608.
- Cooper, M. (2009). How modern women can manage menopause. *Primary Health Care*, 19(1), 24-29.
- Dennerstein, L., Lehert, P., & Guthrie, J. (2002). Effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 15-22.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Climacteric*, 52, 374-385.
- Fielder, K. V., & Kurpius, S. E. (2005). Casamento, stress e menopausa: Desafios e prazeres da meia-idade. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa*, 19(1-2), 87-106.
- Hardy, R., & Kuh, D. (2002). Change in psychological and vasomotor symptoms reporting during the menopause. *Social Science and Medicine*, 55(11), 1975-1988.
- Holmes, T., & Rare, H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kakkar, V., Kaur, D., Chopra, K., Kaur, A., & Kaur, P. (2007). Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas*, 57(3), 306-314.

- Kowalcek, I., Rotte, D., Banz, C., & Diedrich, K. (2005). Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures: cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas*, 51(3), 227-235.
- Lindh-Astrand, L., Hoffmann, M., Hammar, M., & Kjellgren, K. I. (2007). Women's conception of the menopausal transition – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 509-517.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229-239.
- Pines, A., & Berry, E. M. (2007). Exercise in the menopause - an update. *Climateric*, 10(2), 42-46.
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 1(26), 15-23.
- Silva, D. P., & Silva, J. A. (1999). *Terapêutica Hormonal de Substituição na Prática Clínica*. Lisboa, Portugal: Organon Portuguesa, Lda.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da *life experiences survey* (LES) à população diabética portuguesa. *Técnicas de Investigação*, 21(2), 49-60.
- World Health Organization. (1996). *Research on the menopause in the 1990s* (World Health Organization Technical Report Series No. 866). Geneva, Switzerland: Author.

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO NARRATIVA NA SAÚDE DE ADOLESCENTES COM DIABETES

ROSÁRIO MENDES 1, PAULO ALMEIDA 2 & MARGARIDA RANGEL HENRIQUES 1

A Diabetes Tipo 1 é a terceira doença crónica mais frequente na idade pediátrica, sendo particularmente exigente no seu controlo. Este envolve um equilíbrio constante entre a administração de insulina, alimentação - ingestão de hidratos de carbono - a prática de exercício físico e a monitorização das glicemias (cf. Goran & Gower, 2001), o que requer uma atenção acrescida durante a adolescência. Esta fase do desenvolvimento caracteriza-se pela ocorrência de diversas mudanças ao nível biológico, psicossocial e comportamental, nomeadamente em termos do desenvolvimento pubertário, mudanças de escola, o desenvolvimento de relações maduras com os pares e com parceiros românticos, e alterações nas relações com a família (Helgeson, Escobar, Siminerio, & Becker, 2010; Luyckx, Seiffge-Krenke, & Hampson, 2010). A presença da diabetes vem agravar estas exigências, pois envolve uma transformação na identidade pessoal do adolescente, na medida em que implica o desempenho de cuidados diferentes daqueles que são observados nos seus pares (Dovey-Pearce, Doherty, & May, 2007), de forma autónoma e responsável, encarados como constrangedores e limitativos das suas actividades diárias.

Para além disso, diversos estudos apontam para o facto de na adolescência se verificar uma maior dificuldade no controlo metabólico da diabetes (Greening, Stoppelbein, Konishi, Jordan, & Moll, 2007; Luyckx et al., 2010), indicado pelos valores da glicemia capilar e da hemoglobina glicosilada (HbA1c) (American Diabetes Association [ADA], 2003). Para esta instabilidade contribuem diversos mecanismos biológicos que provocam um aumento dos níveis de glicose no sangue como consequência das transformações pubertárias, mas também como resposta a acontecimentos de vida *stressantes*, não só intensos de curta duração, mas também de baixa intensidade e crónicos, e estados emocionais negativos (cf. Goran & Gower, 2001; Helgeson et al., 2010; Luyckx, 2010).

O *stress* também pode influenciar o controlo metabólico da diabetes através da redução dos comportamentos de adesão terapêutica. Diversos estudos apontam para a sua diminuição na fase da adolescência (Greening et al., 2007). A omissão dos auto-cuidados também está relacionada com processos de individuação do adolescente em relação à família (Dovey-Pearce et al., 2007), em que a negligência no controlo da diabetes reflecte uma afirmação de independência e o questionamento da autoridade das figuras parentais (Pereira & Almeida, 2004).

1-Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2-Hospital de São João e ISCS-N.

Simultaneamente, as necessidades de aceitação pelo grupo de pares são frequentemente satisfeitas através de esforço para igualar os comportamentos dos outros a vários níveis, nomeadamente alimentar, opondo-se às escolhas coerentes com o regime terapêutico.

Nesta conjuntura, o papel do psicólogo é essencial, no sentido de auxiliar o adolescente no processo de lidar com as tarefas de transição e de aquisição de controlo sobre a doença, minimizando as complicações de saúde e aumentando o bem-estar psicológico.

As estratégias de intervenção que recorrem ao uso da narrativa permitem traduzir por palavras e condensar as experiências de vida da pessoa numa história coerente, onde esta pode reflectir acerca das causas do acontecimento e suas consequências (Pennebaker, 2000).

Na intervenção com recurso ao *Paradigma da Escrita Expressiva de Pennebaker* é pedido aos sujeitos do grupo experimental que explorem e escrevam sobre as suas emoções e pensamentos acerca de acontecimentos difíceis ou emocionalmente perturbadores/ traumáticos, independentemente do seu conteúdo, entre 3 a 5 dias consecutivos, durante 15 a 20 minutos por dia. Os indivíduos do grupo de controlo escrevem acerca de temas superficiais.

Muitos estudos usando este paradigma (e.g., Gortner, Rude, & Pennebaker, 2006; Pennebaker, 2000) revelam vários benefícios para a saúde física e psicológica dos indivíduos, nomeadamente melhorias significativas no funcionamento do sistema imunitário; no número de visitas ao médico; mudanças a curto prazo na actividade autónoma e muscular; diminuição da dor e do uso de medicamentos em doentes com artrite; melhorias do funcionamento pulmonar de indivíduos com asma; melhorias na função hormonal; melhorias no funcionamento de outros marcadores biológicos de *stress* ou doença; e prevenção de sintomas depressivos. Quanto ao conteúdo, os participantes revelam um amplo leque de experiências traumáticas da sua vida (Baikie & Wilhelm, 2005).

Considerando os potenciais benefícios deste paradigma para a saúde física e psicológica dos indivíduos, este estudo teve como objectivo observar o impacto decorrente de três sessões de escrita expressiva, de acordo com o *Paradigma de Pennebaker*, na saúde de adolescentes com diabetes tipo 1, traduzida nos valores das glicemias e da hemoglobina glicosilada. Coloca-se como hipótese que, no grupo experimental, após a aplicação do paradigma da escrita expressiva, haja uma diminuição dos valores da glicemia e da hemoglobina glicosilada, que não se espera que ocorra no grupo de controlo.

MÉTODO

Participantes

Integraram este estudo 36 adolescentes ($N = 36$) com Diabetes Tipo 1, 11 (30.6%) do sexo masculino e 25 (69.4%) do sexo feminino. Tinham idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, sendo a média de idades de 16 anos ($DP = 2.01$). Em média, o diagnóstico da diabetes foi estabelecido

quando os participantes tinham 8.5 anos ($DP = 3.70$). O grupo experimental foi constituído por 20 participantes (14 do sexo feminino e 6 do sexo masculino) e o grupo de controlo por 16 participantes (11 do sexo feminino e 5 do sexo masculino). É uma amostra de ocasião e fazem parte dela utentes da Consulta de Endocrinologia/Diabetologia de um hospital da zona Norte de Portugal. Foram estabelecidos como critérios de selecção a idade mínima de 12 anos e a existência do diagnóstico de diabetes há mais de um ano.

Material

Neste estudo, foi utilizada uma ficha de dados sócio-demográficos para a recolha de dados de caracterização dos participantes e dos seus contextos familiares. Também se usou uma ficha de dados clínicos para a obtenção dos valores da glicemia e da HbA1c nos vários momentos da investigação, e para avaliação de factores externos que pudessem interferir com o controlo metabólico, no momento do *follow-up*.

Recorreu-se ainda ao uso de alguns instrumentos de avaliação psicológica, nomeadamente o *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) (Dias & Gonçalves, 1999) escala c-1, para avaliar a ansiedade-estado; o *Children's Depression Inventory* (CDI) (Dias & Gonçalves, 1999) para averiguar a presença de sintomas depressivos; o Questionário de *Stress Face à Diabetes* (QSD-R) (Herschback, Duran, Waadt, Zettler, Amm, & Marten-Mittag, 1997) para determinar a presença de *stress* especificamente relacionado com a diabetes; o Questionário de Regulação Emocional (QRE) (Gross & John, 2003) para perceber as estratégias de regulação emocional (supressão emocional ou reavaliação cognitiva) utilizadas pelos indivíduos; e o *Follow-up Questionnaire on Participants' Subjective Experience* (FQPSE) (Pennebaker, Colder, & Sharp, 1990) com o intuito de avaliar a experiência subjectiva de produção narrativa.

A tarefa narrativa baseou-se na técnica standardizada do *Paradigma da Escrita Expressiva de Pennebaker* (Gortner, Rude, & Pennebaker, 2006), com algumas alterações ao nível da sua duração (10 minutos) e procedimento (apenas os participantes do grupo experimental cumpriram a tarefa de escrita; só a primeira sessão foi presencial).

Procedimento

No momento inicial do estudo, foi assinado o consentimento informado pelo encarregado de educação do adolescente (quando este era menor), pelo adolescente e pelo investigador. Depois, o investigador procedeu ao preenchimento, junto do adolescente, da ficha sócio-demográfica e da ficha de dados clínicos, enquanto este respondia ao Questionário de Stress Face à Diabetes. De seguida, o grupo experimental realizou a tarefa de escrita, durante 10 minutos, monitorizados pelo investigador. Em casa, no próprio dia, o adolescente procedeu ao preenchimento dos restantes questionários (STAIC, CDI e QRE) e, nos dias subsequentes (2º e 3º), ao cumprimento da tarefa de escrita. No 3º dia, o adolescente preencheu também o FQPSE. Uma semana depois, tendo preenchido a tabela de

glicemias da ficha clínica, enviou por correio todos os materiais num envelope selado fornecido para o efeito. No grupo de controlo, no 1º dia, foram preenchidos todos os questionários e não foi realizada qualquer tarefa de escrita, nem dos dias subsequentes. O procedimento de registo das glicemias foi igual ao do grupo experimental.

No *follow-up*, realizado entre um a três meses e meio após o momento inicial (em função das consultas de Endocrinologia), foi preenchida junto do adolescente a ficha de dados clínicos respectiva, bem como os questionários de avaliação psicológica.

RESULTADOS

Para determinar os efeitos do paradigma da escrita expressiva sobre os indicadores bioquímicos da diabetes e analisar os dados referentes aos indicadores psicológicos foram utilizados os testes estatísticos t-Student para amostras emparelhadas e para amostras independentes. Para análise da experiência de produção narrativa, foi realizada uma análise de conteúdo e uma contagem de palavras emocionais.

Quadro 1. *Valores da Média e Desvio-Padrão obtidos com o STAIC, CDI e QRE, na Fase Inicial e no Momento do Follow-Up, no Grupo Experimental e no Grupo de Controlo.*

Variável	Grupo	Fase inicial		Follow-up		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
STAIC	Exp.	32	9.84	30	8.32	.72	.48
	Cont.	30	7.09	26	7.45	2.05	.06
CDI	Exp.	15*	8.31	12	7.93	1.48	.15
	Cont.	9*	4.48	8	3.57	.82	.42
QRE	Exp.	46	9.59	44	12.60	.61	.55
	Cont.	44	6.48	44	8.28	.15	.89

* $p < .05$ na comparação intra-grupo.

Em relação aos indicadores psicológicos (Quadro 1), não foram encontradas diferenças inter-grupos em termos de ansiedade e de regulação emocional, tanto no momento inicial como no *follow-up*. Quanto ao nível de depressão, na fase inicial, o grupo experimental ($M = 15$, $DP = 8.31$) obteve valores significativamente mais elevados do que o grupo de controlo ($M = 9$, $DP = 4.48$; $t(33) = 1.91$, $p < .05$). Contudo, os níveis de ansiedade e depressão estão abaixo do ponto de corte para serem considerados clínicos. Os valores de regulação emocional mantiveram-se semelhantes em ambos os momentos de investigação. Assim, considera-se que ambos os grupos são homogêneos e comparáveis entre si nestes três indicadores, excepto em termos de depressão, na fase inicial. Não se observam diferenças intra-grupos.

Em relação ao *stress* face à diabetes, os valores médios encontram-se abaixo do ponto de corte nos dois momentos, pelo que não há sinais clínicos de *stress* face à diabetes. Não foram encontradas diferenças intra-grupos. Também não foram observadas diferenças inter-grupos na fase inicial; contudo, no momento do *follow-up*, a média do grupo experimental ($M = 1.75$, $DP = 0.94$) foi significativamente mais elevada do que a do grupo de controlo ($M = 1.13$, $DP = 0.79$; $t(33) = 2.08$, $p <$

.05). Assim sendo, ambos os grupos são homogêneos e comparáveis entre si relativamente a esta característica, mas apenas no momento inicial.

Quadro 2. *Efeitos do paradigma da escrita expressiva sobre os indicadores bioquímicos da diabetes.*

	Grupo experimental		Grupo de controlo		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
HbA1c inicial	8.77	1.56	8.73	2.13	.06	.96
HbA1c <i>follow-up</i>	8.50	1.23	8.76	1.96	-.48	.63
Glicemia S. anterior	216*	41.44	186*	68.35	1.66	.11
Glicemia S. posterior	195*	36.95	183	71.56	.66	.52
Glicemia 3 meses	206	49.42	213*	83.11	-.33	.75

* $p < .05$ na comparação intra-grupo.

Pela análise do Quadro 2, constata-se que os valores da hemoglobina glicosilada não diferem significativamente nos dois momentos da investigação em nenhum dos grupos. Também não existem diferenças significativas inter-grupos.

Em relação aos valores da glicemia, foi registada, no grupo experimental, uma diminuição significativa a curto prazo, i.e., da semana anterior aos três dias de escrita para a semana posterior ($t(19) = 2.47, p < .05$). No grupo de controlo, houve um aumento da glicemia a longo prazo, i.e., da semana anterior para o momento do *follow-up* ($t(15) = -2.20, p < .05$). Não foram registadas diferenças inter-grupos.

Os resultados do questionário de *follow-up* sobre a experiência de escrita (FQPSE), revelam que 15 (75%) participantes consideram que o que escreveram é pessoal, 16 (80%) afirmam ter revelado as suas emoções, 12 (60%) revelam que a tarefa de escrita não foi difícil para si, e 17 (85%) referem que a escrita teve importância ou significado para si.

Na produção escrita, os conteúdos mais abordados estavam relacionados com a diabetes (25 narrativas), família (10 narrativas), escola (9 narrativas), amigos (7 narrativas) e relações amorosas (7 narrativas). De forma global, os adolescentes escreveram uma média de 6.90 palavras emocionais ao longo dos três dias de escrita ($M = 6.90, DP = 4.18$). Observou-se um decréscimo no grau médio de emocionalidade (número de palavras emocionais) do 1º para o 3º dia de escrita.

DISCUSSÃO

Tendo em conta os estudos de Pennebaker acerca dos benefícios da escrita expressiva para a saúde (e.g., Gortner et al., 2006; Pennebaker, 2000), esperar-se-ia que os mesmos fossem encontrados junto de indivíduos com diabetes, em termos dos indicadores bioquímicos que predizem um melhor controlo metabólico na diabetes. Tanto no grupo experimental como no grupo de controlo, os adolescentes apresentaram níveis médios de HbA1c superiores a 7% e de glicemia superiores ao intervalo considerado desejável (80-150mg/dl) (ADA, 2003), valores que apontam para situações de fraco controlo metabólico. Este facto vai ao encontro da literatura, que aponta para dificuldades mais

acentuadas na obtenção de equilíbrio metabólico na adolescência (Greening et al., 2007; Luyckx et al., 2010).

Para além disso, a hipótese de estudo foi infirmada no momento do *follow-up*, dado que não se registou uma diminuição da glicemia e da hemoglobina no grupo experimental, como era esperado, e se verificou um aumento significativo dos valores da glicemia no grupo de controlo. Esta constatação pode explicar-se pelo facto de os adolescentes de ambos os grupos não se encontrarem em situação de choque emocional como acontecia nos estudos do autor, como indicam os níveis de ansiedade e depressão encontrados. Contudo, a hipótese parece ter sido confirmada a curto prazo, com a diminuição significativa dos valores da glicemia no grupo experimental e a manutenção dos valores da glicemia no grupo de controlo. Assim, a escrita terá funcionado como amortecedor, prevenindo o aumento da glicemia a longo prazo.

A análise dos conteúdos mais abordados nas narrativas permite perceber a diabetes como dimensão claramente marcante e significativa, na medida em que este foi o tema mais abordado no 1º dia de escrita, mas também exclusivo para dois adolescentes. Os outros tópicos mais frequentes (e.g., família, amigos, escola) reflectem as áreas de vida onde se dão as maiores transformações durante a adolescência (e.g., Dovey-Pearce et al., 2007). Sugere-se que o decréscimo verificado no grau de emocionalidade das narrativas do primeiro para o terceiro dia de escrita possa ter sido devido à ausência do investigador na 2ª e 3ª sessões de escrita, mas também à possibilidade de os adolescentes terem revelado as suas experiências emocionalmente mais intensas na primeira sessão, abordando tópicos de menor importância nos restantes dias. Salienta-se, então, o valor da escrita enquanto instrumento que permite que o adolescente organize, elabore e atribua significado às suas vivências diárias e à doença (Pennebaker, 2000), processando toda a emocionalidade envolvida.

Concluindo, o paradigma da escrita expressiva, tal como foi utilizado, não foi suficiente para produzir uma melhoria significativa nos indicadores bioquímicos a longo prazo. Com eventuais mudanças na sua forma de utilização (e.g., maior regularidade; aplicação em momentos de choque emocional), a escrita expressiva poderá contribuir para a intervenção psicoterapêutica na diabetes, complementando a intervenção médica.

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association (2003). Tests of glycemia in diabetes. *Diabetes Care*, 26, (suppl. 1), S106-S108.
- Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 338–346.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P.

- Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. 6) (pp. 553-564). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT).
- Dovey-Pearce, G., Doherty, I., & May, C. (2007). The influence of diabetes upon adolescent and young development: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 12, 75-91.
- Goran, M. I., & Gower, B. A. (2001). Longitudinal study on pubertal insulin resistance. *Diabetes*, 50, 2444-2450.
- Gortner, E. M., Rude, S., & Pennebaker, J. W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 37, 292-303.
- Greening, L., Stoppelbein, L., Konishi, C., Jordan, S. S., & Moll, G. (2007). Child routines and youths' adherence to treatment for Type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 437-447.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Helgeson, V. S., Escobar, I., Siminerio, L., & Becker, D. (2010). Relation of stressful life events to metabolic control among adolescents with diabetes: Five-year longitudinal study. *Health Psychology*, 29(2), 153-159.
- Herschbach, P., Duran, G., Waadt, S., Zettler, A., Amm, C., & Marten-Mittag, B. (1997). Psychometric properties of the Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes – Revised (QSD-R). *Health Psychology*, 16(2), 171-174.
- Luyckx, K., Seiffge-Krenke, I., & Hampson, S. E. (2010). Glycemic control, coping, and internalizing and externalizing symptoms in adolescents with type 1 diabetes: A cross-lagged longitudinal approach. *Diabetes Care*, 33(7), 1424-1429.
- Pennebaker, J. W. (2000). Telling stories: The health benefits of narrative. *Literature and Medicine*, 19(1), 3-18.
- Pennebaker, J.W., Colder, M., & Sharp, L.K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pereira, M. G., & Almeida, J. P. (2004). Barreiras à adesão ao regime terapêutico da diabetes. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Orgs), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. 10) Braga: Psiquilíbrios Edições.

ONDE ESTÁ O SUJEITO? REFLETINDO SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA BRASILEIRO

VITOR MENDONÇA & IANNI SCARCELLI

No Brasil, a política de saúde passou a ter expressão e ganhar reconhecimento e dimensão social após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), já que, antes dele, a saúde nunca foi pensada como direito (Paim, 2008).

Os anos que antecederam a criação do SUS foram marcados pela conquista da democracia, além, é claro, dos movimentos sociais que defendiam os avanços no campo da saúde pública, formulados pelo Movimento de Reforma Sanitária. Dentre alguns princípios da Reforma, destacaram-se o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS e a ampliação do conceito de saúde. Essas propostas ganharam destaque na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Mas, somente em 1988, com a promulgação da Constituição, consolidou-se a criação do SUS, que garantia o direito à saúde para todos os brasileiros (Mattos, 2009; Paim, 2008; Santos, 2010).

Seus princípios doutrinários, expressos na Constituição de 1988, são: universalização, igualdade e equidade.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

O princípio da equidade significa tratar as diferenças em busca da igualdade, respeitando suas particularidades. Do mesmo modo, assegura a universalidade e a igualdade no acesso gratuito às ações e serviços de saúde, em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde (Paim, 2003), sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990). Os três juntos afirmam a doutrina do SUS, bem como suas diretrizes expressas no art. 198.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade (Brasil, 1988).

A integralidade é a premissa que articula as ações e serviços de saúde preventivos e curativos, tanto em nível individual quanto coletivo, exigidos para cada situação e em todos os níveis de complexidade do sistema. O atendimento integral deve priorizar as atividades preventivas, sem haver o prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1990; Mattos, 2009). O termo integralidade é derivado da noção proposta pela medicina integral, que em linhas gerais, critica a concepção que fragmenta o cuidado, privilegia as especialidades médicas e faz recortes analíticos, atentando-se somente a uma especialidade e a postura reducionista do indivíduo com dimensões exclusivamente biológicas, sem considerar os aspectos psicológicos e sociais (Mattos, 2006).

Sendo assim, o princípio da integralidade tem relação com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos. Assim, é preciso reconhecer que as práticas de cuidado são necessariamente intersubjetivas, e que devem se pautar por uma determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas (Mattos, 2009).

Segundo Mattos (2006), a integralidade não deve ser pensada somente como uma diretriz constitucional do SUS, mas, como uma “bandeira de luta” com o objetivo de enunciar características do sistema de saúde e suas práticas que são consideradas desejáveis. E vai mais além, pois “ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (p. 43).

Outra proposta do Governo que também procura valorizar o sujeito enquanto indivíduo implicado no processo de produção da saúde é o HumanizaSUS, ou também chamado de humanização. Foi iniciada 2003, com a finalidade de implantar ações humanizadas e estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção da saúde. Os documentos governamentais definem humanização como:

[...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos

sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2003, p. 9).

A humanização vem para reforçar os direitos dos usuários e reduzir os casos de discriminação, sendo necessárias melhorias e novas políticas para assegurar a qualidade no cuidado e o direito dos usuários nos serviços de saúde brasileiros, uma vez que o acesso ao sistema é deficitário. Mattos (2009) analisou o documento “O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”, redigido em 2006 no Fórum da Reforma Sanitária, e percebeu que as condições de acesso e as práticas de saúde no âmbito do SUS, de modo geral, não estavam muito diferentes dos anos anteriores a sua criação. Ainda hoje se encontram filas que podem se formar desde a madrugada para retirada de senhas, triagens e horas em locais de esperas são constantes, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de uma instituição para realização de exames e obtenção de medicamentos.

Apesar disso, em alguns aspectos específicos, é possível perceber melhoras no acesso aos serviços de saúde quando comparado há anos anteriores. Porém, ao se confrontar os dados brasileiros com de outros países, ainda é preciso investir em formas universais de acesso. Para melhor visualização, é possível tomar como exemplo a consulta médica. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, esse número ainda é baixo quando comparado ao dos países mais desenvolvidos, que varia de 68% nos Estados Unidos da América a mais de 80% em países como Alemanha, Canadá e França (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011).

Outro ponto interessante, em relação ao acesso dos usuários ao sistema de saúde, diz respeito às internações financiadas pelo SUS. Em 1982, foram financiadas 13,1 milhões de internações por ano, já em 2009, esse número caiu para 11,1 milhões, e o Ministério da Saúde afirma ter conhecimento que as taxas de internações são consistentemente mais altas entre as pessoas com seguros de saúde privados do que entre pessoas sem planos de saúde (Paim, et al. 2011).

No que se refere a questões que envolvem o modelo médico, ainda hegemônico, do ponto de vista da prática, no âmbito do sistema brasileiro, é relevante o entendimento de Clavreul (1978), quando declara que a medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente, no enunciado do sofrimento, ou seja, a prática médica parece desconhecer o sujeito enquanto ser social e psicológico.

Sucupira (2007) aponta que muitas vezes, no Brasil, a relação médico e o paciente têm o predomínio de procedimentos sofisticados e equipamentos de ponta, deixando à margem as questões para além da doença, como o alcoolismo, problemas relacionados ao casamento, emprego. Isso, segundo a autora, exigiria do profissional outras habilidades, que vão além dos

conhecimentos estritamente biomédicos, haja vista, a hegemonia do modelo biológico organicista que domina a formação médica.

É fato que nos serviços de pronto-atendimento, o modelo centrado na doença é preponderante. A prática está resumida em dar uma respostas imediatas, baseadas na diáde queixa e conduta, para dispensar o mais depressa possível a clientela em função do acúmulo de demanda. O foco está totalmente na doença e não no indivíduo (Sucupira, 2007).

É fato também que o modelo médico de hoje tem uma forte incidência da medicalização dos sujeitos, pois, segundo Rose (2010), muitos profissionais da saúde têm a esperança de que avanços na medicina levarão a um alívio do sofrimento e evitarão muitas doenças, a partir do desenvolvimento de drogas mais efetivas e seguras.

Este trabalho teve o objetivo de desenvolver uma discussão teórica acerca dos reflexos e consequências produzidos na vida dos usuários do sistema de saúde no Brasil, tomando como referência as ações práticas dos profissionais, mais especificamente, o modelo médico de saúde empregado e a rotina dos processos de integralidade e humanização para os usuários.

O sujeito nas práticas de saúde?

O primeiro aspecto a destacar é o paradoxo que se encontra no tratamento ofertado ou esperado para o usuário que se encontra inserido no sistema de saúde brasileiro. No papel, o texto é muito bonito, os modos para atuação são invejáveis, mas, e na prática? Parece que a política que está redigida no papel não consegue ser consolidada no campo de atuação.

Apreender quem é esse sujeito? O que ele busca? Só é preciso tratar a doença? Essas são questões que muitas vezes não perpassam a realidade do modelo médico colocado. Torna-se um equívoco reduzir a pessoa, usuária do SUS, ao tratamento medicamentoso para eliminar a doença. E os aspectos sociais e emocionais dessa pessoa? Rose (2010) certifica que a medicalização individualiza retira a atenção dos profissionais de saúde das causas sociais, ficando concentrado só, e somente só, nas condições biológicas do indivíduo. E o autor vai mais além, dizendo que para alguns autores essa prática pode ser associada a uma nova eugenia, buscando eliminar aqueles geneticamente inferiores, tendo assim, consequência na sociedade de hoje, que mais e mais problemas do dia-a-dia estão sendo tratados na medicina.

Alguns autores, como Sucupira (2007), justificam essa prática médica, de não conseguir compreender mais amplamente o paciente e as suas demandas, de não ir além da queixa orgânica que ele explicita, baseada nas limitações impostas ao longo da formação do médico, que não privilegia o paciente como o centro e o objeto da atenção. Essa é uma questão que a própria autora questiona, porque há anos se fala dessa ausência de uma formação mais humanizada na medicina e parece que nada é feito para tentar reverter essa situação.

Um outro paradoxo se destaca quando constatamos que a medicina não construiu um conhecimento sobre a experiência do sofrimento, apesar de lidar cotidianamente com ele. Foi construído forma de resposta a esse sofrimento, oferecendo-se apenas uma reação à doença, que supostamente causa esse sofrimento. E mais uma vez a medicina deixa de lado o sujeito para lidar com a doença, reduzindo o outro apenas a um objeto (Mattos, 2009).

Um fato que tem contribuído para evidenciar a necessidade de elaboração de modelos médicos diferenciados e de uma relação mais humanizada entre o médico e o usuário, segundo Sucupira (2007), está no reconhecimento por parte dos usuários dos seus direitos. Diante desse reconhecimento parece instalar-se uma situação de “ameaça” o que levaria o profissional adotar uma mudança no seu modo de atuação. E podemos pensar mais além, uma vez que a ameaça do seu reconhecimento profissional é mais importante que seguir e implementar as ações para uma prática humanizada, conforme orienta a política HumanizaSUS.

De acordo com a política de humanização, o conceito de clínica ampliada deve pautar o trabalho do profissional da saúde, tendo o compromisso com o sujeito e seu coletivo, e estimulando a co-responsabilidade no processo de produção da saúde. Mas, pelos autores estudados, essa diretriz parece não estar clara, principalmente, para os médicos. Assim também, não é percebida a gestão participativa, com a ampliação do diálogo entre os profissionais, os profissionais e a população, e os profissionais e a administração (Brasil, 2003). Um questionamento se faz pertinente aqui, o Governo colocou na política a palavra ampliar o diálogo, será que algum dia e em algum lugar esse diálogo era possível antes da humanização? Um ponto a ser pensando, haja vista que os autores aqui discutidos (Mattos, 2006; 2009; Sucupira, 2007) falam justamente o oposto, que há uma falta de diálogo entre o profissional e o usuário, devido também, ao modelo médico praticado.

É preciso partilhar com Mattos (2009) a ideia de que é necessária a transformação das práticas em saúde, a fim de se ter novos modos de caracterizar a realidade e os problemas que perpassam a vida dos usuários do sistema de saúde brasileiro. Segundo o autor, é preciso disparar processos que desencadeiem a reflexão e a análise das práticas de saúde pelos que nela estão engajados, porém, o próprio autor reconhece que não é uma tarefa fácil nos dias de hoje.

Por mais que a transformação nas práticas possa parecer uma tarefa difícil de ser executada, é necessário então, pensar em estratégias. Mattos (2009) sugere que para se pensar em uma mudança no modelo de atenção à saúde, torna-se fundamental concentrar-se na ideia do usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos ou pedaços de gente doentes. Além disso, a humanização deve permear todo esse processo de modificação.

Pensando ainda, nesse processo de transformação, é absolutamente aceitável defender a integralidade como um valor a ser sustentado e amparado nas práticas dos profissionais de saúde. É preciso ter em mente, no entanto, que não se pode atribuir apenas ao médico a responsabilidade de responder ao sofrimento manifesto do paciente. A atitude do médico, motivada por algum sofrimento, pode ser aproveitada para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto dos usuários, ou então, investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustrando um dos sentidos da integralidade no processo de saúde (Mattos, 2006).

Mattos (2006) sinaliza que a transformação na prática dos profissionais de saúde, e principalmente, nos modelos médicos vigentes, deva recomendar hábitos e comportamentos, e não só tratar os doentes. É preciso sugerir modos de vida mais saudáveis capazes de impedir o adoecimento. Sobretudo, é importante que os usuários tenham o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

Para tanto, a lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais de saúde é a de tornar mais fácil a vida do usuário, no usufruto dos seus direitos, na tentativa de se organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde e de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidado (Mattos, 2009).

Além do mais, é fundamental lembrar que o SUS assuma que a saúde não depende apenas de assistência médica, ela é o resultado de toda a vida do indivíduo, de seu trabalho, sua moradia, sua educação e seu lazer. Nesse sentido, faz-se pertinente destacar que para promover a saúde dos usuários tem que haver uma garantia mínima de investimento nos setores sociais.

Mattos (2009) considera de grande valia pensar sobre as práticas de saúde que têm sido empregadas nos dias de hoje, e destaca que trazer o outro e seu sofrimento para o campo das reflexões sobre as práticas concretas, é uma trajetória aberta ao diálogo e a negociação, pensando em uma possibilidade de sempre avaliar o trabalho que é desenvolvido, e assim, por meio do diálogo, reconhecer as necessidades de saúde todos e de cada um.

A proposta deste trabalho, não foi de apontar as falhas que o sistema brasileiro de saúde apresenta. Mas, uma tentativa de questionar as práticas profissionais que desfavorecem o sujeito em detrimento de uma alteração orgânica, para que novos caminhos possam ser traçados e discutidos, pensando-se sempre na garantia do direito dos usuários, enquanto pessoas e não objetos. Foi uma forma de ressaltar que ainda os usuários são vistos como portadores de doenças, muitas vezes reduzidos à sua alteração orgânica e destituídos de subjetividade.

Essa tendência é o aspecto mais relevante a ser considerado na grande tendência à medicalização, uma vez que a formação dos profissionais de saúde ainda privilegia o modelo

biomédico, ao invés de uma perspectiva interdisciplinar. Portanto, há passos importantes a serem dados, no sentido de uma atuação em saúde que privilegia o modo de vida do usuário e de poder acolhe-lo de maneira mais integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). Constituição. *Constituição [da] República Federativa do Brasil*, Brasília: Senado Federal. Arts. 196 a 200. Retirado em 14 maio, 2011, de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Retirado em 14 maio, 2011, de <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>
- Brasil. (2003). *Política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Retirado em 16 maio, 2011, de <http://www.saude.gov.br>
- Clavreul, J. (1978). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Ed. Brasiliense.
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 41-66). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Mattos, R. A. (2009). Princípios do sistema único de saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, 13 (1), 771-780. Retirado em 18 de abril, 2011, de www.scielo.com.br
- Paim, J. S. (2003). Políticas de saúde no Brasil. In Z. M. Rouquayrol & N. Almeida Filho. *Epidemiologia & saúde* (pp. 587- 603). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Paim, J. S. (2008). A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*, 18 (4), 625-644. Retirado em 18 de abril, 2011, de www.scielo.com.br
- Paim, J. S., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 6736 (11), 11-31. Retirado em 21 de maio, 2011, de www.thelancet.com

- Rose, N. (2010). A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI. *Psicologia & Sociedade*, 22 (3). Retirado em 21 de maio, 2011, de www.scielo.org.br
- Santos, N. R. (2010). *SUS: qual o rumo?* Subsidio à reunião de planejamento do CEBES de 26 a 27 de fevereiro de 2010. Rio de Janeiro: CEBES. Retirado em 18 de abril, 2011, de http://www.cebes.org.br/media/file/SUS_QUAL_O_RUMO.pdf.
- Sucupira, A., C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)*, 11 (23). Retirado em 25 de maio, 2011, de www.scielo.org.

ESPELHO MEU, EXISTE ALGUÉM MAIS BELA DO QUE EU? NOVOS MODOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

VITOR MENDONÇA , EDA CUSTÓDIO & LIGIA FURUSAWA

O culto ao corpo e a cirurgia plástica

A sociedade contemporânea assiste deslumbrada à passagem dos “corpos perfeitos”, que invadem progressivamente todos os espaços da vida moderna. A expectativa de corpo das pessoas em relação aos padrões de beleza é o que provavelmente interliga uma variedade de fenômenos cada vez mais comuns, como as incidências de anorexia e bulimia, e as cirurgias plásticas estéticas (Leal et al., 2010; Poli Neto & Caponi, 2007). Quando se fala em estudar o corpo como se representa na atualidade, é preciso compreender que influências dos contextos históricos, sociais, religiosos, culturais e econômicos se fizeram presentes nos pensamentos dos indivíduos e das sociedades. No século XVIII, a partir da revolução industrial, o corpo passou a ser explorado pela sua força produtiva com fins de capitalização, e seu controle tornou-se necessário. Aos poucos, o indivíduo recuperou para o seu corpo o aspecto espiritual e mental. O século XX devolveu à matéria seu caráter animado, surgindo a noção de sujeito inserido na construção do mundo e o pensamento de que o corpo passa a ser teorizado como objeto de debates políticos e filosóficos. Mais à frente, surgiu uma ideia de possível transformação na noção de sujeito moderno, que abriu mais espaço ao corpo. A subjetividade, antes ligada à consciência, aos aspectos intelectuais e morais, estaria, agora, mais atrelada aos cuidados do corpo e à chamada corpolatria (Castro, 2007).

Um olhar histórico sobre o corpo, a beleza e a mulher também contribui para a compreensão de como suas representações se deslocam e se transformam de acordo com os ideais de cada época. O corpo feminino foi se recompondo como produto social, histórico e cultural, mas, apesar das mudanças, a mulher continua submissa – antes da dominação dos homens – atualmente da árdua tarefa de corresponder ao padrão de juventude, beleza e saúde. Assim se poderia dizer que o corpo se tornou o mais submisso objeto de coerção social (Castro, 2007; Goldenberg, 2005; Leal et al., 2010).

Leal et al. (2010) consideram o movimento feminista o grande responsável pela “libertação” do corpo de suas antigas prisões de procriação e pelo uso de uma indumentária restrita, ocasionando hoje a exposto desse corpo a coerções sociais redobradas em valores morais quanto à beleza estética.

O final do século XX e início do século XXI estão marcados como o período de auge do culto ao corpo ou corpolatria, que pode ser compreendido como uma

[...] relação dos indivíduos com seus corpos que tem como preocupação básica o seu modelamento, a fim de aproximá-lo o máximo possível do padrão de beleza estabelecido. De modo geral, o culto ao corpo envolve não só a prática de atividade física, mas também as dietas, as cirurgias plásticas, o uso de produtos cosméticos, enfim, tudo que responda à preocupação de se ter um corpo bonito e/ou saudável (Castro, 2007, p.17).

Goldenberg (2005) indica que esse momento de culto ao corpo se tornou uma verdadeira obsessão, transformando-se em um estilo de vida entre algumas mulheres. Nos dias de hoje, as mulheres de maior prestígio na sociedade são as atrizes e as modelos que fizeram de seu corpo, beleza e aparência física uma forma de distinção, passando de mulheres desconhecidas a celebridades invejadas e imitadas pelas mulheres brasileiras.

A realidade social nos permite supor que a excessiva valorização do corpo jovem e magro tem influenciado as práticas sociais de mulheres no que diz respeito aos cuidados com o corpo. O avanço nas ciências e tecnologias permite à mulher moderna a possibilidade de transformar o seu corpo. Dessa forma, o corpo foi liberto de algumas restrições e passou a ser objeto de outras. A obsessão por magreza, regimes alimentares, técnicas de modelagem do corpo, cirurgias plásticas e consumo de produtos cosméticos exerce um poder normalizador perverso e tirano, que aprisiona o corpo a uma aparência que seja digna de ser exposta (Castro, 2007; Cernadas, 2009; Goldenberg, 2005; Leal et al., 2010).

Segundo Goldenberg (2005), a associação corpo e prestígio se tornou um elemento fundamental da cultura brasileira, fato esse que pode ser comparado com a cultura francesa, uma vez que a mulher francesa tem a aparência centrada na própria roupa, já a brasileira usa o corpo para ser o centro das estratégias de vestir. As francesas, ainda, procuram se produzir com roupas que disfarçam algumas formas indesejadas; as brasileiras expõem o corpo e frequentemente reduzem a roupa. Dessa forma, na cultura brasileira, além de o corpo ser muito mais importante do que a roupa, ele é a verdadeira roupa. É o corpo que entra e sai da moda; a roupa apenas é um acessório para exposição desse corpo da moda.

Os excessos cometidos pelas mulheres, não só em relação à magreza, mas também o corpo rígido, sem flacidez, dobras ou celulite, é associado à saúde, bem-estar e felicidade. E isso pode ser alcançado pela vontade e esforço do próprio indivíduo ou por meio de procedimentos cirúrgicos, que podem ser a solução mais rápida para superar as insatisfações com o corpo (Goldenberg, 2005; Leal et al., 2010; Poli Neto & Caponi, 2007).

Dados demonstram que a brasileira é a campeã na busca de um corpo perfeito (Goldenberg, 2005; Poli Neto & Caponi, 2007). Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), a brasileira, em especial, tornou-se, logo após a norte-americana, aquela que mais faz cirurgia plástica no mundo. São mais de 600 mil brasileiros que se submeteram a pelo menos um procedimento em 2003, afirma Goldenberg (2005).

A cirurgia é um ramo da Medicina especializada no tratamento de deformidades, lesões ou doenças externas ou internas realizadas por meio de operações. No contexto das possibilidades cirúrgicas, está a cirurgia plástica, que tem por finalidade a reconstituição artificial de uma parte do corpo e procura alcançar o equilíbrio da estrutura corporal com a finalidade de uma unidade estética (Leal et al., 2010). Segundo a Sociedade Americana de Cirurgia Plástica (ASPS), a cirurgia plástica estética é realizada com o objetivo de proporcionar uma nova forma a estruturas normais do corpo com a finalidade de melhorar a aparência do paciente e sua autoestima (Poli Neto & Caponi, 2007).

No entanto, durante muitos anos, a cirurgia plástica para fins meramente estéticos era considerada uma imoralidade pelos próprios cirurgiões regulares. Porém, a cirurgia plástica estética passa de uma prática marginal, antes da década de 1950, para uma especialidade reconhecida e cada vez mais procurada pelos médicos, segundo Poli Neto e Caponi (2007).

De acordo com Leal et al. (2010), esse tipo de cirurgia vem sendo popularizado, deixando de ser um procedimento restrito à classe alta. Ainda é o sexo feminino que compõe quase a totalidade dos números de cirurgias, cerca de 90%, e, em geral, tem crescido o número de jovens que buscam o procedimento.

Este trabalho pretende avaliar os processos que atravessam as práticas femininas de cuidado com o corpo, a partir de mulheres brasileiras que buscam cirurgias plásticas.

DISCUSSÃO

No Brasil, as três principais motivações para a realização de uma cirurgia plástica são: corrigir defeitos físicos, atenuar os efeitos do envelhecimento e esculpir um corpo perfeito. Essa última motivação é a que mais cresce no País, mencionam Poli Neto e Caponi (2007). Segundo a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Datafolha (2009), que procurou conhecer a situação da cirurgia plástica no Brasil, durante o período compreendido entre setembro de 2007 e agosto de 2008, é possível afirmar que 73% das cirurgias realizadas são estéticas, ou seja, 457 mil brasileiros se submeteram a um procedimento cirúrgico estético. Desses 73%, é possível identificar os três procedimentos mais procurados: o aumento de mamas (96 mil procedimentos, ou seja, 21%), lipoaspiração (91 mil procedimentos, o que representa 20%) e abdômen (69 mil procedimentos, ou

seja, 15%). Esses dados mostram que, pela primeira vez no País, a cirurgia de aumento das mamas superou a realização da lipoaspiração.

Ainda segundo a pesquisa, 82% dos procedimentos cirúrgicos são realizados em clínicas e/ou hospitais particulares, ou seja, são custeados pelo próprio paciente e não por convênio médico. Projetando o número total de intervenções com o universo de profissionais habilitados, são realizadas, no Brasil, aproximadamente, 629 mil cirurgias plásticas por ano, o que equivale a uma média de 15 cirurgias por mês para cada profissional (Datafolha, 2009).

Observando-se o perfil do paciente que busca o procedimento cirúrgico estético, verifica-se que 88% são mulheres, e 38 % delas têm entre 19 e 35 anos de idade. Outro dado relatado pela pesquisa é que 65% dos profissionais médicos possuem o título de especialista, e 60% estão concentrados na Região Sudeste do País. Para o presidente da SBCP, o título de especialista é fundamental para o cirurgião plástico, devido à alta especificidade da profissão. Assim, evita o aparecimento de situações indesejadas aos médicos, como a insatisfação do paciente com o resultado e o aumento de casos e denúncias por erro médico (Datafolha, 2009).

Casos de ocorrência por erros ou imperícia durante a realização de cirurgias plásticas e insatisfações com o seu resultado têm crescido, assim como aumentam os procedimentos cirúrgicos no Brasil. Ou seja, o consumo de recursos médicos pela população brasileira vem crescendo e, conseqüentemente, tem elevado os acontecimentos denominados eventos adversos, ou mais comumente chamados de erros médicos, durante ou após a assistência ao paciente, a ponto de ser considerado um problema social por diversos autores (Carvalho & Vieira, 2002; Cernadas, 2009; Fujita & Santos, 2009; Gomes, Drumond & França, 2001; Leal et al., 2010; Mendes et al., 2005; Rosa & Perini, 2003; Udelsmann, 2002).

O erro médico é entendido e conceituado como “a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde de outrem, mediante imperícia, imprudência ou negligência” (Gomes, Drumond & França, 2001, p. 27). Giostri (2002, p. 136) entende o erro médico como “uma falha no exercício da profissão, do que advém um mau resultado ou um resultado adverso, efetivando-se através da ação ou da omissão do profissional”.

Hoje, a ocorrência dos erros médicos tem tomado grandes proporções, principalmente pela influência da mídia, que desencadeia uma forte pressão para se descobrir o culpado e a causa do erro (Rosa & Perini, 2009).

Nos Estados Unidos, o Instituto de Medicina desenvolveu um projeto para avaliar as denúncias de má prática dos profissionais médicos americanos, haja vista que o erro médico estava situado em quarto lugar entre as maiores causas de óbito da população, no ano de 1997, com uma estimativa de aproximadamente 98 mil mortes de cidadãos americanos, anualmente, em consequência dos erros

médicos. Somente no ano de 1995, houve mais de três mil ações contra médicos nos Estados Unidos (Gomes, Drumond & França, 2001).

No Brasil, não se tem uma dimensão real de óbitos causados por erros médicos, dado que não existe um órgão responsável por esse controle e, também, pelo fato de ser uma temática com poucos trabalhos de referência na comunidade científica brasileira. Por outro lado, os estudos brasileiros dão maior ênfase ao número de denúncias registradas nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) do Brasil, aos processos disciplinares aplicados, ao perfil dos médicos denunciados e trazem, ainda, algumas “regras” importantes para que os médicos evitem e previnam o erro e não sofram aborrecimentos (Fujita & Santos, 2009; Gomes, Drumond & França, 2001; Udelsmann, 2002).

Mendes et al. (2005) realizaram uma revisão das pesquisas sobre o tema, circunscrita à produção encontrada em bases de dados nacionais e internacionais. A análise mostrou uma grande concentração de pesquisas realizadas em países da Europa e América do Norte, atingindo patamares de incidência, entre as vítimas de erro médico, com variação de 2,9 a 16,6 por 100 pacientes que eram submetidos a algum tipo de intervenção médica. Nesse mesmo estudo, os autores não avaliaram as produções nacionais, visto que a metodologia utilizada na revisão de prontuários eletrônicos não é registrada no Brasil, inviabilizando a avaliação das pesquisas nacionais. Contudo, foi possível identificar 26 artigos e 16 teses e/ou dissertações, até o ano de 2004, no Brasil, a partir de descritores como “eventos adversos”.

No que diz respeito à referência feita pelas pesquisas à condição dos pacientes (Fujita & Santos, 2009; Rosa & Perini, 2003; Udelsmann, 2002), percebe-se claramente que a comunidade médica está se sentindo acuada, devido ao “fortalecimento” da cidadania, visto que despertou nos indivíduos a noção de seus direitos, o que, segundo os autores, tornou o paciente mais contestador e exigente. Essa relação de “poder” permite ao paciente recorrer às ações legais quando percebe que foi lesado por um erro decorrente da assistência médica (Fujita & Santos, 2009; Rosa & Perini, 2003; Udelsmann, 2002).

O erro médico tem sido apontado por alguns estudos como um problema social, que tem levado à morte muitas pessoas no Brasil e no mundo e, por isso mesmo, passou a ser considerado um problema de saúde pública (Cernadas, 2009; Fujita & Santos, 2009; Gomes, Drumond & França, 2001; Leal et al., 2010; Rosa & Perini, 2003). Portanto, não há como negar que existe uma estreita relação entre a busca de um corpo perfeito e a realização de procedimentos cirúrgicos estéticos, especialmente, entre as mulheres, tornando-as escravas de um modelo ideal de beleza que a sociedade impõe e vítimas de uma coerção social que tem conduzido a uma situação prejudicial à saúde. Dadas tais constatações, salienta-se a necessidade de se compreender as experiências e vivências de mulheres que buscaram o procedimento cirúrgico estético em benefício de um corpo “ideal” e saíram marcadas como vítimas de algum erro decorrido desse procedimento, bem como a importância de se analisar a existência e implicação das políticas públicas brasileiras na intervenção e suporte às vítimas de erro médico.

No que se refere ao corpo feminino, observa-se que existem, associados a ele pensamentos e sentimentos que estão na base da vida social e, por isso, esse corpo pode ser entendido como um objeto social sobre o qual se compartilham ideias na vida cotidiana. A realidade social atual permite supor que a excessiva valorização do corpo jovem e magro tem influenciado as práticas sociais de mulheres, no que diz respeito aos hábitos alimentares e aos cuidados com o corpo. E mais, essas mulheres têm adotado estratégias de conformação aos padrões de corpo na atualidade, como a busca de cirurgia plástica estética.

Em todas as suas formas, a cirurgia plástica ganhou um destaque no País, devido ao grande número de pessoas adeptas ao procedimento. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, a população brasileira é a segunda no *ranking* em adotar a prática de cirurgia plástica no mundo, perdendo somente para os norte-americanos. É possível afirmar que, no País, é realizada uma média de 500 mil procedimentos cirúrgicos estéticos por ano. O público consumidor é caracterizado por 88% mulheres, e 82% das cirurgias plásticas estéticas no Brasil são custeadas pelo próprio paciente, ou seja, os gastos com os procedimentos são pagos particularmente, e não por convênio médico, segundo a pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha, divulgada em 2009. Assim, quanto mais cirurgias plásticas acontecem, maior a probabilidade de ocorrência do erro médico, justificada também, pelo aumento de profissionais sem capacitação técnica exigida. E é isso que se verifica na realidade.

Por fim, destaca-se que a mulher contemporânea que está em busca de um corpo perfeito de maneira mais rápida, reflete novos modos de promoção da saúde que precisa ser acompanhada pelos órgãos de saúde do país, para que não se torne um hábito.

REFERÊNCIAS

- Carvalho, M., & Vieira, A. A. (2002). Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*, 78, 261-268.
- Castro, A. L. (2007). *Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo* (2. ed.). São Paulo: Annablume.
- Cernadas, J. M. C. (2009). Participación de los pacientes y los padres em la prevención de los errores en medicina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107 (2), 97-98.
- Fujita, R. R., & Santos, I. C. (2009). Denúncias por erro médico em Goiás. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55 (3), 283-289.
- Giostri, H. T. (2002). *Erro médico à luz da jurisprudência comentada*. Curitiba: Juruá.
- Goldenberg, M. (2005). Gênero e corpo na cultura brasileira. *Psicologia Clínica*, 17 (2), 65-80.

- Gomes, J. C. M., Drumond, J. G. F., & França, G. V. (2001). *Erro médico* (3. ed.). Montes Claros: Ed. Unimontes.
- Instituto de Pesquisa Datafolha (2009). *Cirurgia plástica no Brasil*. Recuperado em 25 maio, 2010, de <http://www.cirurgioplastica.org.br>
- Leal, V. C. L. V., Catrib, A. M. F., Amorim, R. F., & Montagner, M. A. (2010). O corpo, a cirurgia estética e a saúde coletiva: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 77-86
- Mendes, W., Travassos, C., Martins, M., & Noronha, J. C. (2005). Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (4), 393-406.
- Poli Neto, P., & Caponi, S. N. C. (2007). A medicalização da beleza. *Interface (Botucatu)*, 11 (23), 569-584.
- Rosa, M. B., & Perini, E. (2003). Erros de medicação: quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49 (3), 335-341.
- Udelmann, A. (2002). Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48, 172-182.
- Wannmacher, L. (2005). Erros: evitar o evitável. In Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (Org.). *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*, 2 (7), 1-6. Retirado em 18 agosto, 2009, de <http://www.unb.br/fs/errodemedicamentos.pdf>.

VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS COMO PREDITORAS DO INSUCESSO ESCOLAR – DIFERENÇAS DE GÉNERO EM ALUNOS DO 2º E 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO

RITA RAMOS MIGUEL, DANIEL RIJO & LUIZA NOBRE LIMA

O insucesso e o abandono escolar são uma problemática com implicações sérias, não apenas ao nível pessoal, mas também ao nível social e económico, já que a escolaridade se assume com uma *estratégia fundamental para se alcançarem modelos de desenvolvimento humano satisfatórios* (Pereira, Nossa, Canavarro, Pinto, Mantas, 2011, pp.4). Os indivíduos que abandonam a escola precocemente possuem maior probabilidade de desemprego e maior dificuldade em encontrar uma situação profissional estável e bem remunerada (Bohon, Garber, & Horowitz, 2007; Rumberger, 1995). Esses alunos possuem também maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde, físicos e mentais (Chen & Kaplan, 2003; Rumberger, 1995), menor nível de bem-estar (Rumberger, 1987), maior probabilidade em se envolverem em comportamentos anti-sociais (Bohon, Garber, & Horowitz, 2007; Chen & Kaplan 2003; Rumberger, 1995), etc. Como é referido por Levin (1972, *in* Rumberger, 1987) todos estes problemas implicam elevados custos, não apenas pessoais, mas também sociais e económicos, desde perda de riqueza nacional, aumento do esforço dos serviços sociais e de saúde, ao incremento das taxas de criminalidade. No contexto português (INE, 2010), dados de 2009 dão conta de taxas de abandono escolar na ordem dos 7,6% ao nível do 2º ciclo e de 14,0% no 3º ciclo de escolaridade.

No que diz respeito à investigação neste domínio, verifica-se existir um número alargado de dados empíricos, que, no entanto, carecem de uma visão holística do problema. Constatam-se também a ausência de um instrumento que permita identificar com brevidade e eficácia os alunos em risco de insucesso escolar, o qual parece ser um fenómeno mais abrangente que o mero indicador do número de negativas obtidas pelo aluno.

Para ultrapassar esta última limitação, foi desenvolvida uma escala multidimensional, em 2010, pela equipa de especialistas da associação EPIS (Empresário Pela Inclusão Social), a qual tem vindo, desde 2006, a desenvolver o seu trabalho na redução do insucesso e do abandono escolar, como veículos privilegiados de promoção da inserção social dos jovens.

Este instrumento foi designado pelos autores como AFRA (Auto-avaliação dos Factores de Risco do Aluno) e foi construído na tentativa de disponibilizar para a população portuguesa uma medida multidimensional que permitisse avaliar, na percepção do próprio aluno, o peso diferencial de um conjunto de variáveis de natureza cognitiva e comportamental/atitudinal que diversa investigação tem assinalado como importante.

O objectivo deste trabalho é estudar as diferenças de género quanto aos factores para o insucesso escolar, estudando também quais desses factores melhor predizem insucesso escolar em rapazes e raparigas.

MÉTODO

Participantes

Os dados foram recolhidos num número variado de concelhos, nos quais o projecto EPIS (*rede de mediadores para o sucesso escolar*) se encontra implementado: Sesimbra, Santarém, Setúbal, Paredes, Matosinhos, e Seixal. A amostra de 682 alunos (46.3% rapazes e 53.7% raparigas), entre os 10 e os 18 anos de idade ($M=12,93$; $DP= 1,53$), distribui-se pelo 2º ciclo (24.7%) e 3º ciclo de escolaridade (75.4%), a frequentarem o segundo período do ano lectivo de 2010/2011. Os alunos são maioritariamente de origem portuguesa (96,2%) e, quanto ao nível socioeconómico, 61,7% são do escalão baixo, 31% do nível médio e 7% dos alunos do nível elevado.

Material

Auto-avaliação dos factores de risco do aluno (AFRA) (EPIS, 2010) – Validação: Miguel, Rijo, e Lima (2011): constitui uma medida de auto-relato dos factores de risco do aluno, composta por 54 itens, os quais se distribuem por 8 factores: (1) problemas de comportamento e de auto-regulação; (2) rejeição pelos pares; (3) baixo auto-conceito escolar; (4) desvalorização da escola; (5) ansiedade de desempenho; (6) ausência de rotinas de estudo; (7) baixa auto-eficácia escolar; e (8) desconfiança face aos professores. Os primeiros 6 factores são compostos por 7 itens e os restantes 2 factores por 6 itens cada um. As respostas são dadas numa escala tipo Likert, de 5 pontos (que varia entre 0= totalmente falso e 4= totalmente verdadeiro). Do ponto de vista psicométrico, a sua estrutura factorial explica 52,76% da variância total, a qual se distribui de forma parcimoniosa pelos 8 factores, e o alfa de Cronbach para o total da escala é de .904 e para os factores varia entre .754 e .875 (Miguel, 2011).

Ficha dirigida ao director de turma (Miguel, et al. 2011): é composta por uma grelha de hetero-avaliação do aluno, de 5 parâmetros (rendimento escolar, assiduidade, comportamento, relacionamento com os colegas, e relacionamento com os professores e auxiliares). As respostas são dadas numa escala tipo Likert de 5 pontos (entre 5=muito bom e 1=fraco). Foi ainda solicitada a classificação

obtida na disciplina de português e matemática, a média de todas as notas obtidas e o número de negativas, referente ao segundo período do ano lectivo 2010/2011.

Procedimentos

Após a autorização da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular [DGIDC], a amostra foi recolhida pelos técnicos da EPIS, segundo um critério de conveniência. Na aplicação dos questionários, os pais, ou seus representantes, foram informados dos objectivos da investigação através da leitura de um documento de consentimento informado, acompanhado de uma autorização para a integração do seu filho/educando no presente estudo. No caso dos alunos, cujo protocolo de avaliação foi realizado em grupo, foi-lhes transmitido o objectivo do estudo e a garantia de confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados. Também os directores de turma receberam uma explicação breve acerca do propósito da investigação e da forma como os dados recolhidos iriam ser processados.

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se à versão 17.0 do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

RESULTADOS

Diferenças de género no total e dimensões da AFRA Este primeiro estudo testa se existem diferenças no total e factores da AFRA em função do género. Os resultados encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1: Diferenças entre géneros para o total e factores da AFRA (sexo masculino: n= 312; sexo feminino:n=)						
AFRA	Sexo	M	D	t	df.	p
Problemas de comportamento e de auto-regulação	masculino	1.60	.9	5.	626.9	.000
	feminino	1.25	.7	423	54	
Rejeição pelos pares	masculino	.95	.7	2.	634.3	.009
	feminino	.80	.6	607	03	
Baixo auto-conceito escolar	masculino	1.39	.7	-	677	.005
	feminino	1.56	.8	2.818		
Desvalorização da escola	masculino	1.03	.7	.4	678	.629
	feminino	1.00	.6	84		
Ansiedade de desempenho	masculino	1.46	.7	-	673.6	.000
	feminino	1.75	.7	4.946	73	
Ausência de rotinas de estudo	masculino	1.66	.7	7.	677	.000
	feminino	1.29	.6	707		
Baixa auto-eficácia escolar	masculino	1.00	.6	1.	678	.245
	feminino	.95	.5	164		
Desconfiança face aos professores	masculino	1.15	.7	5.	585.2	.000
	feminino	.87	.5	502	69	
Total	masculino	69.5	24	2.	608.4	.007
	feminino	64.6	20	719	66	

Através da realização de testes *t* para mostras independentes foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os rapazes e as raparigas no total da escala e na maioria dos factores, excepto as dimensões *Desvalorização da escola* e *Baixa auto-eficácia escolar*. Estas diferenças mostram que os rapazes endossam maiores valores médios nos factores de risco na dimensão *Problemas de comportamento e auto-regulação*, *Rejeição de pares*, *Ausência de rotinas de estudo*, *Desconfiança face aos professores* e para o total da AFRA, ao passo que para os factores *Baixo auto-conceito escolar* e *Ansiedade de desempenho*, são as raparigas quem mais pontua.

Influência diferencial dos factores de risco nas classificações médias, segundo o género

Estes estudos visam identificar, de entre os factores de risco constantes da AFRA, quais os melhores preditores do rendimento escolar dos alunos (classificação média de todas as disciplinas como variável critério). Para estes estudos utilizou-se a regressão linear múltipla e foram feitos estudos independentes para cada género.

No Quadro 2, podem ler-se os valores das médias e dos desvios padrão obtidos para ambos os sexos. Para comparabilidade de resultados, os estudos realizados de forma independente são apresentados conjuntamente nos mesmos quadros.

Quadro 2: Médias e desvios padrão do critério classificação média dos alunos* segundo o género (sexo masculino:

		M	DP
Critério			
Classificação média dos alunos	masculino	3.29	.602
	feminino	3.37	.63
Preditores			
Problemas de comportamento e de auto-regulação	masculino	1.61	.94
	feminino	1.27	.77
Rejeição pelos pares	masculino	.97	.76
	feminino	.81	.69
Baixo auto-conceito escolar	masculino	1.40	.78
	feminino	1.57	.80
Desvalorização da escola	masculino	1.03	.71
	feminino	1.01	.67
Ansiedade de desempenho	masculino	1.48	.72
	feminino	1.74	.78
Ausência d rotinas de estudo	masculino	1.66	.72
	feminino	1.31	.63
Baixa auto-eficácia escolar	masculino	1.01	.65
	feminino	.95	.52
Desconfiança face aos professores	masculino	1.16	.75
	feminino	.87	.57

* Referente à média de todas as notas obtidas pelo aluno no segundo período do ano lectivo 2010/2011

No que respeita ao Quadro 3, o modelo composto pelos 8 preditores explica, para o sexo masculino, 29,7% ($F(8) = 14.501$; $p = .000$) da variância das classificações médias dos alunos no final do segundo período. Já para o sexo feminino, o modelo explica 29,5% ($F(8) = 16.711$; $p = .000$) da mesma variável.

Quadro 3: Sumário do modelo de regressão linear múltipla para a classificação média dos alunos segundo o género

		R	R ²	F	p
Modelo global	masculino (n= 284)	.545	.297	14.501	.000
	feminino (n= 329)	.543	.295	16.711	.000

Ao nível dos resultados, descritos no Quadro 4, há a referir, como melhor preditor, para ambos os sexos, o *Baixo auto-conceito escolar*. Segue-se, ainda que com valores de beta menores, diferencialmente, a *Desconfiança face aos professores* e a *Rejeição pelos pares*, para os rapazes e a *Ausência de rotinas de estudo* e a *Rejeição pelos pares* para as raparigas.

Quadro 4: Coeficientes de regressão linear múltipla para a média das notas segundo o género

Preditores		β	t	p
Problemas de comportamento e de auto-regulação	masculino	-.089	-1.517	.130
	feminino	.004	.081	.936
Rejeição pelos pares	masculino	.162	2.761	.006
	feminino	.117	2.348	.019
Baixo auto-conceito escolar	masculino	-.416	-6.041	.000
	feminino	-.512	-8.794	.000
Desvalorização da escola	masculino	.000	-.012	.990
	feminino	-.036	-.669	.504
Ansiedade de desempenho	masculino	-.018	-.301	.764
	feminino	.029	.497	.620
Ausência de rotinas de estudo	masculino	-.064	-.987	.325
	feminino	-.177	-3.179	.002
Baixa auto-eficácia escolar	masculino	-.062	-.872	.384
	feminino	.037	.654	.513
Desconfiança face aos professores	masculino	-.164	-2.633	.009
	feminino	-.044	-.772	.441

DISCUSSÃO

O insucesso e, no extremo, o abandono escolar, são uma problemática não apenas do indivíduo, mas do próprio sistema educativo e da sociedade em geral, tendo em conta que a Escola é fundamental para a inserção do indivíduo na sociedade.

O principal objectivo deste trabalho foi o de testar se existem diferenças de género quanto aos factores de risco para o sucesso escolar, a partir da auto-avaliação dos mesmos, com recurso a uma nova medida multidimensional recentemente desenvolvida – AFRA (Auto-avaliação dos Factores de Risco do Aluno, EPIS, 2010; Miguel, Rijo, & Lima, 2011). No que diz respeito às diferenças de género, as médias do total da escala diferem significativamente, com os rapazes a pontuarem mais do que as raparigas. Igual diferença é encontrada nos factores *Problemas de comportamento e de auto-regulação*, *Rejeição pelos pares*, *Ausência de rotinas de estudo* e *Desconfiança face aos professores*. Por outro lado, as raparigas revelam maior pontuação nos factores *Baixo auto-conceito escolar*, e *Ansiedade de desempenho*. Estes resultados são congruentes com a literatura, que associa às raparigas mais problemas internalizantes e aos rapazes problemáticas mais externalizantes (Achenbach, 1991; Aneshensel & Sucoff, 1996), expressando experiências de vida, estilos cognitivos, aspectos desenvolvimentais, biológicos e genéticos diferenciados.

Quanto às variáveis que melhor predizem o rendimento escolar, podemos referir a existência de algumas diferenças segundo o género. De acordo com os resultados, é possível referir que a AFRA explica 29.7% da variância da média das classificações para os rapazes e 29.5% para as raparigas. Para ambos os sexos o factor com maior contributo na percentagem explicada é o *Baixo auto-conceito*, seguindo-se por ordem decrescente de magnitude, a *Desconfiança face aos professores* e a *Rejeição pelos pares* para os rapazes e a *Ausência de rotinas de estudo* e a *Rejeição pelos pares* para as raparigas. Estes dados parecem evidenciar que programas de intervenção que promovam apenas aulas ou programas de recuperação de conteúdos lectivos, ou o treino de métodos de estudo, podem ser ineficazes, por não privilegiar uma intervenção focada no auto-conceito escolar assim como em outras variáveis cognitivas e emocionais, que parecem estar subjacentes à desvinculação do aluno à escola.

Como limitações dos estudos apresentados, há a referir o facto de termos tido apenas acesso às notas do segundo período, que podem não espelhar fidedignamente o desempenho do aluno no final do ano. Por outro lado, também ao nível da amostra, algumas características sociais e demográficas não se encontram parcimoniosamente representadas, por se tratar de uma amostra de conveniência. Futuros estudos devem testar os resultados aqui encontrados, como esclarecer a relação encontrada entre a *Rejeição pelos pares* e maior rendimento escolar. Seria igualmente pertinente, estudar as diferenças nos factores de risco entre os alunos do insucesso e do abandono escolar.

REFERÊNCIAS

- Achenback, T. M (1978). *Research in developmental psychology: concepts, strategies, methods*. Nova Iorque: The Free Press.
- Aneshensel, C.S., & Sucoff, C. A. (1996). The Neighborhood Context of Adolescent Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(4), 293-310.
- Bohon, C., Garber, J., & Horowitz, J. L. (2007). Predicting school dropout and adolescent sexual behavior in offspring of depressed and nondepressed mothers. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (1), 15-24.
- Chen, Z., & Kaplan, H. B. (2003). School failure in early adolescence and status attainment in middle adulthood: a longitudinal study. *Sociology of Education*, 76 (2), 110-127.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Anuário Estatístico de Portugal, 2009*. Obtido em: www.ine.pt
- Miguel, R. R. (2011). *Factores de risco para o insucesso escolar – estudos de validação de uma medida de auto-resposta numa amostra alargada de alunos do 2º e 3º ciclos do ensino básico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde.
- Pereira, D. S., Nossa, P., Canavarro, J. M., Pinto, R. V., & Mantas, L. (2011). *Jovens de futuro: como boas práticas podem levar os jovens a conquistar o futuro*. Lisboa: Porto Editora/EPIS.
- Rumberger, R. W. (1987). High school dropout: a review of issues and evidence. *Review of Educational Research*, 57(2), 101-121.
- Rumberger, R. W. (1995). Dropping out of middle school: a multilevel analysis of students and schools. *American Educational Research Journal*, 32 (3), 583-625.

RELAÇÃO ENTRE MOTIVAÇÃO PARA AJUDAR, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E STRESS NUMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

*SARA MONTEIRO, PAULA VAGOS, ANABELA PEREIRA, HÉLDER CASTANHEIRA, INÊS
DIREITO, VÂNIA AMARAL, ANA TORRES & GUSTAVO VASCONCELOS*

Em todo o mundo, milhões de pessoas dedicam importantes partes do seu tempo e energia a ajudar os outros, sendo voluntários em diferentes instituições. De acordo com a Organização das Nações Unidas, “o voluntário é o jovem ou o adulto que, devido ao seu interesse pessoal e ao seu espírito cívico, dedica parte do seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de actividades, organizadas ou não, de bem-estar social ou outros campos”. Os voluntários ajudam pessoas, com quem não têm contacto prévio, não tendo esta ajuda qualquer título de obrigação ou compromisso para os destinatários dos serviços de voluntariado (Omoto & Snyder, 2002).

Em Portugal, o voluntariado desempenha um papel fundamental enquanto conjunto de acções de interesse social e comunitário, realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade, desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas (art. 2.º, n.º 71/98, de 3 de Novembro).

Os principais dados disponíveis em Portugal, a nível da caracterização do voluntariado, remontam a um projecto de investigação realizado ao longo de 2001, com o patrocínio da Comissão Nacional para o Ano Internacional do Voluntariado (e coordenação de docentes do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa) e um levantamento realizado pela ENTRAJUDA em 2010 em parceria com os Bancos Alimentares e a Universidade Católica Portuguesa. No primeiro estudo verificou-se que o voluntariado não é uma actividade reservada a indivíduos sem compromissos familiares pois mais de 60% dos voluntários das IPSS eram casados, a maioria mulheres (ao contrário de outro tipo de voluntariado, como os bombeiros, onde a maioria são homens) e a média com uma escolaridade superior à da população nacional (Delicado, Almeida, & Ferrão, 2002). No que concerne ao segundo estudo, este consiste numa descrição dos voluntários que colaboraram com instituições de solidariedade social mas também os inscritos na bolsa de voluntariado.

Os voluntários que colaboram com Instituições de Solidariedade Social têm na sua maioria mais de 56 anos, reformados, a maior percentagem terminaram o liceu ou um curso superior. Os voluntários inscritos na bolsa de voluntariado são na sua grande maioria mulheres com idades entre 26 e 35 anos.

Efectivamente, em contexto nacional, têm sido conduzidos poucos estudos com o objectivo de caracterizar o voluntariado. Esta lacuna torna-se ainda mais evidente quando nos centramos no trabalho voluntário exercido por estudantes universitários. A este propósito, Eley e Kirk (2002) desenvolveram uma investigação longitudinal com um grupo de estudantes universitários voluntários, em que avaliaram as suas capacidades de liderança e motivações e atitudes acerca do voluntariado num programa de voluntariado com base desportiva, ao longo de 9 meses. No início do programa, os estudantes foram questionados acerca dos motivos que os levaram a voluntariar-se, tendo dado as seguintes respostas: aumentar as capacidades de liderança (42%), base desportiva do programa (34%), trabalhar na comunidade (10%) e melhorar o currículo (14%). Depois de um período de 9 meses, as motivações alteraram-se de forma significativa, a saber: aumentar as capacidades de liderança (28%), base desportiva do programa (37%), trabalhar em comunidade (20%), melhorar o currículo (9%) e outras razões (6%). As alterações verificadas indicam que o envolvimento na comunidade se tornou mais importante, ao mesmo tempo que preocupações com as capacidades de liderança e currículo se tornaram menos importantes, no final dos 9 meses.

Na investigação acerca do voluntariado, tem sido dada uma grande atenção à tentativa de compreensão das motivações para o voluntariado, objectivando a cativação e manutenção do trabalho voluntário (Clary & Snyder 1991; Clary, Snyder & Ridge 1992; Clary, et al., 1998). Clary e Snyder (1991) desenvolveram a teoria funcional do voluntariado, segundo a qual diferentes motivações pessoais e sociais podem promover o voluntariado. A teoria funcional do voluntariado defende que os actos de voluntariado que parecem ser bastante semelhantes na superfície podem reflectir processos motivacionais radicalmente diferentes. Adicionalmente, essas motivações podem influenciar a dinâmica da ajuda, condicionando acontecimentos relevantes associados à iniciação e manutenção do comportamento de ajuda voluntária. Neste contexto, os autores dividiram as motivações de acordo com as seguintes funções: função de valores, função de experiência, função de auto-estima/crescimento, função de carreira, função social e função protectora. As funções referidas são descritas da seguinte forma: (1) função de valores: a pessoa é voluntária para expressar valores importantes para si, como o humanismo e o altruísmo, procurando desta forma ajudar os mais necessitados; (2) função de experiência: o voluntário procura saber mais sobre o mundo e/ou exercer as suas competências que são frequentemente utilizadas. O trabalho voluntário permite novas aprendizagens, conhecimentos, competências e habilidades que, de outro modo não teria oportunidade de praticar; (3) função de auto-estima/crescimento: o indivíduo pretende crescer e desenvolver-se psicologicamente através da participação no voluntariado, procurando o crescimento e/ou a satisfação pessoal; (4) função de carreira: o indivíduo tem como objectivo adquirir capacidades e experiências relacionadas com a sua carreira profissional. O trabalho voluntário serve como preparação para uma

nova carreira ou para manutenção das competências relevantes; (5) função social: o voluntariado permite que a pessoa fortaleça as suas relações sociais, através da oportunidade de conviver com outras pessoas, fazer amigos e ao mesmo tempo estar envolvido numa actividade vista como importante pelos outros, podendo oferecer um certo reconhecimento na sociedade; e (6) função protectora: o indivíduo utiliza o voluntariado para resolver problemas pessoais ou para reduzir sentimentos negativos (por exemplo, reduzir a culpa por ter mais sorte do que os outros).

No que diz respeito às consequências do trabalho voluntário, existe evidência empírica que documenta a relação existente entre a prática de trabalho voluntário e indicadores favoráveis de saúde física e mental (Gonçalves, 2011; Gonçalves, Monteiro, & Pereira, 2011; Rietschlin, 1998; Thoits & Hewitt, 2001; Van Willigen, 1998). Por exemplo, Rietschlin (1998) verificou que pertencer a uma associação de voluntariado contribui para um menor distress psicológico e amortece as consequências negativas de situações geradoras de stress. No mesmo sentido, Van Willigen (1998) constatou que pertencer a uma associação de voluntariado aumenta a satisfação com a vida e diminui a sintomatologia depressiva.

É neste contexto que desenvolvemos o presente estudo, que apresenta como objectivos gerais os seguintes: (1) a caracterização de uma amostra de estudantes universitários voluntários relativamente a variáveis sócio-demográficas e motivações para o voluntariado, e (2) a análise da relação entre as motivações para o voluntariado, a sintomatologia psicopatológica e o stress numa amostra de estudantes universitários voluntários.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste trabalho foi constituída por 39 voluntários do serviço Linha da Universidade de Aveiro (LUA). Destes, 31 eram do sexo feminino (79.5%) e 8 eram do sexo masculino (20.5%). A sua média de idades era 22.95 Anos (DP =5.72), com idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos. Relativamente ao ano de curso, 7 alunos frequentavam o 1º ano (17.9%), 8 o 2º ano (20.5%), 14 o 3º ano (35.9%), 8 o 4º ano (17.9%) e 1 o 5º ano (2.6). Dois sujeitos (5.1%) foram omissos relativamente a esta informação. Nesta amostra estavam representados com um aluno cada (2.6%) os cursos de engenharia química, engenharia do ambiente, engenharia de materiais, engenharia electrónica e telecomunicações, novas tecnologias da comunicação, técnico superior de justiça, técnico superior de secretariado, técnico superior de informativa, matemática, administração pública, música, e estudos editoriais. Os cursos de enfermagem e turismo estavam representados com dois alunos cada (5.1%). Do curso de biologia estavam representados 3 alunos (7.7), do de gestão estavam 4 alunos (10.3%), do de bioquímica estavam 5 alunos (12.8%), e do de psicologia estavam 10 alunos (25.6%).

Material

Inventário de Motivações para o Voluntariado (IMV)

O IMV (Gonçalves, Monteiro, & Pereira, em revisão) consta de 30 itens que pretendem avaliar as motivações para se tornar voluntário em função de seis funções (descritas na introdução) que o voluntariado pode representar na vida da pessoa. Os resultados para cada uma destas funções obtiveram índices adequados de consistência interna: $\alpha = 0.76$ para a função de valores, $\alpha = 0.77$ para a função de experiência, $\alpha = 0.66$ para a função de auto-estima/crescimento, $\alpha = 0.87$ para a função de carreira, $\alpha = 0.79$ para a função social, e $\alpha = 0.70$ para a função protectora.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O BSI (Canavarro, 1999) é composto por 53 itens, pelos quais se pretende avaliar a sintomatologia psicopatológica em nove dimensões, que em seguida se apresentam, bem como os índices de consistência interna que os resultados em cada uma obtiveram no presente trabalho: somatização ($\alpha = 0.68$), obsessões-compulsões ($\alpha = 0.45$), sensibilidade interpessoal ($\alpha = 0.66$), depressão ($\alpha = 0.72$), ansiedade ($\alpha = 0.80$), hostilidade ($\alpha = 0.66$), ansiedade fóbica ($\alpha = 0.76$), ideação paranóide ($\alpha = 0.75$), e psicoticismo ($\alpha = 0.61$).

Inventário de Stress em Estudantes Universitários

Este inventário (Pereira et al., 2004) consiste de 24 itens que versam a vivência de stress em contexto académico, associado a quatro dimensões específicas. Em seguida serão apresentadas essas dimensões, bem como os índices de consistência interna que os resultados em cada uma obtiveram no presente trabalho: ansiedade aos exames ($\alpha = 0.80$), auto-estima e bem-estar ($\alpha = 0.63$), ansiedade social ($\alpha = 0.77$), e ansiedade decorrente de condições sócio-económicas ($\alpha = 0.76$).

Procedimento

Os instrumentos foram aplicados no início da sessão de formação prestada aos voluntários para poderem integrar o serviço LUA. Todos os voluntários foram informados que as suas respostas seriam confidenciais e anónimas, servindo apenas fins de investigação e não de classificação das suas competências enquanto voluntários. O preenchimento foi voluntário.

RESULTADOS

Caracterização das motivações para o voluntariado

A análise descritiva do endosso das funções indica que a função de experiência foi a mais endossada pelos participantes, enquanto a social foi a menos endossada (Quadro 1). Por recurso a comparação de médias em amostras emparelhadas e com um nível de significância ajustado de 0.003, podemos verificar que a diferença entre os resultados das subescalas apenas não foi significativa na

comparação entre as funções social e protectora ($p = 0.04$), e entre as funções de valores e crescimento ($p = 0.36$).

Quadro 1: Motivações para o voluntariado

	Função de valores	Função de experiência	Função de auto-estima/crescimento	Função de carreira	Função Social	Função Protectora
M	5.4	6.04	4.96	3.88	2.29	2.81
F	0.96	0.82	1.25	1.77	1.72	1.55
P						

Os homens apenas apresentaram valores mais elevados nas funções de voluntariado de carreira e social, comparativamente às mulheres. O contrário foi verificado para as restantes funções (Quadro 2). Esta diferença nunca foi estatisticamente significativa.

Quadro 2: Motivações para o voluntariado por sexo

	Função de valores		Função de experiência		Função de auto-estima/crescimento		Função de carreira		Função Social		Função Protectora	
	M	D	M	DP	M	DP	M	D	M	D	M	D
	P						P		P		P	
Sexo	3	2.	1.33	0.51	5.25	0.8	6	0	5	0	2	0.
Masculino		09				8	.17	.75		.63	.17	98
Sexo	4.	1.	2.56	1.86	5.45	0.9	6	0	4	1	3	1.
Feminino	15	63				9	.86	.95	.39			65

Relativamente à idade, verificamos que apenas a função de carreira se associa de forma significativa à idade ($r = -0.43$; $p = 0.028$), sendo que quanto mais novo o aluno mais usa o voluntariado como meio de ganhar capacidades relacionadas à sua carreira profissional.

Motivações para o voluntariado, sintomatologia psicopatológica e stress

No que se refere à saúde mental, apenas verificámos existirem correlações significativas entre a função social da motivação para o voluntariado e os sintomas obsessivo-compulsivos ($r = 0.415$; $p = 0.039$) e entre a função protectora e os sintomas de psicoticismo ($r = 0.453$; $p = 0.023$).

Em relação aos níveis de stress, apurámos que a ansiedade aos exames se associa à função de carreira atribuída ao voluntariado ($r = 0.432$; $p = 0.02$), bem como à função social ($r = 0.487$; $p = 0.012$). A função de carreira surge ainda associada à ansiedade decorrente de condições sócio-económicas ($r = 0.471$; $p = 0.015$).

DISCUSSÃO

No que respeita à caracterização das motivações para o voluntariado, os resultados obtidos sugerem que as funções mais pontuadas são as funções de experiência e valores, e que as funções menos pontuadas são as funções de protecção e social. Estes dados estão genericamente de acordo com os dados obtidos por estudos anteriores (Clary et al., 1998; Omoto & Snyder 1995; Sales, 2008), chamando a atenção para o facto de serem motivações como o altruísmo e a possibilidade de viver novas experiências as que mais se encontram subjacentes ao trabalho voluntário.

Relativamente à caracterização das motivações para o voluntariado por sexo, os dados revelaram que os homens apresentaram valores mais elevados nas funções de voluntariado de carreira e social, comparativamente com as mulheres (que apresentaram valores mais elevados na restantes funções), resultados estes de acordo com os obtidos por Sales (2008). De qualquer forma, devemos salientar o facto de estes resultados não terem significância estatística, apenas indicando a pertinência de conhecer a experiência de voluntariado masculina e feminina.

Adicionalmente, no nosso estudo, a idade apresentou uma correlação negativa estatisticamente significativa com a função de carreira. Isto significa que quanto mais novo é o estudante voluntário, mais importante parece ser o enriquecimento que o trabalho voluntário pode acarretar para a sua vida profissional, provavelmente como forma de melhorar o currículo profissional. Este dado é congruente com o estudo de Sibicky, Roberts, Felicelli, e Metz (1992), que encontrou dados semelhantes numa amostra de estudantes universitários. Efectivamente, numa fase em que o estudante ainda não entrou no mercado de trabalho e uma das suas grandes preocupações está relacionada com a formação e experiência profissional, a prática de trabalho voluntário pode ser encarada como uma forma de adquirir experiência e competências, eventualmente valorizadas posteriormente pelo mundo profissional.

No que respeita à relação existente entre as motivações para o voluntariado, a sintomatologia psicopatológica e o stress, os resultados obtidos sugerem correlações positivas e estatisticamente significativas entre estas variáveis, quando as funções são de carreira, social e protectora. Poderemos hipotetizar que os estudantes que encaram o trabalho voluntário como meio de adquirir capacidades e experiências relacionadas com a sua carreira profissional, como forma de fortalecer as suas relações sociais através da oportunidade de conviver com outras pessoas, ou como meio de resolver problemas pessoais ou reduzir sentimentos negativos (em vez de valorizarem as funções de valores, experiência, auto-estima/crescimento), serão estudantes com valores mais elevados de sintomatologia psicopatológica e stress. Por exemplo, verificámos que a função de carreira apareceu associada à ansiedade aos exames e ansiedade decorrente de condições sócio-económicas. Este dado fará sentido se pensarmos que um estudante com preocupações acerca das suas condições sócio-económicas e das suas classificações escolares, valorizará tendencialmente a função de carreira que o trabalho voluntário cumpre (mais do que as funções de valores, experiência e auto-estima/crescimento), na medida em que o enriquecimento do currículo lhe poderá permitir aumentar as condições socio-económicas.

Outras dimensões do voluntariado surgiram associadas a marcadores psicopatológicos, nomeadamente a social e a de carreira. Estes dados enfatizam o pressuposto que levou ao estudo das motivações para o voluntariado, de que a mesma experiência comportamental pode ser fundada em processos e necessidades psicológicas diferenciadas (Clary & Snyder 1991). Algumas destas necessidades poderão levar a que o voluntariado seja mesmo visto como uma forma de auto-ajuda, possivelmente lesando a ajuda ao outro, aspecto central em particular do serviço LUA. Assim, a

auscultação destas necessidades ganha especial pertinência, no sentido de otimizar a experiência de voluntariado, não apenas para o voluntário mas também para aquele que o procura.

REFERÊNCIAS

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SO.
- Clary, E., & Snyder, M. (1991). A functional analysis of altruism and prosocial behavior: The case of volunteerism. *Review of Personality and Social Psychology*, 12, 119-148.
- Clary, E., Snyder, M., & Ridge, R. (1992). A functional strategy for the recruitment, placement and retention of volunteers. *Nonprofit Management and Leadership*, 2, 333-350.
- Clary, E., Snyder, M., Ridge, R., Copeland, J., Stukas, A., Haugen, J., et al. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1516–1530.
- Delicado, A., Almeida, D., & Ferrão, J. (2002). *Caracterização do Voluntariado em Portugal*. Comunicação apresentada no Seminário: Olhares sobre o voluntariado: análises e perspectivas para uma cidadania activa. Lisboa.
- Eley, D., & Kirk, D. (2002). Developing citizenship through sport: The impact of a sport-based programme on young sport leaders. *Sport, Education and Society*, 7, 151-166.
- ENTRAJUDA (2011). *Alguns dados relativos ao voluntariado em Portugal*. Acedido http://www.entrajuda.pt/pdf/Voluntariado%20em%20Portugal_Jan%202011.pdf Acedido a 11 de Junho de 2011.
- Gonçalves, E. (2011). *Caracterização do voluntariado hospitalar em contexto oncológico*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Gonçalves, E., Monteiro, S., & Pereira, A. (2011). *Factores determinantes e consequências do trabalho voluntário numa amostra de voluntários hospitalares em contexto oncológico*. Manuscrito submetido para publicação.
- Gonçalves, E., Monteiro, S., & Pereira, A. (2011). Estudo das características psicométricas do Volunteers Functions Inventory. *Submetido*
- Omoto, A., & Snyder, M. (2002). Considerations of community: The context and process of volunteerism. *American Behavioral Scientist*, 45(5), 846-867.
- Pereira, A. M. S., Vaz, A., Medeiros, J., Lopes, P., Melo, A., Ataíde, R., Pinto, C., Motta, E., Bernardino, O., Mendes, R., & Ferreira, J. (2004). Características psicométricas do Inventário do

- Stresse em Estudantes Universitários – Estudo Exploratório. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos – Volume X* (pp. 326-329). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Rietschlin, J. (1998). Voluntary association membership and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 348-355.
- Sales, G. (2008). *Volunteer functions, satisfaction, commitment, and intention to leave government volunteering*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Lynn, Florida.
- Sibicky, M., Roberts, D., Felicelli, J., & Metz, R. (1992, March). *Motivations underlying volunteerism: Differences and similarities between student and senior citizen volunteers*. Paper presented at the Meeting of the Southeastern Psychological Association, Knoxville, TN.
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 115-131.
- Van Willigen, M. (1998, August). *Doing good, feeling better: The effect of voluntary association membership on individual well-being*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Sociological Association, San Francisco, CA.

DESAFIOS À PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TRABALHO NO POLO INDUSTRIAL DE MANAUS

ROSÂNGELA DUTRA DE MORAES

O mundo do trabalho passou por transformações estruturais nas últimas décadas, com destaque para as mudanças nas formas de gestão, relacionadas ao modo de acumulação flexível do capital. Novas exigências foram postas aos trabalhadores, trazendo a intensificação do trabalho, o agravamento do sofrimento e dos riscos à saúde. Diante desse quadro, os desafios à promoção de saúde no trabalho se tornam mais abrangentes. O aumento das patologias relacionadas ao trabalho (Dejours & Bègue, 2010) mostra a relevância social de estudos que contribuam para a compreensão dos processos de adoecimento bem como apontem para alternativas à promoção de saúde no espaço laboral.

Trabalhar é uma atividade central na vida humana. Sendo tão importante para a realização pessoal, o trabalho pode promover a saúde ou, por outro lado, conduzir ao adoecimento. Dejours (2007; 2008a) reafirma a centralidade do trabalho tendo em vista sua importância para o fortalecimento da identidade, que considera a armadura para a saúde mental. O autor situa o trabalho como um mediador insubstituível do inconsciente no campo social, destacando a importância das relações intersubjetivas construídas no espaço de trabalho e sua repercussão sobre a subjetividade.

No presente estudo adota-se a concepção de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde, que a define como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (Brasil, 1986). Nesse contexto, a saúde é concebida como integrante de um processo social que inclui políticas macro e microeconômicas e sociais e ações institucionais e individuais, nas quais se destaca a dimensão política; a saúde é uma conquista social.

A promoção de saúde é compreendida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002, p. 19 e 20), destacando que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”.

Essa concepção se tornou vigorosa nas duas últimas décadas do século XX, tendo como marco a “I Conferência internacional sobre Promoção de Saúde” realizada em Ottawa, em 1986 (Buss, 2003).

A contribuição para o debate acerca de promoção de saúde no trabalho parte da compreensão de que a saúde é um processo multideterminado, que tem no trabalho um elemento fundamental, vista a teia de relações construídas em torno do mesmo, que abrange aspectos ambientais, econômicos e psicossociais.

A pesquisa acerca da dimensão subjetiva do trabalho com automação no Polo Industrial de Manaus teve como objetivo compreender os processos subjetivos implicados no trabalhar e seus desdobramentos sobre a saúde / adoecimento dos operários, partindo do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, que analisa as mediações entre a organização de trabalho e os processos psicodinâmicos mobilizados no confronto do sujeito com a organização do trabalho, buscando compreender as vivências de prazer, de sofrimento, os significados e conteúdos subjetivos, as estratégias individuais e coletivas de defesa contra o sofrimento, o enfrentamento e a transformação do sofrimento, a busca da saúde e o adoecimento no trabalho.

Nesse texto, inicialmente será apresentado de forma sintética o Polo Industrial de Manaus, no Amazonas, Brasil. Em seguida serão esboçados os fundamentos da psicodinâmica do trabalho. Posteriormente serão apresentados os dados empíricos, com ênfase nos desafios à promoção de saúde no PIM.

O Pólo Industrial de Manaus

O Polo Industrial de Manaus –PIM, localizado na capital do Estado do Amazonas, no norte do Brasil, constitui o mais expressivo conglomerado de indústrias da Amazônia, gerando aproximadamente 125.000 postos de trabalho; há projeções de que o faturamento de 2011 seja superior a 40 bilhões de dólares, visto que até setembro já alcançara 30 bilhões (SUFRAMA, 2011). Para além da quantidade de postos de trabalho e das vultosas cifras do faturamento, questiona-se a qualidade de vida do operário, o espaço de manifestação como sujeito do trabalho e a saúde/adoecimento relacionados ao trabalho.

Na década de 90, esse parque industrial atravessou profundas transformações relacionadas principalmente ao avanço do modo de acumulação flexível do capital e da chamada globalização da economia, que o impactaram através da abertura do mercado brasileiro a produtos importados, o que exigiu uma reestruturação para enfrentar a concorrência internacional, deixando um grande contingente de desempregados, afetando decisivamente a economia local (Scherer, 2005).

Na reestruturação produtiva do PIM se destacou a ampliação de investimentos em aquisição de máquinas de inserção automática, que se fez acompanhar por um discurso de redução do sofrimento relacionado à tese do “fim do trabalho”. Contrariando esse discurso, os dados empíricos mostram que,

nas duas últimas décadas, ocorreu a redução dos salários e a intensificação do trabalho, a despeito do aumento de exigências de qualificação aos trabalhadores (Moraes, 2010).

A organização de trabalho preconizada a partir dessa reestruturação pretende adotar um modelo de organização fabril pós - fordista. As novas formas de organização do trabalho, relacionadas ao modo de acumulação flexível do capital, se fundamentam na ideologia neoliberal e utilizam amplamente a “flexibilidade” nos contratos e na forma de organização fabril, tendo rebatimentos sobre a saúde do trabalhador. A flexibilidade nos contratos no PIM significa terceirização de força de trabalho, traduzida em desregulamentação e precarização do trabalho para muitos, visto que há perdas dos (limitados) direitos trabalhistas característicos do fordismo periférico.

Os operários mais especializados, como os operadores de máquinas de inserção automática, permanecem contratados pelas grandes empresas. Entretanto, a flexibilidade das máquinas e da organização fabril exige multifuncionalidade e resulta em sobrecarga de trabalho, contribuindo para o agravamento do sofrimento e para o aumento de patologias relacionadas ao trabalho.

O trabalhar na concepção da psicodinâmica do trabalho

A psicodinâmica do trabalho é uma teoria que já se encontra consolidada após três décadas de pesquisas. Foi criada e desenvolvida por Dejours (2007, 2008), médico e psicanalista francês, que continua sendo seu maior expoente. Parte da fundamentação teórica da psicanálise freudiana e busca compreender a mobilização do sujeito face ao trabalhar, e os modos como o confronto da subjetividade com a organização do trabalho podem fortalecer a saúde ou, em contrapartida, conduzir ao adoecimento no trabalho.

Na experiência subjetiva com o trabalho o sujeito se depara com a insuficiência da prescrição para dar conta da tarefa, tendo a experiência afetiva do fracasso. Dessa forma o sofrimento é inerente ao trabalhar. Para ultrapassar o sofrimento é necessário mobilizar-se subjetivamente, exercitando a inteligência prática, que é marcada pela engenhosidade, aliada à experiência do corpo e guiada pelo sofrimento (*pathos*), no sentido de escapar ao mesmo e alcançar o prazer. Ao conseguir ultrapassar as dificuldades e receber o reconhecimento por sua habilidade o sujeito subverte o sofrimento em prazer, vivência que fortalece a identidade e atua como mediadora para a saúde (Dejours, 2007).

Quando os trabalhadores não conseguem transformar o sofrimento, buscam se proteger a partir da construção de estratégias de defesa, que se caracterizam como recursos psíquicos empregados para minimizar a percepção do sofrimento. Embora possuam uma função protetora, essas estratégias não transformam a situação que agrava o sofrimento, havendo ainda o risco de alienação (Dejours, 2008).

O coletivo de trabalho desempenha um importante papel nas relações intersubjetivas. O reconhecimento se destaca como propulsor do engajamento subjetivo no trabalhar. O reconhecimento pode ser proveniente dos pares, dos superiores e dos clientes, sendo os pares os juízes mais habilitados para avaliar competência, a conformidade da obra com as regras do ofício e a originalidade.

A psicodinâmica do trabalho se define primeiramente como uma clínica, destacando a importância do espaço público da fala e da escuta, no re-conhecimento do saber-fazer, o que favorece a cooperação e a regulação da organização do trabalho para o enfrentamento das dificuldades. Entretanto, a competição e o individualismo, incentivados pelas novas formas de gestão, têm comprometido a dinâmica das relações, dificultando a cooperação e o reconhecimento no trabalho.

Nesse cenário, proliferam as patologias relacionadas ao trabalho, tais como a patologia da sobrecarga (LER/DORTS), as patologias do assédio, os quadros de depressão e as patologias da violência (Dejours & Bègue, 2010), indicando a necessidade de investigar a realidade do trabalho e apontar alternativas voltadas para a promoção de saúde.

MÉTODO

Participantes

O campo empírico constitui-se de nove empresas, de diversos segmentos (eletro-eletrônico, aparelhos de telefonia celulares, duas rodas), instaladas no Polo Industrial de Manaus, que possuem uma seção de automação.

Participaram como informantes cinquenta e cinco operadores e operadores de máquina, que responderam a uma entrevista individual semi-estruturada. A pesquisa de campo foi realizada em dois momentos: inicialmente realizou-se o estudo em duas empresas japonesas, do segmento eletro-eletrônico, abordando dez operadores de uma e onze de outra. No segundo momento foram entrevistados trinta e quatro operadores de outras sete empresas de diferentes origens e segmentos, entrevistando cinco operadores de cada empresa (e quatro da última), utilizando a mesma metodologia de coleta e análise de dados.

Procedimento

A análise de dados foi realizada a partir da sistemática de análise da *Grounded Theory*, também chamada de Método de Comparação Constante. A sistemática da Teoria Fundamentada se destina a estruturar a informação, com vistas à descoberta de elementos comuns nas diferentes entrevistas, comparando-as e articulando-as até alcançar os eixos de análise e a categoria central, que permita desenvolver uma teoria a respeito de determinado fenômeno social (Trinidad, Carrero & Soriano, 2006). Foram utilizadas categorias de análise oriundas da psicodinâmica do trabalho, teoria já consolidada, recorrendo-se à *Grounded Theory* apenas como sistemática de análise.

RESULTADOS

O trabalho com automação no PIM e os desafios à promoção de saúde

A organização de trabalho das áreas de inserção automática se caracteriza por uma rígida rotina que inclui procedimentos padronizados e verificações realizadas sob pressão no sentido do cumprimento de prazos e metas de qualidade, com ênfase à cultura da excelência, marcadamente nas empresas de origem japonesa, nas quais a pressão por qualidade é mencionada como um dos agravantes do sofrimento.

O sofrimento foi associado especialmente à sobrecarga de trabalho, à cobrança excessiva, à pressão por metas e por qualidade, que intensifica o medo de errar, agravando a tensão e conduzindo ao adoecimento.

Apesar da presença de elementos do toyotismo, como a exigência de engajamento subjetivo, permanecem os controles tayloristas; tal incongruência agrava o sofrimento no trabalho. Como parte das pressões para alcançar as metas de produção, as chefias usam autoritarismo, coação, violência verbal; entre os pares há competição, fofocas e intrigas. E mesmo nas seções de inserção automática consideradas de alta concentração tecnológica, ainda persiste o trabalho penoso.

Os agravantes do sofrimento aparecem de forma destacada e as situações que favorecem a transformação do sofrimento, como o reconhecimento, mostram-se pouco presentes. Quanto os ocorre o reconhecimento, tanto por parte da chefia e companheiros de linha (elogios), se mostra um fator fundamental para a mobilização subjetiva. No entanto, os baixos salários aparecem de forma recorrente no discurso dos trabalhadores, estando associados à percepção de desvalorização do seu trabalho. Assim, o não-reconhecimento para estes trabalhadores acaba se construindo em função direta à baixa remuneração; mostra que a empresa para qual trabalham não valoriza seu fazer.

Diante do sofrimento os trabalhadores têm desenvolvido estratégias defensivas individuais e coletivas, em especial a racionalização, a negação do sofrimento e a resignação. Estas estratégias dificultam a luta contra as pressões da organização e conseqüentemente a transformação da realidade de trabalho. Implicam, portanto, em adaptação e conseqüentemente atendem mais ao interesses organizacionais que aos trabalhadores.

Por outro lado, os operadores também têm desenvolvido estratégias de enfrentamento, como a regulação do ritmo de trabalho, a troca de posto e outras formas que necessitam da cooperação por parte dos pares ou superiores para solucionar problemas. Quando as estratégias defensivas e de enfrentamento não se fazem presentes ou são ineficazes, os trabalhadores apresentam sinais, sintomas, formas de adoecimento e manifestações psicossomáticas.

As principais patologias que acometem os operadores são as patologias de sobrecarga, em especial LER/DORTs, sendo os principais sintomas: o cansaço; esgotamento físico; dores musculares, em especial nas pernas e nos ombros; afecções na coluna e no ombro; bursite e nódulos de tendinite.

Além das patologias de sobrecarga foram identificados riscos de acidente, tais como: cortes e ferimentos nos dedos, bem como risco de acidentes mais graves decorrentes do uso de inspetora eletrônica.

As vivências de prazer-sofrimento se revelam como um construto dialético. No que refere ao prazer no trabalho, destacaram-se como mobilizadores comuns nas nove empresas: a dinâmica das relações entre os pares, a obtenção de novos conhecimentos, as novas experiências e o fato de desempenhar bem a função, destacando-se aí a realização de trabalhos sem erros. Todavia, as vias para transformação do sofrimento são pouco utilizadas; as falas que expressam sofrimento predominam amplamente sobre as falas de prazer.

DISCUSSÃO

No trabalho com automação no PIM predominam a sobrecarga, as cobranças e pressões por metas e qualidade, identificados como agravantes do sofrimento. O reconhecimento, via privilegiada para transformação do sofrimento, se encontra pouco presente, dificultando a mobilização subjetiva e as manifestações da inteligência prática. A forma como está sendo adotada a automação no PIM está contribuindo para a intensificação do sofrimento no trabalho.

Um dos desafios à promoção de saúde no PIM é a ampliação do espaço público da fala e da escuta do sofrimento; a fala conduz à elaboração coletiva com vistas à transformação da organização do trabalho naquilo que agrava o sofrimento, como a sobrecarga, as pressões por qualidade e os baixos salários. Na tradição autoritária do PIM a fala do sofrimento é interpretada, pelos gestores, como indício de movimento reivindicatório, o que dificulta a criação desse espaço.

Conclui-se que o sofrimento está sendo agravando pela sobrecarga e pressão por metas e qualidade, conduzindo ao adoecimento; o espaço da fala e da negociação é limitado pela herança autoritária do PIM. A busca do espaço público da fala permanece como um desafio; sua conquista favoreceria o reconhecimento, a cooperação, a negociação, as mudanças na organização do trabalho e a emancipação, atuando como promotor de saúde.

REFERÊNCIAS

- Brasil; Ministério da Saúde (1986). *Conferência nacional de saúde n. 8*. Relatório Final. Brasília, DF.
- Brasil; Ministério da Saúde (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: DF.
- Buss, P. M.(2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Dejours, C. (2007). A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In Mendes, A. M., Lima, S. C. & Facas, E. P. (Orgs). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho*. (Cap. 1, pp. 13-26). Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2008). Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In S. Lancman & L. I. Sznclwar (Orgs.). *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (Cap.1, pp. 47-103). Rio de Janeiro: Fiocruz/ Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. & Bègue, F. (2010). *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília, Paralelo 15.
- Moraes, R. D. (2010). *Prazer-sofrimento no trabalho com automação: estudo em empresas no Polo Industrial de Manaus*. Manaus: EDUA.
- SUFRAMA (2011). Notícias. Recuperado em 11 de novembro de 2011, de www.suframa.gov.br.
- Trinidad, A., Carrero, V. & Soriano, R. M. (2006) *Teoria Fundamentada / "Grounded Theory": La construcción de La teoria através del análisis interpretacional*. Colección Cuadernos Metodológicos, n. 37. Centro de Investigaciones Sociológicas: Madrid.

MOTIVAÇÃO PARA APRENDER DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE PSICOEMOCIONAL EM CONTEXTO ACADÊMICO DA AMAZÔNIA/BRASIL

LERKIANE MIRANDA DE MORAIS, SUELY A. DO NASCIMENTO MASCARENHAS, EVELY

BORUCHOVITCH & BIANCA NÚBIA BUZAGLO FREITAS

Este estudo parte de uma investigação mais ampla, é uma das ações do Grupo Multidisciplinar de Pesquisa em Educação, Psicopedagogia e Psicologia Escolar/UFAM/CNPq do Instituto de Educação, Agricultura e Ambiente – IEAA, vinculado ao Laboratório de Avaliação Psicopedagógica, Educacional e Social da Amazônia – LAPESAM. É realizado ao abrigo do Projeto de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas – PIBIC-H-006/2011-2012, apoiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia – CNPq vinculado à pesquisa apoiada pelo Processo 575723/2008-4/CTAmaz.e CNPq. Para a realização deste trabalho foram utilizados dados empíricos e teóricos. Para a obtenção do aporte empírico foi realizada coleta de dados referente ao constructo em estudo através da aplicação de questionários relacionados ao tema. Optamos também pela revisão da literatura especializada, bem como resultados de pesquisas sobre a motivação para aprender apresentados por universitários em outros contextos acadêmicos.

Conceito de aprendizagem

Para iniciarmos nossas reflexões, consideramos pertinente apresentar o conceito de aprendizagem, bem como, a sua importância para o desenvolvimento do ser humano. Psicólogos e educadores em geral reconhecem que a aprendizagem é um processo muito complexo, pois, envolve muitas variáveis que se combinam de diversos modos, e está sujeita a influência de fatores internos e externos, individuais e sociais. Atualmente não se fala em um único conceito do que venha a ser a aprendizagem, mas, em várias maneiras de se conceber a aprendizagem (Barca *et.al.*2008).

Para Soto (2005) a aprendizagem é a aquisição de novas formas de comportamento que se entrelaçam e combinam com comportamentos inatos que vão surgindo à medida que o organismo amadurece. A aprendizagem conduz as mudanças relativamente permanentes da conduta. É nessa visão que concebemos a aprendizagem.

Portanto, podemos entender que, o ser humano está num processo de constante de aprendizagem, pois ele necessita aprender praticamente tudo, tendo em vista que, começamos a aprender antes mesmo do nascimento e continua até a morte biológica. Essa capacidade de aprender é que possibilita que às novas gerações possa tirar proveito das experiências e descobertas das gerações anteriores, acrescentarem sua própria contribuição e, assim, promovendo o progresso.

Em síntese, pode-se entender que o processo de aprendizagem é de suma importância na vida de qualquer pessoa, pois, o ser humano necessita dessa aprendizagem para se adaptar as novas exigências e situações que a sociedade nos impõe. A aprendizagem está presente ao longo da vida humana, a qual nos acompanha desde o nascimento até a morte. Bebês, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos estão sempre aprendendo. E essa é a principal característica do ser humano, sua capacidade de aprender constantemente.

Educação e aprendizagem

As definições convencionais de educação limitam-se à espécie humana e caracterizam como o processo total, por meio do qual, o indivíduo em interação com a cultura em que vive, desenvolve sua compreensão da realidade e assimila conhecimentos, técnicas, crenças, atitudes e valores necessários para a vida em sociedade. Mas afinal qual o significado da palavra educação? Pode-se dizer que o significado do termo educação vem ganhando novas significações ao longo dos tempos. A palavra originou-se do latim *educativo, educations*. Entre os antigos romanos, *educare* significava criar ou nutrir crianças e estava ligado a outro verbo, *educere* – fazer sair, lançar ou tirar para fora, criar, amamentar. No século I a.C., Cícero empregou essa palavra tanto no sentido de criação de filhos como no de instrução, doutrina ou ensino proporcionados por mestres ou preceptores aos meninos (Pfromm, 1987). Nesse sentido, a educação era concebida como uma maneira de moldar a pessoa para que no futuro pudessem viver em sociedade.

Na sociedade contemporânea os fins últimos da educação se referem essencialmente à promoção de uma pessoa bem integrada, capaz de assumir um papel responsável e ativo na sociedade, bem como, o desenvolvimento de capacidades intelectuais e discernimentos sociais (cognição), a aprendizagem de habilidades ativas (aprendizagem psicomotora) e o desenvolvimento de emoções, atitudes e valores (aprendizagem afetiva). Essa visão de educação não se restringe apenas a educação das crianças, mas, de todos os cidadãos. Nesse sentido, pode-se dizer que a educação compreende tudo aquilo que contribui para o desenvolvimento da pessoa em todos os seus aspectos (físico, motor, intelectual, emocional, social, profissional, ético, entre outros). Essa concepção de educação está prescrita na Lei de diretrizes e Bases da Educação promulgada em 1996. Para alcançar essas finalidades torna-se necessário que o ser humano passe por um processo educativo formal e informal, pois, conforme citado anteriormente a aprendizagem influencia o comportamento e a conduta do ser humano.

Motivação para aprender

Estudos no campo da Psicologia demonstram que todo comportamento do ser humano é motivado por algum fator, ou seja, todas as ações humanas necessita de uma força, motivo para acontecer. Nesse sentido, fica explícito que isso não poderia ser diferente com a aprendizagem do ser humano, pois, para o sujeito despende energia para aprender, é necessária uma motivação (motivo que leva o indivíduo a iniciar e persistir uma determinada ação). A motivação pode ser definida como um complexo de fatores que leva o indivíduo ou que o predispõe a persistir num comportamento dirigido para uma finalidade ou uma recompensa, possibilitando a transformação ou a permanência da situação (Mascarenhas, 2004; Barca *et. al*, 2008; Boruchovitch, 2008; Cabral & Nick 2006).

Nesse sentido, o comportamento do ser humano pode ser determinado pela junção das motivações intrínseca (motivação que provém do íntimo do indivíduo) sendo parte integrante da situação de aprendizagem em que o indivíduo deseja ser instruído, não por quaisquer recompensas externas, mas pela satisfação do saber. De acordo com Pfromm (1987) a recompensa intrínseca traduz-se pela satisfação pessoal experimentada por quem aprende independentemente de qualquer fonte externa, ou seja, o sentimento de satisfação, prazer, e alegria do indivíduo por ter aprendido algo novo, torna-se sua recompensa principal.

Corresponde a esse tipo de motivadores, a motivação para a competência (somos capazes de alguma coisa que não sabíamos anteriormente ou não conseguíamos fazer); a motivação de realização (as pessoas com alto motivo de realização empenham-se mais, completam as tarefas com mais rapidez e traduzem esse motivo em bons resultados e notas altas nas provas e trabalhos escolares); e o desejo de identificação com alguém valorizado pelo aprendiz. Comportamentos regulados intrinsecamente são mais autônomos e, portanto, são mais associados a níveis mais elevados de interesse, de autoconfiança e de persistência em tarefas acadêmicas (Simons Dewitte e Lens, 2004). A motivação intrínseca proporciona a sensibilidade no aluno de que a participação na tarefa é a principal recompensa, não sendo necessárias pressões externas, ou prêmios por seu cumprimento (Mascarenhas, 2004; Barca *et. al*. 2008; Boruchovitch, 2008). Nesse sentido, pode-se inferir que, mesmo o indivíduo não recebendo motivação provinda de fatores externos poderá iniciar e persistir a realizar determinada atividade, pois, para ele a principal recompensa é a satisfação pessoal (Dorch, 2002).

A motivação extrínseca é proveniente do exterior, estabelecida artificialmente por recompensas ou punições externas ao indivíduo (Cabral & Nick, 2006). Desta forma, pode-se entender que o estudante busca aprender tendo em vista as recompensas externas como: (agradar os pais; agradar professores; ser reconhecido pelos outros; arranjar um bom emprego; ser elogiado, entre outros). Compreendemos que a motivação interna para aprender do estudante pode contribuir para a sua saúde psicoemocional tendo em vista que, a satisfação pessoal e o prazer em realizar as atividades acadêmicas podem influenciar de maneira positiva no desenvolvimento da autoestima e de seu bem estar, podendo com isso, apresentar melhores resultados tanto na vida pessoal quanto na vida social, pois, para o estudante

obter uma aprendizagem significativa ele precisa ter tanto saúde física, quanto emocional para dedicar-se com afinco às atividades de estudo-aprendizagem.

Este trabalho é um estudo sobre a avaliação da motivação para aprender de acadêmicos da Universidade Federal do Amazonas. Tem como objetivo conhecer o estilo motivacional dos estudantes diante de seus estudos.

MÉTODO

Nossa opção metodológica é pelo enfoque quanti-qualitativo, pois, acreditamos que a pesquisa com seres humanos não está isenta da subjetividade tanto do pesquisado quanto do pesquisador (Fariñas, 2010; Ribeiro, 2008). É um estudo transversal, de caráter introdutório, contando com amostra representativa da população e a participação de estudantes de ambos os sexos matriculados todas as unidades acadêmicas da Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

Participantes

Participaram desta pesquisa um total de n=1.113 sujeitos, desses 616 (55,3%) do sexo feminino, 408 (36,7%) do sexo masculino e 89 (8,0 %) não informaram, com idades compreendidas entre o intervalo de 18 a 64 anos, todos acadêmicos matriculados em diversos cursos da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, sendo que 242 (21,7%) da UFAM/Manaus, 241 (21,7%) UFAM/Bejamin Constant, 225 (20,2%) UFAM/Humaitá, 200 (18,0%) UFAM/Coari, 133 (11,9%) UFAM/Itacoatiara, 72 (6,5%) UFAM/Parintins. Na variável rendimento acadêmico temos 42 (3,8%) com rendimento baixo compreendido de (0 – 5), 324 (29,1%) com rendimento médio compreendido de (5,1 – 7), 284 (25,5%) com rendimento alto compreendido de (7,1 – 8), 220 (19,8%) com rendimento superior a oito, e 243 (21,8%) não informaram. Com relação à continuidade do curso atual 962 (86,4%) pretende continuar o curso, 19 (1,7%) não pretende continuar e 132 (11,9%) não informaram.

Material

Os dados analisados neste estudo foram coletados através da aplicação da *Escala de avaliação da motivação para aprender de alunos universitários* – (Boruchovitch e Neves, 2005). Esta Escala é composta por 32 itens fechados, sendo 16 de conteúdo intrínseco e 16 de conteúdo extrínseco. A escala é respondida em forma de Likert de 4 pontos sendo: 1. Concordo totalmente; 2. Concordo parcialmente; 3. Discordo parcialmente; 4. Discordo totalmente.

Procedimento

Os sujeitos foram escolhidos de maneira aleatória e participaram anonimamente e voluntariamente da investigação após serem informados dos objetivos, sendo observados os procedimentos éticos

vigentes. O preenchimento individual da escala aconteceu no horário de aula previamente estabelecido e cedido pelos professores. O tempo de resposta não excedeu 20 minutos, sendo esta coleta realizada no período do segundo semestre de 2009, primeiro e segundo semestre de 2010, e foi realizada por professores, pesquisadores e estudantes voluntários de cada Unidade Acadêmica que estão colaborando com o projeto. Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS para Windows versão 15.0, observando objetivos da investigação e aporte teórico específico do tema em estudo.

RESULTADOS

O resultado desta análise evidencia que os estudantes universitários participantes desta pesquisa apresentam tendência de motivação para aprender extrínseca, conforme se observa nos indicadores dos itens: 6. *Eu só estudo para não me sair mal na universidade* ($\underline{M}= 3,14$; $\underline{DP}= 0,95$). 8. *Eu Só estudo para agradar meus professores* ($\underline{M}=3,67$; $\underline{DP}=0,73$). 14. *Eu estou cursando a universidade porque meus pais acham importante* ($\underline{M}= 3,00$; $\underline{DP}= 1,05$). 20. *Eu desisto de fazer uma tarefa acadêmica, quando encontro dificuldade* ($\underline{M}=3,14$; $\underline{DP}=0,92$). 30. *Eu estudo porque fico preocupado(a) que as pessoas não me achem inteligente* ($\underline{M}=3,24$; $\underline{DP}=0,96$). Estes itens referem-se à dimensão motivação extrínseca e apresentaram as maiores médias.

Os itens: 1. *Eu estudo porque estudar é importante para mim* ($\underline{M}=1,35$; $\underline{DP}=0,84$). 3. *Eu tenho vontade de estudar e aprender assuntos novos* ($\underline{M}= 1,45$; $\underline{DP}= 0,90$). 9. *Eu faço meus trabalhos acadêmicos porque acho importante* ($\underline{M}=1,66$; $\underline{DP}=1,01$). 11. *Eu estudo porque gosto de adquirir novos conhecimentos* ($\underline{M}=1,51$; $\underline{DP}=0,95$). 15. *Eu procuro saber mais sobre os assuntos que gosto, mesmo sem meus professores pedirem* ($\underline{M}= 1,84$; $\underline{DP}= 0,99$). 23. Estes itens referem-se à motivação intrínseca e apresentaram as menores médias na amostra analisada. Esses resultados apontam que, a maioria dos estudantes investigados apresentaram tendência ao estilo motivacional de caráter extrínseco.

Tomando em consideração a totalidade dos dados analisados neste estudo, é possível afirmar que os objetivos iniciais desta investigação foram alcançados. Os resultados nos possibilitou adquirir um certo conhecimento sobre o estilo motivacional que prevalece nos estudantes da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Os dados analisados e apresentados neste trabalho revelam a presença e predominância da motivação extrínseca para aprender na amostra pesquisada.

Nessa perspectiva, acreditamos que a universidade pode promover atividades que proporcionem o desenvolvimento integral do estudante em seus aspectos cognitivo, psicológico, emocional e afetivo, para que os estudantes possam ter motivações internas para aprender, contribuindo para o desenvolvimento de sua autoestima e bem-estar, tendo em vista que, esse estilo motivacional é o principal responsável pela manutenção dos estudantes no ambiente acadêmico, um estudante motivado

intrinsecamente adquire conhecimento com mais facilidade, toma gosto pelos estudos e mantém-se ativo empenhando-se no estudo buscando a cada dia novos desafios (Barca et. al, 2008; Batalha & Mascarenhas 2010; Mascarenhas, 2004).

Essas ações podem exercer influências positivas também na saúde psicoemocional dos estudantes, pois, é notável que, o estudante que possui autoestima e autoconfiança, na realização de suas atividades, está mais propício a conquistar e preservar a saúde psicoemocional. Nessa perspectiva, vale ressaltar que, a intenção deste estudo não é afirmar que o acadêmico necessita apresentar apenas motivação intrínseca para aprender, mas, salientar que, é importante que o estudante não venha a estudar e aprender preocupado apenas com as recompensas e punições externas, ou pressões da família e sociedade, pois, esse tipo de comportamento pode dificultar a aprendizagem auto-regulada, ou seja, o estudante poderá ter dificuldade para controlar sua aprendizagem, pois, o mesmo tende a estudar e aprender somente quando é cobrado. Além do mais, vale ressaltar que, de acordo com os princípios de universidade, esse não é um perfil adequado de um estudante do ensino superior, pois, o perfil de qualquer estudante deve ser o de pesquisador, questionador, criativo, entre outros.

Investigações têm mostrado que a capacidade para aprendizagem auto-regulada é passível de ser fomentada durante a escolarização formal (Barca et.al, 2008; Boruchovitch, 2008; Mascarenhas, 2004). Dessa forma, acreditamos que é nesse sentido que os professores, gestores e comunidade acadêmica em geral devem focar suas atenções, promovendo ações que possam contribuir com os estudantes universitários a desenvolverem motivos internos para aprender, tendo como meta a aprendizagem de qualidade, uma aprendizagem significativa. Levando em consideração a importância e influência que a motivação exerce sobre a aprendizagem dos estudantes, bem como, o baixo índice de estudos e pesquisas na região amazônica apontamos para a continuidade dos estudos neste domínio.

REFERÊNCIAS

- Cabral, Á., & k. E. (2006). *Dicionário técnico de psicologia*, 14º ed. – São Paulo: Cultrix.
- Barca, A. L., Mascarenhas, S. A. do N., Brenlla, J. C. B., & Porto, A. R. (2008). Motivacion y aprendizaje en el alumnado de educacion secundaria y rendimiento academico: un analisis desde la diversidad e inclusion educativa. *Amazônica Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, 1(1) 9-54.
- Batalha, D., & Mascarenhas, S. (2010) Diagnóstico do estímulo motivacional dos estudantes da universidade federal do Amazonas- UFAM, desafios para os serviços de orientação educativa da universidade. *Anais do I Seminário Internacional Orientação Educativa na Educação Básica e Superior* (p. 1-8), UFAM- Humaitá, Amazonas.
- Boruchovitch. E. (2008) A motivação para aprender de estudantes em cursos de formação de professores. *Educação*, 31(1), 30-38.

- Brasil. (1996). *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, Brasília, Congresso Nacional.
- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de psicología*, 8ª edição, Barcelona:Herder.
- Fariñas, G. L (2010). *A interdisciplinaridade nas ciências sociais*, São Paulo :Terceira Margem
- Gable, R., & Wolf, M. (1993). *Instrument development in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings*. Massachussets: Kluwer Academic Publishers.
- Mascarenhas, S. A do N. (2004). *Avaliação dos processos, estilos e abordagens de aprendizagem dos alunos do ensino médio do Estado de Rondônia*, Tese de doutoramento, Universidade da Coruña, Espanha, Rio de Janeiro.
- Mascarenhas, S., & Boruchovitch, E. (2011). Avaliação de diferenças de gênero verificadas na motivação para aprendizagem dos estudantes da UFAM. *Anais do 7º congresso Norte Nordeste de psicologia*. Salvador, Bahia, disponível em www.conpsi7.ufba.br. Acesso em 7/11/2011.
- Pfromm, N. S. (1987). *Psicologia da aprendizagem e do ensino*. São Paulo: EPU: Editora da Universidade de São Paulo.
- Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e saúde*, Porto: Livpsic.
- Simons, J., Dewitte, S., & Lens, W. (2004). The role of different types of instrumentality in motivation, study strategies, and performance: know why you learn, so you'll know what you learn. *British Journal of Psychology*, 74, 343-360.
- Soto, E. (2005). *Comportamento Organizacional: Impacto das Emoções*. São Paulo: Editora Thompson, Leoning.

A PSICOLOGIA POSITIVA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E A EDUCAÇÃO

JUAN JOSE MOURIÑO MOSQUERA 1 & CLAUS DIETER STOBÄUS 1,2

Nossa preocupação fundamental, no texto, foi tentar discutir a temática da Psicologia Positiva em suas interconexões com Psicopedagogia, Pedagogia e Saúde. Trata-se de tema polêmico e arriscado, já que estas são áreas do conhecimento psicológico e pedagógico que tiveram notável desenvolvimento ao final do século XX e nestas duas primeiras décadas do século XXI. A Psicologia Positiva é uma nova e excelente opção para estudar os comportamentos e perspectivas de futuro do ser humano, já que fundamenta-se na Psicologia de cunho humanista-existencial e revigora todos os aspectos de conteúdo que tornaram as ideias de autores como Maslow (s.d.), fundamentais e atrativas para o novo conhecimento.

Já a Psicopedagogia, centrada em atender as alterações/dificuldades de aprendizagem, (re)valoriza suas problemáticas, em ambientes escolares, sociais e empresariais amplos, propõe-se a ajudar este ser humano em (re)configurações de aprendizagens psicológica e pedagógica, em áreas que envolvem profundamente o psicológico e o emocional, em como aprendemos (ou não) sobre o mundo e sobre nós mesmos. Chamamos a chamar a atenção de que nossas preocupações têm sido centra na atualidade e em termos de crescimento do ser humano e em seu desenvolvimento, que possibilite um futuro melhor para a pessoa, que vive em uma sociedade mutável, entre tecnologias cada vez mais avançadas, com avanços em termos de Neurociências, que têm facilitado o conhecimento mais aprofundado, sobre complexa auto-construção pessoal e de interrelacionamentos social. O trabalho divide-se em três partes: 1. esclarecer os princípios da Psicologia Positiva e seus valores no mundo atual, focalizando seus pilares, para poder entender melhor nossos sentimentos e preocupações vitais; 2. salientar o valor da Psicologia da Educação, que fundamenta a Psicopedagogia, e discutir sobre elementos componentes do trabalho psicopedagógico; levar em conta propostas de Vázquez e Herváz (2008, 2009), preocupados em dar à Psicologia Positiva um rumo de maior aplicabilidade, como terapias, Psicologia Organizacional e para aspectos da adultez tardia. Acreditamos que esta distribuição possa ajudar a entender a área, especialmente ajudando psicólogos, pedagogos, psicopedagogos e profissionais de ajuda/cuidadores, em direção a uma compreensão mais abrangente do fenômeno existencial do ser humano.

1-Faculdade de Educação da PUCRS: 2 Centro Universitário La Salle.

Creemos que a Psicopedagogia, nesta interface com a Educação, preocupa-se em como o ser humano aprende (ou não aprende) e em como esta aprendizagem é fundamental para o seu crescimento pessoal, profissional e relacional, no mundo que o cerca, para suas próprias ações presentes e futuras, em seu elevado auto-controle sobre si e controle de seu entorno, sem esquecer que, ao lado da aprendizagem, temos o processo de desenvolvimento, entendido aqui como durando toda a vida. Valorizamos o ser humano da concepção até a morte, em uma época em que os limites da vida estendem-se até próximo dos cem/cento e vinte anos, é muito necessária a compreensão do desenvolvimento em suas possibilidades de aprendizado.

Nova forma de entender a psicologia: Psicologia Positiva

Poseck (2008) chama a atenção de que o movimento que conhecemos como Psicologia Positiva apareceu nos Estados Unidos no final dos anos 90, acrescentando que há consenso em estabelecer seu início formal na conferência inaugural que proferiu Seligman, ao iniciar a sua etapa como presidente da Associação Americana de Psicologia (APA), em 1998. Assinalamos que, então, criticava o excessivo interesse que a Psicologia atribuía à doença e a problemas, esquecendo os aspectos positivos, emoções e sentimentos altamente valorativos e de genuína capacidade de poder autorrealizar-se, como já tinha assinalado Maslow (s.d.). Outro aspecto importante que sinalizou foi o deque a Psicologia, originalmente, tinha três principais propósitos como ciência: curar as doenças mentais; fazer com que a vida das pessoas fosse mais feliz; identificar e cultivar o talento, infelizmente esquecidos, convertendo-a em sinônimo de ‘tratamento de doenças mentais’. Transmitiu ao comitê da APA seu convencimento de que aquele era o momento para retomar a esse objetivo original, de que a Psicologia não deve ser simples ramo do sistema de saúde pública, nem extensão da medicina, é mais ampla, fazer melhor a vida das pessoas, não tratar doenças mentais apenas.

Poseck (2008) manifesta que Seligman conseguiu o apoio tanto de instituições privadas quanto de instituições públicas e, assim, passou a confirmar uma rede de Psicologia Positiva, e seu primeiro trabalho, publicado na prestigiada revista *American Psychologist* em 2000, permitiu que quase todos os profissionais do mundo pudessem ter acesso ao tema. Foi consagrado *Doutor Honoris Causa* pela Universidade Complutense de Madrid em 2001 e a Psicologia Positiva aparece no campo acadêmico, ressaltando o desenvolvimento saudável.

Estamos convencidos de que a área da Psicologia da Saúde é uma possibilidade extraordinária a ser estendida a toda a sociedade, com evidentes implicações na Psicopedagogia Clínica, Institucional, para a Psicologia Organizacional, e na Pedagogia.

Necessitamos de uma visão mais saudável da vida humana, o que é amplamente valorizado pela Psicologia Positiva, que amplia o foco de interesse a todo o comportamento humano, passando a abranger espectros de comportamento/conduita, emoções/sentimentos, não só aqueles caracteristicamente considerados como mais negativos, a ressaltando justamente os mais saudáveis. Olha para mais além da doença e procura tratamentos e transformações mais saudáveis, destinadas a

compreender e promover pelas qualidades e fortalezas humanas (não pelas debilidades/pontos fracos), estando intimamente unida à Psicologia da Saúde.

Os pilares da Psicologia Positiva fundamenta-se netes três grandes elementos a seguir.

Emoções Positivas, que podem ser entendidas como a alegria, a esperança, a ilusão e o agradecimento, parecendo esquecidas durante anos, já que, em 1976, Mosquera preocupava-se com sentimentos de professores nos diferentes graus de ensino, sua Tese de Doutorado, vendo afetividade e desenvolvimento emocional como muito importantes em professores.

Traços Positivos, necessários para alcançar uma vida satisfatória, sendo necessário conhecer e cultivar aquelas variáveis internas ou traços de personalidade que nos ajudem a ser melhores e mais felizes. Recordemos que Allport já dava a seguinte explicação sobre a personalidade humana: ‘*a personalidade é a organização dinâmica na pessoa daqueles sistemas psicofísicos únicos e originais que determina seus ajustamentos ao ambiente*’, que são formas inequívocas de procura de fortalezas/virtudes, utilizados por psicólogos, psiquiatras, cuidadores e docentes a conseguir ajudar pessoas e promover maior bem-estar.

Instituições Positivas, pois, em sociedades que aspirem possuir um conjunto de instituições positivas que apóiem, fomentem e valorizem as emoções positivas e fortalezas pessoais, prosperam instituições positivas, como democracia, família bem estruturada, liberdade de informação, redes de segurança econômica e social e, muito especialmente, boa Educação que, para além da sua importância vital para o trabalho académico e social, é grande incentivadora de desenvolvimento da identidade humana sadia, em ambientes propícios e provocadores. Como educadores, estamos extremamente ligados ao bem-estar humano, quando o atendemos em seu nível sadios de motivação, crescimento e autorrealização.

Seria oportuno assinalar que a Psicologia Positiva tem cunho e corte científico, com rigor e solidez empírica. Um psicólogo, psicopedagogo ou cuidador/educador mais positivo deve permanecer sempre dentro dos limites que impõem a utilização rigorosa destes temas.

Como professores firmemente integrados na Psicologia Humanista-existencial, gostaríamos ainda de dizer que estamos plenamente conscientes do quanto ela ajudou no entendimento do desenvolvimento humano com autores como Rogers, Maslow e Fromm, que destacaram esses princípios em que agora acreditamos. Em Maslow encontramos antecedentes da própria Psicologia Positiva, em Motivação e Personalidade, em um capítulo denominado ‘Em torno a uma psicologia positiva’ e, posteriormente, na obra ‘O homem auto-realizado’, quando estudou pessoas saudáveis em sua plenitude de pensamentos e ações.

A Psicologia Positiva é uma tarefa de dimensões internacionais, chegando à América Latina, em obras como a de Solano (2010), que chama a atenção para estudos transculturais, de investigação e de práticas aplicadas, ligadas ao bem-estar docente e de cuidadores, ao perguntar-se: que faz que as

peças mais felizes? Que é uma boa vida? Como melhorar a partir de nossas fortalezas e não dos nossos defeitos? Que nos converte em peças virtuosas?

Diversas pesquisas nesse novo enfoque da Psicologia Positiva mostram temas como o bem-estar psicológico, o otimismo, a gratidão, o sentido do humor, a sabedoria, a capacidade de perdoar, a criatividade, as fortalezas e os valores humanos.

Solano (2010) diz o mesmo que apontava Poseck (2008), de que, no século XX, a Psicologia ocupava-se basicamente de estudar as carências humanas e sua possível reparação, como a depressão, os transtornos psicopatológicos, o estresse, a ansiedade, as adições, o suicídio, e os transtornos alimentares. Por isso, acredita que uma Psicologia do século XXI deverá ocupar-se não só em reparar o dano psicológico, senão também em estudar como potencializam-se as qualidades positivas que todos os seres humanos possuem e merecem desenvolver. Outra idéia fundamental não é desconhecer que as peças sofram e adoeçam, senão potencializar sua saúde mental, diminuindo sua ‘doença’ e repercussões negativas.

A Psicologia Positiva é entendida o estudo do funcionamento psíquico-ótimo, do ponto de vista de peças, grupos e instituições. Seligman (2011) inova, acrescentando que o ser humano tem a possibilidade de dirigir-se e propor um próprio futuro, um processo de ‘auto-florescimento’. Acrescenta que ela deve procurar aprofundar um perfil filosófico, quase em direção a uma epistemologia. Segundo Solano (2010), o princípio filosófico apresentado na Psicologia Positiva é a proposta do *meliorismo*, movimento que supõe concepção de pessoa integral e sociedade, fundamentada em democracia contemporânea e em direitos humanos.

Autores como William James e John Dewey são os inspiradores utilizados neste novo movimento, mas é evidente que outros autores também têm influenciado na Psicologia Positiva.

Como ela propõe um olhar alternativo complementar à Psicologia mais clássica, avaliando tanto as vulnerabilidades como os recursos da pessoa, inclui também atividades dirigidas como recursos pessoais, que ajudem famílias bem constituídas na construção de um grande sentido do humor ‘familiar’, em direção à sociedade, ao cotidiano, ao bom-humor.

Também utilizando elementos de enfrentamento ativo e assertivo, procurando entender melhor doenças e possibilidades de cura. Na Educação, com direção a alto rendimento acadêmico, que ajude a expressar melhor autorrealização, autenticidade, honestidade e valores. É evidente que há um trabalho muito grande a ser feito, e justamente ele fundamenta-se em auxiliar no desenvolvimento saudável da personalidade, ao longo de toda a vida.

É necessário, na Psicologia Positiva, repetindo uma vez mais, o estudo das emoções mais positivas, em que nós acreditamos, bem como sentimentos positivos que dêem grande valor ao afeto e principalmente ao amor. Sabemos que as emoções humanas têm sido estudadas precisamente mais do ponto de vista negativo do que positivo, já que um dos principais objetivos da Psicologia Positiva é

potencializar estudos de emoções positivas, partindo do fato demonstrado de que seu valor adaptativo resulta indispensável para a espécie humana.

Então, é necessário entender que o bem-estar deve ser conseguido com funções positivas, mas que não devemos contrapor uma parte à outra. Tanto as positivas quanto as negativas são importantes e necessárias à vida humana. Desta forma, anotamos que emoções positivas, diz Poseck (2008), dividem-se em três grupos: no sentido do **passado** (que incluem complacência, realização pessoal, orgulho, serenidade e gratidão), e este tipo de emoções está determinado pelos pensamentos que temos acerca daquilo que temos vivenciado.

As emoções relacionadas com o presente, em que destacam-se alegria, êxtase, euforia, tranquilidade, entusiasmo, prazer e fluidez, que são emoções que encontram-se na socialização. E, finalmente, as emoções positivas que dizem respeito ao futuro incluem otimismo, esperança, fé e confiança, determinadas por pensamentos que temos acerca do que está por vir. Estas três acontecem juntas ou separadamente, são o indicador do nosso nível de entendimento, nível de aspiração e de fortalezas de vida.

Nos estendemos nesta primeira parte do trabalho para poder fazer uma integração com a área da Psicopedagogia, na qual estamos também inseridos e muito interessados. Seu cenário tem vindo a contemplar, ampliar e dinamizar áreas como a Psicologia Escolar, ainda importantíssima para a Educação, de Orientação Educacional e de Aconselhamento Psicopedagógico, ultimamente mais disponibilizadas em nível de Especialização (no Brasil).

A psicopedagogia: preocupação com a aprendizagem

A Psicopedagogia configurou-se a partir da Psicologia da Educação e da Psicologia Escolar, levando em conta áreas de estudo do desenvolvimento psicológico, inicialmente com análise e variações da aprendizagem e seus significados em contextos naturais e científicos.

A aprendizagem é uma área do conhecimento humano de alto significado, já que todos têm a possibilidade de aprender, seria quase uma necessidade vital. Aprender pode ser entendido como uma forma integrativa do ser humano, é uma vivência extremamente significativa para podermos nos configurar, ante um panorama de contexto que têm múltiplas influências e que possui características que ajudam para um melhor desenvolvimento de nossa personalidade.

Vários autores têm estudado a aprendizagem como um elemento precursor de diferentes níveis de desenvolvimento humano, tendo sido tomada pela Psicopedagogia como seu núcleo forte desenvolvimento científico e peculiar. Os psicopedagogos têm-se preocupado com o processo de aprendizagem e dificuldades, a partir de diferentes enfoques, como psicanálise, teorias genéticas até sócio-históricas. Os estudos em teorias de aprendizagens são básicos para poder compreender como humanos configuram-se (ou têm dificuldade em fazê-lo), especialmente em como desenvolvem-se (ou não) em determinados contextos.

Passando pelo comportamentalismo, teorias cognitivas e teorias humanistas, até a Psicologia Positiva, encontramos novas maneiras de entender como o processo de aprender pode desenvolver-se, aperfeiçoar-se e, especialmente, configurar-se. Assim, acreditamos que problemas de aprendizagem estão intimamente ligados a problemas de ‘ensino’, também à problemática do desenvolvimento da personalidade, em níveis pessoal, familiar ou social.

Sabemos que o psicopedagogo é realmente um cuidador por excelência, ao mesmo tempo que um ‘reparador de problemáticas’ que estejam ligadas a deficiências/dificuldades de aprendizagens e também às ‘suficiências’ da aprendizagem, às altas habilidades/superdotação. Neste sentido, cremos que, além de cuidador, o psicopedagogo tem a possibilidade de intervir e agir de forma terapêutica ante problemáticas do desenvolvimento da personalidade e, muitas vezes, ao desenvolvimento de aspectos de efetivo ensino, com configuração de aprendizagem.

Outro fator relevante é considerar que a Psicopedagogia não está somente ligada aos problemas da infância e da adolescência, mas pode estar evidentemente centrada no processo de toda a vida humana, e, como tal, atender carências e necessidades na vida adulta, em toda a sua extensão, seja no adulto jovem, adulto médio ou adulto tardio. Na educação, amplo sentido, temos procurado entender que os seres adultos são normalmente os educadores de crianças e adolescentes e que, de certa maneira, esses adultos exercem o papel de cuidadores.

Seria necessário compreendermos que o cuidador tem um sentido muito próximo ao que aponta Sheehy (2010), quando apresenta a ideia de que deve estar disposto a entender o trânsito na vida toda. Temos de trabalhar concepções na Psicopedagogia, plenamente integradas à área psicológica e à educacional, entendendo um ensino que deve estar muito próximo da Psicologia Positiva, acompanhando dificuldades de aprendizagem.

É possível aplicar a psicologia positiva à psicopedagogia?

Vázquez e Hervás (2008, 2009) são insistentes de que temos de que aplicar a Psicologia Positiva aos diferentes campos da Psicopedagogia e da Educação, estudada a partir da Saúde, de mal-estar em direção a bem-estar, em intervenções psicológicas do campo das aplicações clínicas da terapia do bem-estar, como propostas do tratamento dos transtornos adaptativos na adversidade e contribuições no âmbito da terapia comportamental, em Educação e em Saúde.

Por outro lado, ainda podemos estudar aspectos de personalidade mais resiliente, insistir em felicidade e trabalhar com o bom humor, vendo as aplicações positivas do riso. O que chama mais a atenção é o programa VIP de Marujo e Neto, da Universidade de Lisboa, procurando desenvolver o trabalho sobre vivências significativas de pessoas em diferentes contextos, respondendo a valores, virtudes, influências e projetos.

Naturalmente, não se trata de *pessoas muito importantes*, mas é a ideia de que o programa tem como objetivos principais potencializar os determinantes dos potenciais humanos, compromisso de

compreender e cultivar os fatores que promovem desenvolvimento. Seu formato implica desenvolver atividades concretas de aprendizagens em formato grupal e leva em conta contextos e sistemas aos quais os participantes pertencem e linguagem que usam. Insistiríamos que este programa é específico para uma formação de psicólogos, psicopedagogos, assistentes sociais, profissionais de saúde, *coachers*, professores e pais, para cultivo das atividades/habilidades pessoais e profissionais, consideradas importantes pelo impacto que têm na vida dos outros, e trata-se de um trabalho em direção a crianças, estudantes, adolescentes e adultos, estendendo-se a comunidades pobres e minorias sociais, pessoas motivadas a conseguir melhoria pessoal e mais bem-estar para viver melhor a vida.

Ao chegar esse momento, poderíamos chamar a atenção de que a Psicopedagogia e a Educação têm possibilidades muito boas em referência à própria Psicologia Positiva, como possíveis alterações no campo das terapias, nos chamados grupos de aprendizagem, em dinâmica de uma visão mais ampla de desenvolvimento, que esteja fundamentada no caráter das pessoas e nas suas fortalezas e suas virtudes. O aprender humano não está separado do desenvolvimento da personalidade, está pondo em marcha as virtudes, necessidades, debilidades, necessidade de transcender. Somos eternos aprendizes da e na vida, que precisa ser constantemente (re)vitalizada/(re)encontrada. Ao tentarmos aprender, também necessitamos de ajuda e, por isso, acreditamos que os futuros profissionais das áreas da Educação, Psicopedagogia e Saúde necessitam de esperança, quadro referencial e estratégias que levem a bem-estar, à crença do bem e, especialmente, à possibilidade de poder transcender para mais além, como dizia Maslow, através da autorrealização, com elementos de Psicologia Organizacional e de Psicologia Positiva que levem em conta estes aspectos de desenvolvimento saudável do ser humano.

REFERÊNCIAS

- Casullo, M. M. (2008). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Hoffman, E. (2009). *Abraham Maslow*. Barcelona: Kairós.
- Maslow, A. (s.d.). *Introdução à Psicologia do ser*. Rio de Janeiro: Eldorado.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues*. New York: Oxford University Press.
- Poseck, B.V. (2008). *Psicología Positiva*. Una nueva forma de entender la Psicología. Madrid, Calamar Ediciones.
- Seligman, M. (2011). *Florescer*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Sheehy, G. (2010). *Passages in caregiving*. New York: William Morrow.
- Solano, A.C. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

A PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL EM TURMAS PIEF DA REGIÃO CENTRO

CAROLINA DA MOTTA, NÉLIO BRAZÃO & DANIEL RIJO

A multicausalidade do comportamento desviante

O comportamento desviante é multideterminado, no sentido em que resulta de uma espiral de factores que terão influenciado o indivíduo ao longo dos diversos períodos do seu desenvolvimento (Patterson, Reid & Dishion 1992). Na infância, habitualmente existiram pais emocionalmente distantes ou inconstantes, que não forneceram o devido apoio e suporte emocional, nem orientaram o indivíduo ou definiram limites e regras de forma clara. Em casos mais graves, um ou ambos os progenitores tiveram ausentes ou abandonaram a criança, sendo que as funções parentais ficam, muitas vezes, diluídas por outros adultos, provocando verdadeiras experiências de abandono (Patterson, Reid, & Dishion, 1992; Shaw & Winslow, 1997; Dishion & Patterson, 1997; Connor, 2002). A vivência do abuso (verbal, físico e/ou sexual) é também frequente em indivíduos que mais tarde revelam problemas de comportamento (Widom, 1997). Quando várias destas vivências estão presentes na primeira infância, é natural que a criança chegue à idade escolar com défices desenvolvimentais que a distinguem da maioria das outras crianças da mesma idade (Rijo et al., 2007). Por outras palavras, encontra-se claramente em desvantagem perante os desafios que a escolarização coloca pois não possui determinadas competências que os seus colegas de turma dominam. Como, frequentemente, a escola não consegue garantir a adaptação destas crianças no sistema de ensino e às tarefas próprias da escolarização, também aqui a criança começa a sofrer experiências negativas – de insucesso, diferenciação pejorativa, rejeição (Connor, 2002; Dishion & Patterson, 1997; Patterson, Reid, & Dishion, 1992). O elevado absentismo e o não investimento nas tarefas escolares são norma em indivíduos que, posteriormente, se revelam desajustados ao nível social. Naturalmente que são consequências a médio prazo deste tipo de percurso social a não obtenção da escolarização mínima, dificuldades em inserir-se em grupos sociais que não sejam marginais, sentimentos de menos-valia e definição de um estilo de vida e de uma identidade desviantes (Patterson, Reid, & Dishion, 1992).

O chamado comportamento desviante, quando o identificamos num indivíduo adolescente ou mais velho é, pois, melhor conceptualizado como resultante de um percurso de vida também ele desviante e não como resultante de uma única causa identificável.

Em suma, o que designamos como comportamento desviante e/ ou anti-social pode ser conceptualizado como uma consequência a médio/longo prazo de uma conjunto de factores interrelacionados que, estando presentes desde muito cedo na vida, influenciam globalmente o desenvolvimento do indivíduo. Por este motivo, o trabalho de prevenção ou de reabilitação, para obter garantia de sucesso, deve visar a intervenção consertada a vários níveis.

As intervenções preventivas

A prevenção primária ou desenvolvimental, que inclui serviços prestados a famílias e a crianças, tem por objectivo minorar problemas a longo prazo como a delinquência, perturbações mentais e abuso de substâncias (Blackburn, 1993). Já a prevenção secundária, apesar de ser semelhante à primária no seu propósito e metodologia adoptada, destina-se a grupos conhecidos como sendo de risco relativamente a problemas de comportamento graves (Goldstein, 2002). Podendo também ser realizada em contexto escolar, a prevenção secundária incide sobre variáveis psicológicas e sociais com o objectivo de, por um lado, colmatar eventuais défices de competências interpessoais e ao nível do processamento enviesado da informação social; por outro lado, procura promover experiências sociais positivas e, ao mesmo tempo, proporcionar oportunidades de inclusão social.

Como se sabe, a prevenção terciária destina-se a transgressores identificados, ou seja, àqueles que já foram condenados por crimes (habitualmente recorrentes) com o objectivo de reduzir a taxa de reincidência criminal (Gendreau & Andrews, 1990).

A medida PIEF

O PIEF é o Programa Integrado de Educação e Formação destinado a menores sinalizados como em risco grave de exclusão social, em situação de exploração de trabalho infantil, ou jovens com idade igual ou superior a 16 anos que celebrem contratos de trabalho, com o objectivo de favorecer o cumprimento da escolaridade obrigatória quando as demais medidas falharam para promover a certificação escolar e profissional; foi criado pelo Despacho conjunto n.º 882/99 do Ministério da Educação e do Trabalho e da Solidariedade, tendo sido revisto e reformulado pelo Despacho conjunto n.º 948/2003 dos Ministérios da Educação e da Segurança Social e do Trabalho, publicado a 26 de Setembro, DR n.º 223, II série.

Esta medida consiste numa programação curricular diferenciada do ensino corrente, mais acessível e flexível, de modo a atender às necessidades individuais do aluno cujas medidas habituais para sanar as dificuldades escolares, absentismo e abandono escolar foram insuficientes. No entanto, verifica-se que, em muitos casos, estas dificuldades de adaptação ao meio escolar radicam em défices desenvolvimentais presentes desde muito cedo: fracas competências parentais; comportamento anti-social na família; consumo de substâncias; défices intelectuais; baixa auto-estima; baixa tolerância à frustração; rejeição por pares pró-sociais e socialização com grupos marginais; desvalorização e desrespeito pelas normas e regras sociais; e todo o tratamento diferencial que daí advém. Não são raros os casos em que estes indivíduos apresentam já um comportamento delinquente, sendo que os

problemas a nível escolar parecem ser uma consequência de desajustamento, ao mesmo tempo, factores de manutenção do comportamento disfuncional e da exclusão social.

Pelo que acima foi exposto, parece-nos que a formação académica, como única forma de promover a inclusão social, é insuficiente até porque, conforme referem Rijo e colaboradores (2007), “qualquer trabalho de reinserção socioprofissional está condenado a elevados níveis de fracasso se não tentar provocar mudança a outros níveis de funcionamento do indivíduo que não só o da sua qualificação ou experiência profissional” (p. 6). Neste sentido, através de uma parceria entre o CINEICC e o PIEC, está a ser aplicado, a uma amostra de 60 adolescentes das turmas PIEF da Região Centro do país, o programa Gerar Percursos Sociais (GPS) que procura actuar não apenas nos factores de manutenção do comportamento anti-social, mas também nos factores que terão predisposto o indivíduo ao desvio.

O GPS é implementado ao longo do ano lectivo, sendo que os jovens são avaliados em três momentos distintos: antes do início das sessões, entre as sessões nº 21 e 23 e após o *terminus* do programa. O objectivo é, portanto, testar a eficácia do programa, na sua capacidade de melhorar o funcionamento psicológico e social dos participantes, em contexto preventivo.

O programa GPS em contexto de prevenção

O GPS (Rijo et al., 2007) é um programa de prevenção e reabilitação psicossocial para jovens em risco ou que apresentem comportamentos desviantes. Em contextos de prevenção, constitui uma oferta de intervenção grupal estruturada, que pode sofrer adaptações de acordo com as necessidades de cada caso ou contexto particular de aplicação, desde que seja respeitada a sequência dos módulos que o constituem. Foi concebido para ser útil na prevenção dos desvios comportamentais ou dos problemas de comportamento anti-social e indisciplinado.

O programa pode ser utilizado em diversos contextos de prevenção (por exemplo, na prevenção primária da toxicodependência e do comportamento anti-social ou desviante ou, em contexto escolar, na prevenção da indisciplina e do abandono escolar). Nestes casos, quer a natureza, quer a duração do GPS, permitem que seja utilizado de forma isolada quando outras medidas ou intervenções não possam ser implementadas por limitações de qualquer ordem.

Modelo teórico do GPS

O GPS surge a partir de uma leitura do comportamento desviante baseada no paradigma do processamento da informação e, mais concretamente, em desenvolvimentos do modelo cognitivo, tal como foi formulado por Beck (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, Freeman, et al., 1990) e, posteriormente, inovado por Young e Safran (Safran & Segal, 1990; Young, 1990; Young, Klosko & Weishaar, 2003) para melhor compreensão e tratamento da psicopatologia da personalidade, cuja natureza relacional é bem conhecida.

O quadro 1 apresenta uma síntese dos seis pressupostos básicos do GPS que, em última análise, reflectem o modelo teórico e subjacente à concepção e desenvolvimento do programa.

Quadro 1: Pressupostos básicos do GPS (adapt. de Rijo & Sousa, 2004)

-
1. O que designamos como comportamento desviante e/ou anti-social pode ser conceptualizado como uma consequência a médio/longo prazo de um conjunto de factores inter-relacionados que, estando presentes desde muito cedo na vida, influenciam globalmente o desenvolvimento do indivíduo.
 2. se existem factores de ordem social, interaccional, institucional e familiar que contribuem para o desenvolvimento e manutenção do comportamento anti-social (acentuando a exclusão social), as variáveis de natureza cognitiva parecem desempenhar um papel nuclear como mediadoras entre a experiência e o desenvolvimento de um estilo de comportamento anti-social. Neste sentido, o conceito de crença ou esquema cognitivo, tal como tem sido definido adentro das perspectivas cognitivas da psicoterapia (Beck, Emery, & Greenberg, 1985, Beck, Freeman, & Ass., 1990; Safran & Segal, 1990; Young, 1990; Young, Klosko, & Weishaar, 2003), revela-se útil para a conceptualização desta problemática, fornecendo importantes implicações para o desenvolvimento de novas perspectivas sobre a intervenção. Esta, mais do que a promoção de competências deficitárias, visa, sobretudo, a correcção de distorções cognitivas, resultantes do processamento da informação social por esquemas mal-adaptativos precoces e dos processos esquemáticos (manutenção, evitamento e compensação) associados ao funcionamento desses mesmos esquemas.
 3. No desenvolvimento destes indivíduos, as áreas mais afectadas parecem ser os domínios de aceitação pelos outros, ligação aos outros e aquisição de regras e limites, tal como foram definidos por Young (1990). Nos indivíduos que apresentam patologia do comportamento (Perturbação de Oposição, Perturbação do Comportamento, traços de Personalidade Anti-Social e, no extremo, Perturbação Anti-Social da Personalidade), os esquemas constitutivos do auto-conceito centram-se em conteúdos tais como: a desconfiança e o abuso, o defeito/inferioridade, o fracasso, a indesejabilidade/exclusão social, o abandono e a privação emocional, a grandiosidade e o auto-controlo insuficiente.
 4. A forma como estas estruturas cognitivas – os esquemas – processam a informação social, através de processos disfuncionais, conduz a uma leitura distorcida dos eventos sociais (atribuição de significado disfuncional), a que se associa a experiência de níveis elevados de afecto negativo e, de forma coerente, a implementação de estratégias interpessoais disfuncionais, corolário de padrões de comportamento anti-social. O comportamento desviante e/ou anti-social pode, assim, ser encarado como resultante de um processamento distorcido da informação social. Este resulta, por sua vez, da existência de estruturas cognitivas disfuncionais (quer no seu conteúdo/crença, quer na forma como funcionam – processos), formadas a partir de uma série de aprendizagens ao longo da vida, nomeadamente de experiências precoces com figuras de vinculação.
 5. Qualquer programa de reabilitação psicossocial de jovens em risco ou com comportamento anti-social manifesto deverá ter como finalidade a reestruturação/flexibilização dos esquemas mal-adaptativos subjacentes ao processamento da informação social, procurando corrigir as distorções cognitivas e, assim, os correlatos emocionais e comportamentais dessas representações cognitivas.
 6. A forma de provocar a mudança esquemática é diversa – podendo ser utilizadas estratégias cognitivas, comportamentais, de activação emocional, etc. – mas o estabelecimento de relações potencialmente desconfirmatórias dos esquemas é encarado como condição necessária para que a reestruturação cognitiva ocorra, uma vez que a natureza dos esquemas postulados como subjacentes ao comportamento anti-social é maioritariamente relacional, sendo que a sua manutenção resulta grandemente do estabelecimento de ciclos cognitivo-interpessoais disfuncionais.
-

GPS – Destinatários, estrutura e conteúdos do programa

O programa deve ser aplicado em pequenos grupos, em média de 8 elementos (não menos de 6 nem mais de 12), de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 21 (ou +) anos e que apresentem problemas de comportamento ou algum grau de comportamento anti-social ou em contextos de prevenção, com indivíduos considerados em risco social (Rijo & Sousa, 2004).

O GPS é constituído por cinco módulos precedidos de uma sessão inicial para apresentação do programa e finalizados com uma sessão que define o *terminus* do mesmo o Quadro 2 apresenta, de forma breve, os conteúdos trabalhados em cada módulo.

Quadro 1: Módulos e conteúdos do GPS (adapt. de Rijo & Sousa, 2004)

	Módulo	Conteúdos
1.	Comunicação	O processo de comunicação e os seus obstáculos, linguagem verbal e não verbal, ambiguidades na comunicação e necessidade de congruência entre os dois tipos de linguagem.
2.	Relacionamento Interpessoal	Estilos de comportamento (assertivo, agressivo, passivo ou manipulador); contextos interpessoais específicos (não se sentir aceite, dizer não, criticar, pedir ajuda, pedir desculpa) e negociação.
3.	Distorções Cognitivas	Modelo cognitivo do processamento da informação e principais distorções cognitivas: “Abstracção Selectiva”, “Sobregeneralização”, “Leitura da Mente”, “Bola de Cristal”, “Minimização”, “Desqualificar Experiências Positivas”, “Pensamento Dicotómico”, “Rotular” e “Personalização”.
4.	Significado das Emoções	Natureza e função das emoções: tristeza, vergonha, medo, raiva, culpa e alegria.
5.	As Armadilhas do Passado	Conceito de crença ou esquema. Esquemas mal-adaptativos precoces de Fracasso, Indesejabilidade Social, Desconfiança/Abuso, Defeito/Vergonha, Privação Emocional, Abandono e Grandiosidade.

Os módulos encontram-se divididos em sessões, num total de 40, que, a serem realizadas uma vez por semana, resultam num tempo total de aplicação de cerca de doze meses. A duração proposta para cada sessão (excepto as de *follow-up*, cujo tempo deverá ser programado essencialmente em função das actividades propostas e do grupo) é de 90 minutos e tem em conta o tempo necessário à consumação dos objectivos propostos para cada uma, bem como o tempo preciso para ultrapassar as dificuldades que possam surgir e/ou para lidar com alguma resistência típica da população a que o GPS se destina. Contudo, a aplicação das sessões não é rígida, devendo as dinâmicas estabelecidas ser encaradas como uma proposta a adaptar ao grupo a que se destinam, podendo ser modificadas desde que se respeite os conteúdos e respectivos objectivos a trabalhar. As sessões, com excepção da inicial, da final e das de *follow-up*, obedecem a uma estrutura pré-definida que se mantém constante ao longo de todo o programa.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com as primeiras aplicações do GPS, foram francamente animadores, na medida em que salientaram a eficácia do programa na melhoria do funcionamento interpessoal e ajustamento social dos participantes, sendo que a evolução ao nível do comportamento, flexibilidade cognitiva e adequação do estilo interpessoal foi evidente à medida que o programa decorria. Tais

efeitos foram relatados e reconhecidos pelos próprios participantes e por terceiros (professores, educadores e técnicos) em contacto regular com os mesmos, demonstrando assim que as competências adquiridas são generalizáveis a outros contextos.

Um estudo preliminar (Brazão, 2011), realizado no âmbito do projecto de I&D “Gerar Percursos Sociais, um programa de prevenção e reabilitação para indivíduos com comportamento social desviante: estudos de eficácia em amostras forenses” (PTDC/PSI-PCL/102165/2008), apontam para a capacidade do GPS para melhorar o funcionamento psicológico e social de uma amostra de 96 menores a cumprir medida tutelar educativa de internamento. Mudanças significativas co-ocorrem nas medidas de comportamento agressivo, bem como nas medidas de activação emocional disruptiva, de distorções de processamento cognitivo, auto-eficácia e auto-conceito.

REFERÊNCIAS

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Brazão, N. (2011). *Gerar Percursos Sociais (GPS), um programa de prevenção e reabilitação para indivíduos com comportamento anti-social: Contributos para o estudo de validação em contexto de Centro Educativo*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Connor, D. F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents. Research and treatment*. New York: Guilford.
- Dishion, T. J. & Patterson, G. R. (1997). The timing and severity of antisocial behavior: three hypotheses within an ecological framework. In: D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 205-217). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gendreau, P., & Andrews, D. A. (1990). Tertiary prevention: What the meta-analyses of the offender treatment literature tell us about “what works”. *Canadian Journal of Criminology*, 32, 173-184.
- Goldstein, A. P. (2002). Low-level aggression: Definition, escalation, intervention. Em: J. McGuire (Ed.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene: Castalia Publishing Company.

- Rijo, D., & Sousa, M. N. (2004). Gerar Percursos Sociais (GPS), um programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento desviante – bases conceptuais, estrutura e conteúdos. *Infância e Juventude*, 4 (2), 33-74. Lisboa: Instituto de Reinserção Social.
- Rijo, D., Sousa, M. N., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M. C., Silva, M. J., Ricardo, N., & Massa, S. (2007). *Gerar Percursos Sociais: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*. Ponta Delgada: Equal.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Shaw, D. S., & Winslow, E. M. (1997). Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 148-158). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Windom, C. S. (1997). Child abuse, neglect and witnessing violence. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 159-170). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Florida: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

O VALOR DO DIAGNÓSTICO EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

IVONISE FERNANDES DA MOTTA

Para tecer algumas considerações sobre o valor do diagnóstico em Psicoterapia Psicanalítica em uma perspectiva winnicottiana e suas implicações quanto a prática psicanalítica, quanto ao trabalho com o inconsciente, gostaria de utilizar uma modalidade de atendimento desenvolvido por esse autor, “O Jogo dos Rabiscos” (Catafesta, 1997; Winnicott, 1994).

Esse tipo de trabalho surgiu da experiência clínica de Winnicott com crianças. Ele com frequência utilizava desse tipo de jogo quando da realização de Consultas Terapêuticas. Nesse tipo de consulta Winnicott utilizava papeis de diferentes tamanhos e lápis. Ele fazia um rabisco qualquer em uma folha branca e pedia que a criança ou adolescente realizasse um desenho com aquele rabisco. Em seguida, o paciente fazia um rabisco e Winnicott utilizava aquele rabisco para fazer um desenho. Quando a criança escolhesse uma folha de papel maior para desenhar significava que uma comunicação importante estava para ser realizada.

Em um momento adequado após a chegada do paciente geralmente após pedir ao genitor que o acompanha para ir para a sala de espera, digo à criança: "Vamos jogar alguma coisa. Sei o que gostaria de jogar e vou lhe mostrar". Há uma mesa entre a criança e eu, com papel e dois lápis. Primeiro apanho um pouco de papel e rasgo as folhas ao meio, dando a impressão de que o que estamos fazendo não é freneticamente importante, e então começo a explicar. Digo: "Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas o meu lápis e faço assim..." e provavelmente aperto os olhos e faço um rabisco às cegas. Prossigo com a explicação e digo: Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-lo em algo; depois, faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com o seu rabisco. (Winnicott, 1994, p. 232).

Um dos pontos centrais desse tipo de trabalho é a comunicação. Winnicott através do Jogo de Rabiscos tentava entrar em comunicação com os aspectos mais significativos do desenvolvimento psíquico do paciente quer os favoráveis, quer os desfavoráveis (nós do desenvolvimento psíquico). Isto é, em cada uma das Consultas Terapêuticas, ele estabelecia um diagnóstico.

Diagnóstico que estabelecia diretrizes de quais seriam as intervenções psicoterápicas necessárias no caso e também qual prognóstico seria esperado em cada situação clínica.

Olhando por esse prisma, “O Jogo de Rabiscos” é uma modalidade de consulta terapêutica que foi utilizado por Winnicott para chegar a uma compreensão profunda do psiquismo do paciente. Mostrou ser uma maneira valiosa de se estabelecer comunicação fácil e rápida com a criança.

Este recurso terapêutico derivou de sua experiência como pediatra já ao redor dos anos de 1920. Winnicott percebeu que as crianças freqüentemente sonhavam com ele na noite anterior à consulta. Isto refletia como a criança estava concebendo imaginativamente essa experiência assim como algumas das características da atitude dos pais frente à mesma. Winnicott ocupava o lugar de um objeto subjetivo.

O que percebo agora é que neste papel de objeto subjetivo, que raramente perdura mais além da primeira ou de umas poucas entrevistas iniciais, o terapeuta dispõe de uma grande oportunidade de estabelecer contato com a criança (Winnicott, 1971, p.4, tradução nossa).

Nestes primeiros contatos com o psicoterapeuta geralmente está presente na criança grande dose de confiança e de esperança de encontrar a compreensão necessitada para seu sofrimento, para a remoção dos obstáculos encontrados a suas possibilidades de desenvolvimento psíquico. E se isto acontece através da experiência do Jogo de Rabisco, a confiança poderá tornar-se mais forte, auxiliando a criança na crença de ter condições para trilhar o caminho necessário ou desejado a seu potencial de desenvolvimento.

Winnicott acreditava que o ser humano tem uma tendência integradora inata.

Sinto que Freud daria as boas vindas a um trabalho novo que fizesse sentido do comentário de Breasted em termos de um universal no desenvolvimento emocional do indivíduo, qual seja a tendência integradora que pode conduzi-lo a um status de unidade (Catafesta, 1997; Winnicott, 1994; Winnicott, 1969, p. 189; 1971, 1984; D. W. Winnicott, 1994; Winnicott, 1995).

E ainda:

No desenvolvimento emocional do indivíduo, a tendência à integração é inata. As condições têm de ser más para que a integração não se torne um fato. A integração pode ser representada em termos das três dimensões do espaço, mas neste caso temos de acrescentar a quarta dimensão do tempo. (Winnicott, 1995, p. 204).

A sustentação no tempo de condições favoráveis ao desenvolvimento psíquico realizada pelos pais possibilita à criança trilhar o caminho do contínuo processo de integração de seu *self*.

Levando-se em consideração os aspectos acima descritos, esse tipo de intervenção é um trabalho clínico baseado em Esperança e Confiança. A presença da esperança e da confiança da criança em seu ambiente, em seus pais e em si própria em encontrar os recursos necessários a seu desenvolvimento

psíquico.

Poderíamos dizer que encontramos três palavras-chaves nesse tipo de trabalho clínico: Comunicação, Esperança e Confiança.

O Caso de Fernando

“Sabe o que um copo disse para o outro? Estou vidrado em você...” Esse foi o início de uma das primeiras entrevistas com Fernando na qual me propõe um jogo de contar piadas. Garoto de aproximadamente 8 anos e que vem a consulta por apresentar alguns maneirismos afeminados e por vezes alguns comportamentos inadequados na escola.

Desde a primeira vez que encontrei Fernando ele se apresentou cheio de vivacidade e ideias. Na primeira entrevista contrariando suas expectativas eu não lhe pedi que respondesse a algum teste. Jogamos o “Jogo de Rabiscos” ou “*Squiggle Game*” segundo a conceituação de D.W.Winnicott (Winnicott, 1984). Durante o jogo Fernando não conseguia perceber ou captar qual era minha expectativa em relação a ele. Na verdade não havia expectativas. Não havia certo ou errado. Não havia uma nota para ser conseguida... No final do jogo Fernando me surpreende quando eu olhava um rabisco seu para criar algo e demorando alguns segundos a mais disse com tom desafiador “desiste”... o tom da competição ou desafio... o desafio de produzir algo, produzir um desenho com um rabisco... Continuando com a política de conhecer Fernando sem exigir adaptações a um *setting* pré-estabelecido continuei me adaptando a seu ritmo e demandas.

Jogamos a seu pedido tiro ao alvo com um revolver que ele encontrou por acaso em uma cesta de lápis de cores. E em seguida propôs um jogo bastante elucidativo... Nós dois olhando pela janela de meu consultório segundo sua proposição daríamos nomes às pessoas que caminhavam pela rua e que avistávamos através da janela. O primeiro nome dado por Fernando era um nome estrangeiro com tons de aristocracia. Isso foi o que comuniquei a Fernando com tom de brincadeira. (...) “esse parece ter nobreza com esse nome...” Escolhemos outro transeunte e eu brincando com ele digo ... “esse eu acho que é alguém comum...quem sabe João...”. E assim prosseguimos com o jogo de dar um nome às pessoas que caminhavam pela rua... Dávamos um nome àquelas pessoas, uma identidade talvez ... (Catafesta, 1997; Motta, 2005).

Identidade... Fernando parecia comunicar que este era um aspecto significativo de sua existência, aspecto sobre o qual queria comunicar algo significativo ao vir se encontrar comigo.

Fernando me surpreendeu com sua atitude desenvolta, com sua liderança indicando caminhos... Eu surpreendi Fernando com minha política de não ter expectativas e nem *a priori*. Queria estar com ele e me adaptava ao que acontecia. “Sabe o que um copo falou para o outro? Estou vidrado em você” ... Fernando parecia dizer que sentia vivo nosso contato no qual cada sessão era um vir a ser sem regras, normas ou padrões pré-estabelecidos ...

Na primeira entrevista que tive com a mãe de Fernando ela diz que o motivo da consulta foi o impacto que ele causava nas pessoas e nela (mãe) com maneirismos por vezes afeminados. Desde bem pequeno Fernando dizia que queria ser menina. Achava que a vida de menina era muito melhor que a de menino (Motta, 2006).

Emocionada, chorando, a mãe me diz... “sabe doutora eu não quero ter um filho *gay*... As pessoas dizem que o importante é ele ser feliz, mas eu não quero ter um filho *gay*. A outra psicóloga que consultamos disse que o problema é que meu marido gosta de cozinhar e eu gosto de ler jornal, é esse o problema?” Respondo que se fosse tão simples, filhos de chefes de cozinha todos seriam *gays*...

Ao ouvir a mãe expressar seu sofrimento pensava e sentia “quem lhe tratou com tanta superficialidade e distância”... essa era minha compreensão do que a mãe comunicava naquele primeiro encontro comigo sobre as dificuldades do filho, sobre suas questões quanto à feminilidade e masculinidade.

A mãe de Fernando comunicava alguns dos elos significativos de sua busca de atendimento psicoterápico, alguns dos elos reveladores do por quê Fernando apresentava certos “maneirismos” ou comportamentos por vezes estranhos: distância e superficialidade.

Em entrevista posterior com os pais de Fernando pudemos confirmar a pertinência dessa conclusão. Quando Fernando nasceu por várias circunstâncias, a mãe sentia-se muito só. O pai viajava muito a trabalho estando por isso a maior parte do tempo distante. A mãe não contava com familiares ou outras pessoas para ajudá-la com os filhos e durante o primeiro ano de vida de Fernando a mãe deixou seu trabalho para dedicar-se aos cuidados das crianças. Mas sentia-se muito só sem a presença do marido.

A importância do ambiente na constituição do psiquismo e no desenvolvimento psíquico destacou aspectos que influenciaram de maneira profunda tanto a teoria quanto a técnica psicanalítica. As contribuições de Winnicott sobre manejo de *setting*, trabalho com regressão, consultas terapêuticas, casos tratados em casa dentre outros tem sido utilizados e pesquisados nos mais diferentes campos (Hisada, 2000).

Levar em consideração o ambiente na constituição e estruturação psíquicas fundamentais do ser humano é vislumbrar a importância do fator dependência característico do início de todos os seres humanos: dependência de uma mulher (mãe), de outros componentes da família, de valores culturais da época, etc...

No início um estado de fusão com a mãe é fundamental para o que denominamos o sentido de continuidade de ser. Nessa perspectiva, o bebê e a mãe são um único ser. Essa é a vivência imprescindível para o estabelecimento de bases estáveis para a estruturação e desenvolvimento psíquicos. Para o desenvolvimento de um viver criativo e o sentimento que a vida é real e que tem valor apesar das adversidades inevitáveis ao longo de qualquer existência humana.

Para Winnicott o bom humor aliado à capacidade para brincar de maneira espontânea são indicadores de boas condições para o desenvolvimento psíquico. Revelam a presença de vivências favoráveis de contato materno e com o ambiente. Foi o que pudemos constatar nas primeiras entrevistas com Fernando. Ele também revelou que tinha se adaptado em excesso ao ambiente e que queria verificar se esse seria o tom de nosso relacionamento. Ao verificar que não haviam expectativas pré-estabelecidas Fernando sentiu confiança em aprofundar seu contato comigo.

As primeiras entrevistas são fundamentais em qualquer trabalho clínico, pois nos primeiros encontros com o psicoterapeuta está presente grande dose de confiança e de esperança de encontrar a compreensão necessitada para o sofrimento, para a remoção dos obstáculos encontrados às possibilidades de desenvolvimento psíquico. O encontro com um terapeuta que brinca e que tem condição de se colocar de maneira espontânea e livre no contato com o paciente, favorecendo assim um “acontecer”, confirma a possibilidade de um relacionamento caracterizado por algumas palavras-chaves primordiais nesse contexto: confiança, esperança, comunicação, surpresa e humor.

O humor e a capacidade para brincar são indicadores de prognóstico favorável em qualquer trabalho psicoterápico que se inicia pois, revelam possibilidades facilitadoras para transitar entre a realidade subjetiva e a objetiva. Foi o que pudemos confirmar com Fernando e seus pais. Apesar dos desencontros revelados havia bases favoráveis que se expressaram através do brincar e do bom humor. Ao iniciar uma das primeiras sessões com um convite para contar piadas Fernando trazia o riso e o humor para integrar nosso encontro. Fernando começava a acreditar que alguém poderia se adaptar a ele e não mais ele teria que continuar se adaptando ao outro ou ao ambiente.

REFERÊNCIAS

- Catafesta, I. F. (1997). Sobre consultas terapêuticas. Os Rabiscos de Fernando e Ivone. In I. F. M. Catafesta (Ed.), *A Clínica e a Pesquisa no Final do Século: Winnicott e a Universidade*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Hisada, S. (2000). *A intervenção por meio do manejo do setting como facilitador de mudança psíquica no processo terapêutico*. (Doutorado Tese), Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Motta, I. F. (2005). O Gesto Espontâneo e a Interpretação Criativa. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 13(2), 374-388.
- Motta, I. F. (2006). *Orientação de pais. Novas perspectivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott. (1994). O jogo do rabisco [Squiggle game]: amalgama de dois trabalhos: um, não-publicado, escrito em 1964, e outro foi publicado em 1968 (J. O. d. A. Abreu, Trans.). In C.

- Winnicott, R. Shpherd & M. Davis (Eds.), *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott* (pp. 230-243). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1969). O uso de um objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo (J. O. d. A. Abreu, Trans.). In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Eds.), *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott* (pp.187-191). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London: Hogarth.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (J. M. Xisto, Trans.). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1994). O valor da consulta terapêutica (original de 1965) (J. O. d. A. Abreu, Trans.). In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Eds.), *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott* (pp. 244-248). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1995). Variedades de Psicoterapia (original de 1961) (Á. Cabral, Trans.). In D. W. Winnicott (Ed.), *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

A CLÍNICA PSICANALÍTICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: COM DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

IVONISE FERNANDES DA MOTTA

As novas conquistas advindas da tecnologia têm mostrado efeitos benéficos nos mais variados campos das ciências e da vida humana. As mudanças e consequências estão cada vez mais presentes em nosso dia-a-dia. A era da informática, a Internet, os celulares invadem nosso cotidiano nos mais diferentes setores. A aceleração da velocidade nos traz muitas vantagens, incluindo a comunicação, que nos é bastante facilitada pelos mais modernos recursos tecnológicos colocados a nosso dispor.

A comunicação nos dias atuais é vital pelos mais diversos ângulos em que possamos analisar o viver. Porém, ao lado da facilitação e velocidade dos meios de comunicação, sofremos força contrária em nossas vidas quando focalizamos apenas valores como eficiência, resultados, produtividade, etc...

Ao mesmo tempo em que rapidamente podemos ter tantas informações sobre tantos e diferentes setores de nosso mundo, por vezes a comunicação com o que costumamos denominar mundo intrapsíquico ou a comunicação mais íntima com um outro ser se apresenta cada vez mais difícil ou rara é o que ouvimos em nosso dia a dia tanto em nossas conversas informais quanto em nosso trabalho especializado.

Nesse texto abordarei a importância de alguns aspectos essenciais da comunicação humana no trabalho clínico individual e no trabalho clínico realizado em grupos, em instituições.

Trabalho clínico individual

Y é uma adolescente de aproximadamente 15 anos que chega para atendimento após uso excessivo de álcool e medicamentos que resultou em internação hospitalar com risco de vida. Após esse primeiro episódio denominado pelos pais de “tentativa de suicídio” outras ocorrências desse tipo aconteceram com essas mesmas características.

Os pais ficaram bastante mobilizados vindo buscar atendimento psicoterápico para a filha. A mãe reiniciou tratamento psicanalítico pois sentiu-se bastante angustiada com a situação.

Desde o início do tratamento os pais se colocaram bastante cooperativos e colaboradores. A família mudou seus hábitos para enfrentar o perigo da morte denunciada através desses episódios. Os pais aumentam a proximidade com Y passando a acompanhá-la em seus compromissos diários. Isso contribuiu para uma maior e melhor comunicação de Y com seus familiares.

Y comunica que ao vir para a sessão de psicoterapia acompanhada pela mãe, algo marcante e decisivo ocorrera. A mãe de Y no trajeto para meu consultório conversava com a filha sobre certos excessos ocorridos no final de semana quando começou a chorar e dizer que tinha muito medo de perdê-la. Tinha medo que ela morresse. Y com ares de surpresa afirma: - “minha mãe gosta mesmo de mim”. Essa experiência de confirmação de amor no vínculo com sua mãe propiciou mudanças profundas em seu ser e viver. A experiência de se sentir amada “de verdade” com raízes sedimentadas em vínculos de segurança e confiança propiciou uma aproximação gradativamente maior de Y com seus pais e consigo própria. O episódio de morte ou como foi denominado a “tentativa disfarçada de suicídio” levou os pais de Y a fazerem uma reavaliação de vários aspectos de seu viver e ao realizarem esse exame puderam entrar em uma sintonia mais próxima com a filha. O que tinha o colorido de morte passou a adquirir o colorido de vida. Mudou-se o campo do terreno do negativo para o positivo.

Y buscava essa proximidade com a mãe e com o pai que pode ser resgatada através do perigo de morte. A disponibilidade com que os pais responderam ao acontecido demonstrou a presença de condições favoráveis, de preocupação genuína com a vida e saúde mental da filha.

A mãe após alguns meses de tratamento perguntou se deveria “grudar” na filha pois essa era sua vontade na tentativa de protegê-la e ajudá-la. Concordei que essa era uma boa estratégia pois Y pedia esse tipo de proteção e participação da mãe, do pai e de familiares. Passado algum tempo esse tipo de intervenção pode gradativamente ser modificada por um viver com mais autonomia.

A proximidade psíquica e afetiva conquistada nessa época foi vital para os progressos que se seguiram. Y pode gradativamente discriminar suas angústias e fortalecer aspectos importantes de sua identidade. Isso interferiu positivamente em seu desempenho escolar, em sua vida afetiva e em seu relacionamento social. O trabalho continua até hoje com resultados positivos tendo desaparecido os episódios de uso excessivo de álcool e medicamentos com risco de morte. A medida em que nosso trabalho prosseguiu e Y foi aumentando o contato psíquico com seus conflitos e angústias as melhoras vieram. O que eu chamaria de caos ou turbulência foi gradativamente substituído por um viver mais estável, calmo ou tranquilo. O encontro com

estados e cuidados primitivos de fusão que puderam ser vivenciados com a mãe, pai, familiares e a terapeuta puderam gradativamente possibilitar o encontro com recursos psíquicos mais favoráveis ao enfrentamento de várias perdas e conflitos característicos da adolescência. Conflitos, angústias e sentimentos puderam se manifestar por outros caminhos que não pelos atos, pela ingestão de álcool e consumo de drogas.

O caminho percorrido por Y confirmou a importância da pesquisa inicial pela possibilidade de confiança e, quando esta foi adquirida, as vivências necessárias de dependência que toda sua situação real e psíquica requiritava.

Trabalho clínico institucional em grupo

No ano de 2007 realizamos uma pesquisa com um grupo de cinco crianças, uma menina e quatro meninos, diagnosticados com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade) no período de abril a junho, com sessões semanais com duração de uma hora e meia. A idade das crianças estava inserida na faixa de 9 a 12 anos.

A literatura sobre TDAH assinala que as famílias dessas crianças e adolescentes apresentam alterações na dinâmica das relações. Os relacionamentos familiares são caracterizados por ressentimento e hostilidade porque os pais avaliam que os comportamentos de desatenção e hiperatividade da criança são voluntários.

Partindo dessas premissas desenvolvemos essa pesquisa na qual nos utilizamos do brincar e do uso de estórias infantis com crianças e de atendimento à família.

Em parceria entre o LAPECRI-Universidade de São Paulo (Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade em Diferentes Abordagens Psicoterápicas-minha coordenação) ligado ao Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e o NANI-UNIFESP (Núcleo de Atendimento Interdisciplinar Infantil) ligado ao Departamento de Psicobiologia da UNIFESP foi desenvolvida pesquisa que propôs uma possibilidade de intervenção com crianças e adolescentes portadores de TDAH e seus familiares com embasamento psicanalítico, principalmente fundamentado nas ideias de D.W. Winnicott.

A proposta deste trabalho foi apresentar um modelo não-comportamental de intervenção com crianças diagnosticadas com TDAH ou que apresentam sintomas comportamentais que não preenchem os critérios do diagnóstico para o transtorno utilizando um enfoque psicanalítico, pois acreditamos, assim como Winnicott (1975), que a brincadeira como expressão da criatividade já é em si terapêutica, pois facilita a expressão e integração de aspectos do Self.

O objetivo dessa pesquisa foi verificar os benefícios e limites de intervenção junto a crianças e adolescentes com diagnóstico ou sintomas típicos de TDAH através de Oficinas de Brincar e histórias infantis, bem como o atendimento realizado concomitantemente junto aos familiares.

A intervenção foi realizada por meio de oficinas terapêuticas (Oficinas do Brincar), com uso de histórias e de atividades lúdicas. Ao mesmo tempo, foram oferecidos grupos de orientação familiar. Foram realizados grupos semanais, com duração de uma hora e meia, num total de 11 encontros.

Durante os encontros os pesquisadores contaram histórias, provenientes de livros de contos de fadas, mitos ou mesmo inventadas pelo grupo. Várias atividades lúdicas foram desenvolvidas. Concomitantemente ao grupo de crianças foi realizado grupo de orientação aos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente (pais, mães, avós, tios).

O grupo de pais ou responsáveis se constituiu desde o início num clima de muita confiança e continência em relação aos depoimentos dos colegas, contribuindo com reflexões a partir de suas experiências. O empenho e disponibilidade para o trabalho puderam ser constatados, pois, quase não ocorreram faltas aos encontros. Quando alguém teria que se ausentar, num movimento espontâneo, enviava outro membro da família para representá-lo, que rapidamente era integrado ao grupo participando ativamente.

Pudemos constatar a importância da existência de um espaço aonde as pessoas pudessem ouvir e serem ouvidas e trocar experiências. Ao final dos encontros as participantes verbalizavam “Já acabou?”, “É muito pouco tempo, deveria ter mais vezes por semana!” (sic).

No decorrer dos encontros foram surgindo as preocupações e as dificuldades, sendo possível que as angústias e as ansiedades decorrentes fossem trabalhadas, favorecendo uma visão mais integrada das crianças e uma disponibilidade maior para ajudá-los.

Os relatos de histórias da infância permitiram aos participantes que entrassem em contato com as dificuldades que eles próprios enfrentaram quando crianças e a reconhecer em si mesmos a capacidade de superação de que foram capazes. Através do reconhecimento de seus recursos perceberam que eram capazes de superar mais estes momentos difíceis, ocupando agora o lugar de adulto capaz de auxiliar e apoiar as crianças nos momentos difíceis.

Abrir espaços para os pais para discutirem sobre as dificuldades encontradas no dia a dia no relacionamento com os filhos, para colocá-los em contato com as histórias de sua infância, com aqueles que contavam as histórias e quais histórias eram essas, é abrir espaços para a infância que habita em todos nós adultos com marcas e especificidades que se bem trabalhadas podem ir direcionando os caminhos para que uma maior proximidade e contato entre pais filhos seja possível. Foi essa hipótese que pudemos confirmar através dos grupos realizados.

Clínica psicanalítica com crianças e adolescentes na atualidade

Na atualidade ao trabalharmos com , crianças , adolescentes e pais se faz cada vez mais necessária a utilização das palavras-chaves: incluir, aproximar, enraizar.

A clínica psicanalítica com crianças e adolescentes nos dias atuais nos reporta a dois aspectos fundamentais dos vínculos humanos: confiança e segurança.

Ao iniciar o trabalho com Y estavam presentes boas condições psíquicas que poderíamos pressupor advinham dos estágios iniciais de dependência, dos primeiros anos de vida, nos quais experiências favoráveis puderam ser internalizadas. O pai, a mãe e familiares puderam acompanhar e compartilhar o tratamento assim como várias crises e angústias vivenciadas por Y confirmando o diagnóstico inicial da presença de boas condições ambientais.

Comunicação e contato com experiências pretéritas quando fomos bebés, crianças, adolescentes e fomos acompanhados por pais ou adultos nos propiciando cuidados necessários e imprescindíveis caracterizados por confiança e segurança, semelhante um colo que nos segura de maneira cuidadosa e firme tem mostrado ser o caminho que possibilita o encontro com condições favoráveis ao desenvolvimento psíquico.

Aproximar-se da própria infância tornou possível resgatar relacionamentos onde há espaço para momentos prazerosos entre pais e filhos. Foi possível resgatar aspectos positivos dos filhos construindo uma visão mais integrada com os aspectos negativos. Foi bastante significativo a percepção dos pais que as mudanças de comportamento dos filhos dependem de uma mudança no comportamento do adulto.

Levando-se em consideração a importância do ambiente na constituição e desenvolvimento psíquico o trabalho clínico particular individual e o trabalho clínico institucional em grupo com crianças, adolescentes e pais vem confirmar o quanto intervenções psicoterápicas tem que considerar o entorno da criança e do adolescente e incluí-lo na intervenção realizada.

Nossa experiência clínica individual particular tem sido corroborada por pesquisas realizadas com grupos e em diversos contextos institucionais que tem confirmado a importância do encontro com a mãe ou figuras parentais que inspiram confiança e segurança e nos conectam com um colo seguro que nos dá sustentação.

É estar em contato e próximos com o bebé, com a criança e com o adolescente que fomos e que puderam receber cuidados condizentes às necessidades requeridas segundo as etapas vivenciadas. O cuidado recebido no momento certo é semelhante um colo quentinho que nos segura e nos embala e nos faz sentir segurança, confiança e esperança que a vida nos dá o que necessitamos e que continua e continuará nos nutrindo e nos vitalizando.

REFERÊNCIAS

- Louzã Neto, M.R. (2010) *TDAH ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Motta, I. F, Sant'Anna, B. A, Miranda, M.C., Muszkat, M, Polizio, B. P. Mangucci, E., Ricastro, R. M., Ribeiro, S. R., & Lacerda, R. R. (2010). Proposta de Intervenção para Crianças e adolescentes portadores de TDAH. *VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga , Portugal.
- Motta, I.F., & Rosa, J.T.(2008). *Violência e Sofrimento de crianças e adolescentes*. Aparecida do Norte, SP: Ideias e Letras.
- Motta, I.F. (2006). *Orientações de Pais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D.W. (1975) *O brincar e a realidade* .(J. O. de Abreu & V. Nobre, trad.) Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. (Irineo Constantino Schuch Ortiz, trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1989) *Tudo começa em casa*. (Paulo Sandler,trad.) São Paulo:Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1990) *Natureza humana*. (Davi Litman Bogomoletz, trad.) Rio de Janeiro: Imago.

FACTORES DE STRESS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERCEPÇÃO DOS UTENTES, FAMILIARES E EQUIPA DE CUIDADOS DE SAÚDE

MARIA TERESA MOURÃO & ISABEL P. LEAL

O ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) gera stress físico e psicológico (Novaes, Aronovich, Ferraz, & Knobel, 1997) não só aos doentes que estão internados, como também aos seus familiares e às equipas de cuidados de saúde que trabalham nestas unidades (Hweidi, 2007). Com o objectivo de minimizar estes efeitos, devem ser feitos esforços no sentido de satisfazer as necessidades dos envolvidos: os doentes que enfrentam as limitações da sua condição humana; a família que sente um receio constante de perder o seu ente querido e a equipa de cuidados de saúde, uma vez que os seus elementos trabalham sob stress e sentem-se pressionados para realizarem todas as tarefas necessárias (Novaes et al., 1999).

É importante conhecer os principais factores que causam stress aos doentes, para que se possa aumentar o seu conforto e segurança e reduzir o stress que sentem. Por outro lado, a família e os profissionais de saúde têm as suas próprias percepções do stress sentido pelos doentes durante o internamento na UCI. A experiência stressante que os familiares vivenciam e a rotina diária de trabalho da equipa de cuidados de saúde, interferem na percepção desses factores de stress.

O objectivo do estudo é identificar os factores de stress sentidos pelos doentes na Unidade de Cuidados Intensivos e compará-los com a percepção dos seus familiares e da equipa multidisciplinar, de acordo com o que consideram ser os factores de stress para os doentes, de forma a identificar as diferenças e semelhanças entre as percepções dos três grupos, tendo em vista, otimizar os cuidados ministrados aos doentes. Para alcançar este objectivo desenhou-se um estudo idêntico ao de Novaes et al. (1999), usando como instrumentos o Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS) e um questionário de caracterização de amostra.

MÉTODO

Trata-se de um estudo comparativo entre três grupos: doentes internados na UCI, familiares desses doentes e a equipa de cuidados de saúde que trabalha na UCI

Participantes

O estudo incide em 150 participantes que estão divididos em três grupos: 50 doentes internados numa UCI; 50 familiares desses doentes; e 50 membros da equipa de cuidados de saúde que trabalham numa UCI. Os participantes foram seleccionados em cinco Hospitais da zona da Grande Lisboa: Hospital da Luz, Clínica de Santo António, Hospital de Santa Maria, Hospital Curry Cabral e Hospital Pulido Valente. Para poderem participar no estudos, os doentes tinham de estar conscientes, alerta e teres sido admitidos na UCI por mais de 24 horas até 6 dias. Os familiares tinham de pertencer ao parentesco de primeiro grau do doente entrevistado, bem como terem visitado o doente pelo menos, uma vez durante o internamento na UCI. Os membros da equipa de cuidados de saúde tinham de ser um dos prestadores de cuidados no mesmo dia em que o doente foi entrevistado.

Material

Os materiais utilizados foram o Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS) e um questionário de caracterização de amostra. O ICUESS foi validado por Ballard et al. em 1981 e por Narstasy et al. em 1985, tendo sido traduzido para a Língua Portuguesa e adaptado para o Brasil, por Novaes et al. em 1999. A escala é constituída por 40 itens que representam factores de stress cotados de 1, não stressante, a 4, muitíssimo stressante. Foram construídos três questionários de caracterização de amostra, uma para cada grupo. Aos doentes foi pedido que mencionassem a sua idade, sexo, habilitações literárias e estado civil. Os familiares identificaram-se quanto ao sexo, habilitações literárias, estado civil e grau de parentesco com o doente. À equipa de cuidados de saúde foi pedido que identificasse o seu sexo, habilitações literárias e a sua função na equipa técnica.

Procedimento

Os dados foram recolhidos entre Dezembro de 2007 e Abril de 2008. Os doentes responderam ao questionário ICUESS com base no stress que sentiam na UCI e os familiares e profissionais de saúde responderam com base na sua percepção do stress sentido pelos doentes. Aos doentes, foram lidas as questões e anotadas as respostas, uma vez que a sua situação clínica não lhes permitia e/ou dificultava a leitura das perguntas e a escrita das respostas. Os doentes que não puderam falar, responderam por meio de gestos, indicando com os dedos o número de cada resposta (1, 2, 3 ou 4). Aos familiares e aos elementos da equipa de cuidados de saúde os questionários foram entregues em mão pela investigadora responsável e, após terem sido preenchidos, foram devolvidos em mão.

Os dados foram inseridos numa base de dados do Programa “Statistical Package for Social Science - SPSS - Windows (versão 16.0), onde foi realizada a sua análise e tratamento estatístico. A análise da estatística descritiva foi utilizada para caracterizar os dados demográficos dos 150 participantes, através das frequências e percentagens para as variáveis nominais e respectivas médias. Para a

comparação das médias das respostas entre os três grupos, foi utilizada a prova Anova One-Way. Nas questões em que o Sig é significativo ($\leq 0,05$), foi aplicado o teste de comparações múltiplas (Teste Pós-Hocs) por forma a revelar quais os grupos que diferem entre si. Uma vez que as dimensões das amostras são iguais, aplicou-se o Teste de Tuckey. A média total foi calculada para cada um dos 40 factores de stress e ordenada desde o factor mais stressante ao factor menos stressante, em cada grupo de participantes. Os valores foram expressos em média e desvio padrão para as variáveis contínuas e em frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas.

RESULTADOS

O quadro mostra a ordenação dos factores de stress consoante os doentes, familiares e profissionais de saúde, tendo em conta a média obtida em cada factor de stress. Na maioria das questões, os profissionais são o grupo em que a média por cada pergunta é mais elevada. O grupo dos doentes, não teve nenhuma questão em que a média fosse mais elevada do que nos restantes dois grupos.

Quadro 1: Rank dos factores de stress consoante os doentes, familiares e profissionais de saúde

40 Factores de stress	Doentes				Familiares			Profissionais de saúde		
	Or dem	Média	Desvio P	Rank	Média	Desvio P	Rank	Média	Desvio P	
Ter dores	1	3,0	1	1	3,6	0	1	3,8	0	
		2	,22		0	,85		0	,53	
Estar preso por tubos	2	3	1	4	3,2	1	3	3,5	0	
			,10		8	,10		8	,70	
Não conseguir dormir	3	2,9	1	3	3,3	0	6	3,4	0	
		6	,12		2	,93		4	,73	
Sentir falta do marido ou da esposa	4	2,4	1	1	2,7	1	1	3	0	
		6	,21	3	2	,14	6		,90	
Sentir sede	5	2,3	1	9	2,9	0	1	3,1	0	
		6	,27		2	,92	0	8	,77	
Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas	6	2,3	1	8	2,9	0	1	3,1	0	
		2	,01		6	,85	2	0	,73	
Ouvir o barulho e os alarmes dos equipamentos	7	2,3	1	6	3,1	0	5	3,4	0	
		0	,05		4	,83		8	,64	
Ter tubos no nariz e/ou na boca	8	2,2	1	5	3,2	1	2	3,6	0	
		6	,38		6	,13		4	,59	
Ser picado por agulhas	9	2,1	1	1	2,8	1	1	3	0	
		8	,20	0	4	,07	7		,12	
Estar perante luzes acesas constantemente	10	2,1	1	1	2,7	0	1	3,0	0	
		2	,13	2	8	,91	3	4	,80	
Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia	11	2,1	1	7	3,1	1	9	3,2	0	
		0	,11		2	,04		2	,76	
Ouvir sons e ruídos desconhecidos	12	2,0	1	1	2,6	0	2	2,8	0	
		4	,04	9	4	,82	4	0	,78	
Não saber que horas são	13	2,0	1	1	2,7	1	7	3,4	0	
		4	,14	5	0	,21		4	,70	
Não ter controlo sobre si mesmo	14	2,0	1	1	2,7	1	8	3,4	0	
		4	,14	6	0	,21		4	,70	

FACTORES DE STRESS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERCEÇÃO DOS UTENTES, FAMILIARES E EQUIPA DE CUIDADOS DE SAÚDE

Não saber quando os actos médicos vão ser feitos	15	2	0	2	2,5	0	1	2,9	(
			,92	2	8	,78	8	4	,89
Ouvir os alarmes do monitor cardíaco dispararem	16	1,9	1	2	3,3	0	4	3,5	(
		8	,15		8	,90		6	,64
Ter que usar oxigénio	17	1,9	1	1	2,8	1	3	2,4	(
		2	,19	1	2	,15	0	8	,97
Ouvir os gemidos de outros doentes	18	1,8	1	1	2,6	0	1	3,0	(
		4	,03	8	8	,97	4	4	,83
Ter que ficar a olhar para os pormenores do tecto	19	1,8	0	2	2,4	1	3	2,4	(
		6	,92	7	0	,04	1	8	,95
Não ter privacidade	20	1,7	1	2	2,5	1	1	2,9	(
		6	,09	3	8	,19	9	2	,89
Estar num ambiente muito quente ou muito frio	21	1,7	0	3	2,3	0	2	2,6	(
		2	,96	0	4	,84	6	0	,80
Não ter explicações sobre o tratamento ministrado	22	1,7	1	2	2,5	0	1	3,0	(
		0	,07	5	2	,90	5	2	,84
Ser tratado por médicos desconhecidos	23	1,6	1	3	2	1	3	2,4	(
		6	,02	7		,03	2	6	,93
Sentir que os enfermeiros estão muito apressados	24	1,6	0	2	2,6	0	2	2,8	(
		4	,92	1	2	,92	2	8	,79
Ter a equipa médica a falar de termos incompreensíveis	25	1,6	0	2	2,5	0	2	2,9	(
		2	,98	4	6	,97	0	2	,96
Ter máquinas estranhas em redor	26	1,6	0	1	2,7	0	2	2,6	(
		0	,88	4	2	,85	5	6	,89
Ser examinado por médicos e por enfermeiros constantemente	27	1,6	0	2	2,4	0	2	2,6	(
		0	,92	8	0	,90	7	0	,83
Não saber que dia é hoje	28	1,5	0	3	1,9	0	2	2,5	(
		4	,86	8	6	,92	9	6	,92
Sentir cheiros estranhos	29	1,5	0	1	2,7	1	3	2,3	(
		4	,95	7	0	,01	6	4	,82
Ser incomodado	30	1,5	0	3	2,1	0	3	2,3	(
		4	,83	3	4	,94	5	8	,85
Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	31	1,5	0	3	2,2	0	3	2,2	(
		2	,99	2	0	,94	8	8	,94
Sentir que os enfermeiros estão mais atentos aos equipamentos que a si	32	1,5	0	2	2,4	0	2	2,8	(
		0	,81	9	0	,75	3	2	,91
Ouvir o telefone tocar	33	1,5	0	4	1,6	0	3	2,1	(
		0	,76	0	2	,80	9	0	,88
Ser acordado pelos enfermeiros	34	1,4	0	2	2,6	0	3	2,3	(
		6	,78	0	2	,94	7	2	,91
Os enfermeiros e os médicos falam muito alto	35	1,4	0	2	2,4	0	2	2,9	(
		4	,76	6	8	,95	1	0	,64
Ter os enfermeiros constantemente a fazer tarefas ao redor da sua cama	36	1,4	0	3	2,2	0	2	2,5	(
		4	,81	1	4	,77	8	8	,85
A cama e/ou almofadas são desconfortáveis	37	1,3	0	3	2,0	0	3	2,4	(
		8	,56	6	6	,92	3	6	,78
Ver os recipientes de soro pendurados sobre a cabeça	38	1,3	0	3	2,1	0	4	2,0	(
		4	,82	4	2	,87	0	4	,83
Não saber onde está	39	1,2	0	3	1,7	0	1	3,1	(
		4	,71	9	8	,97	1	6	,86
O enfermeiro não se apresentar	40	1,2	0	3	2,0	0	3	2,4	(
		4	,47	5	8	,92	4	6	,78

Factores que foram considerados como os mais stressantes

O factor de stress mais mencionado pelos três grupos de participantes, doentes, familiares e profissionais de saúde, foi *ter dores*. Os seguintes quatro factores de stress mais mencionados pelos doentes foram: *estar preso por tubos, não conseguir dormir, sentir falta do marido ou da esposa e sentir sede*. Os familiares e profissionais de saúde, além de terem identificado alguns destes factores

como muito stressantes para os doentes, referem outros tais como: *ter tubos no nariz e na boca* (oitavo factor mencionado pelos doentes), *ouvir os barulhos e os alarmes dos equipamentos* (sétimo factor mencionado pelos doentes), e *ouvir os alarmes do monitor cardíaco dispararem* (décimo sexto factor mencionado pelos doentes).

Factores que foram considerados como os menos stressantes

Os cinco factores que causam menos stress aos doentes, são: *o enfermeiro não se apresentar* (mencionado em último lugar), *não saber onde está, ver os recipientes de soro pendurados sobre a cabeça, a cama e/ou a almofada são desconfortáveis*, *ter os enfermeiros constantemente a fazer tarefas ao redor da sua cama e os enfermeiros e os médicos falam muito alto* (em trigésimo sexto lugar). Os familiares e profissionais de saúde, além de terem identificado três destes factores como causadores de pouco stress para os doentes (*não saber onde está, a cama e/ou a almofada são desconfortáveis* e *ver os recipientes de soro pendurados sobre a cabeça*), referem outros tais como: *não saber que dia é hoje, ser tratado por médicos desconhecidos, ouvir o telefone tocar, ser acordado pelos enfermeiros, medir a pressão arterial muitas vezes ao dia e sentir cheiros estranhos*.

Classificação da natureza dos factores de stress

Os factores de stress foram classificados consoante a sua natureza, tendo sido identificados onze factores físicos, nove psicológicos e vinte ambientais. De um modo geral, os participantes dos três grupos, referiram que os factores físicos são os que causam mais stress, tais como: *ter dores, estar preso por tubos, não conseguir dormir, sentir sede e ter tubos no nariz e/ou na boca*. Os factores ambientais foram identificados pelos três grupos de participantes como os que menos causam stress, tais como: *ter os enfermeiros constantemente a fazer tarefas ao redor da sua cama, a cama e/ou almofadas são desconfortáveis, ver os recipientes de soro pendurados sobre a cabeça e o enfermeiro não se apresentar*.

Correlações e diferenças estatisticamente significativas entre os grupos

Não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre o resultado total de stress dos doentes e dos seus familiares ($r = 0,025$), entre os doentes e a equipa de cuidados de saúde ($r = 0,017$) e entre estes e os familiares ($r = -0,238$). O Teste de Tuckey indica que existem diferenças estatisticamente significativas entre o resultado total de stress dos doentes e os familiares ($p = 0,000$) e entre os doentes e os profissionais de saúde ($p = 0,000$), mas não entre os familiares e os profissionais de saúde ($p = 0,027$).

DISCUSSÃO

O estudo permite verificar que existem diferenças entre os grupos, sendo que tanto os familiares como a equipa de cuidados de saúde avaliam o stress sentido pelos doentes de uma maneira diferente e

consideram que os factores causam muito mais stress do que os próprios doentes sentem, uma vez que, em todas as questões, os doentes apresentam a média mais baixa em relação aos outros grupos. Seria esperado que estando acostumados à rotina da UCI, a equipa de cuidados de saúde avaliasse a situação numa forma menos intensa que os restantes grupos. Segundo Cornock (1998), esta situação leva-nos a crer que os profissionais de saúde são sensíveis ao sofrimento dos doentes, demonstrando uma constante pressão psicológica sob a qual trabalham. Para que a família possa realmente avaliar o stress sentido pelo doente numa forma mais real, é importante que a equipa de cuidados de saúde a informe regularmente da evolução da sua situação clínica e tente manter um horário de visitas flexível para que os familiares possam estar junto do doente.

Uma vez que os factores físicos foram identificados como sendo os que causam mais stress é importante ter acesso aos sintomas dos doentes, para que se estabeleçam estratégias mais eficazes que permitam controlar os sintomas.

Ter dores foi considerado pelos três grupos de participantes o factor que causa mais stress e, por essa razão, o factor de maior preocupação. Deste modo, é importante salientar que os profissionais de saúde devem estar alerta para este sinal e procurar medidas eficazes e práticas que ajudem a providenciar a melhor forma de minimizar e aliviar as dores.

Outro factor identificado como causador de stress foi *não conseguir dormir*. O questionário não permite saber as causas dos doentes não conseguirem dormir, uma vez que estas podem ser físicas, devido a dor ou desconforto; psicológicas, pelo facto dos doentes terem ou não conhecimento da sua situação clínica; ou ambientais, devido aos ruídos, luzes, cheiros e outras características das UCI. Neste sentido, é importante conhecer as causas dos doentes não conseguirem dormir para que medidas possam ser tomadas para colmatar esta situação. Independentemente das causas, é necessário tentar reduzir o barulho e ruídos na UCI bem como estabelecer uma rotina para os procedimentos, para que os doentes possam restabelecer o seu ciclo de sono.

O estudo permite verificar que os profissionais de saúde tendem a valorizar mais os factores que com a sua ajuda podem tentar minorar o stress: *sentir que os enfermeiros estão muito apressados, sentir que os enfermeiros estão mais atentos aos equipamentos do que a si, os enfermeiros e médicos falam muito alto, ter a equipa médica a falar de termos incompreensíveis e não ter explicações sobre o tratamento*.

Os factores que não requerem nenhuma acção são os que causam menos stress aos doentes: *o enfermeiro não se apresentar, não saber onde está, ver os recipientes de soro pendurados sobre a cabeça, a cama e/ou a almofada são desconfortáveis, ter os enfermeiros constantemente a fazer tarefas ao redor da sua cama e os enfermeiros e os médicos falam muito alto*.

Devem também ser feitos esforços no sentido de utilizar técnicas de comunicação mais eficazes com os doentes, sendo igualmente importante dar uma adequada atenção aos aspectos psicológicos dos

doentes e dos seus familiares (Hweidi, 2007; So & Chan, 2004). Nesta medida, a independência dos doentes deve ser encorajada assim como a equipa deve informar sobre os procedimentos que vão ser levados a cabo (Novaes et al., 1997).

Em conclusão, é importante fazer-se uma gestão do stress, uma vez que poderá levar a melhores condições físicas e psicológicas para a recuperação dos doentes e providenciar um ambiente mais humano nas UCI.

O estudo tem algumas limitações, que são referidas em seguida.

Uma vez que a dimensão da amostra é reduzida, o estudo não permite verificar se entre cada grupo de participantes existem diferenças significativas em relação às suas características demográficas: diferenças entre idades, géneros, estado civil, habilitações literárias, grau de parentesco com o doente e entre a ocupação dos elementos da equipa de cuidados de saúde.

Em relação aos locais de recolha da amostra seria interessante, em estudos futuros, comparar se existem diferenças significativas entre Hospitais públicos e privados. De um modo geral, o ambiente da UCI é semelhante mas verificam-se algumas diferenças que poderão ou não contribuir para minorar o stress sentido pelos doentes, tais como a existência de janelas, de controladores de intensidade da luz quartos individuais para os doentes.

Por um lado, o facto da amostra ter sido recolhida em várias UCI, permitiu obter o número de profissionais de saúde necessários, uma vez que se este grupo de participantes fosse apenas entrevistado apenas numa UCI, haveria UCI que não teriam o número de profissionais de saúde suficientes para a amostra.

O grupo dos doentes é uma população difícil de entrevistar, uma vez que a maioria não está consciente e alerta para poder participar no estudo. Neste sentido, foi importante recolher a amostra nas cinco UCI para que se conseguisse obter um maior número de participantes, contrariamente ao estudo original realizado por Novaes et al. em 1999 que foi realizado apenas num Hospital.

Relativamente aos familiares, uma vez que foi difícil entrevistar esta população devido às restritas horas de visitas aos doentes, por existirem familiares que não vissem os doentes e porque alguns não se encontravam bem emocionalmente para responder ao questionário, houve elementos da mesma família de alguns doentes que responderam às questões, sendo que nestes casos, os familiares responderam em simultâneo de forma a não trocarem informações entre si.

Quanto aos itens, algumas participantes, sobretudo os doentes, consideraram-no extenso mas não maçador. O factor de stress *ser incomodado*, foi a única questão que alguns participantes de todos os grupos não entenderam o que significava, tendo-lhes sido explicada pela autora do estudo. Por outro lado, existem questões que não se aplicam a todos os doentes e, por essa razão, estes não as consideraram como stressante: *ouvir o telefone tocar; estar preso por tubos, não conseguir mexer as*

mãos ou os braços devido às vias intravenosas, não saber onde está, sentir falta do marido ou da esposa, ter dores, ter que usar oxigénio e ter tubos no nariz e/ou na boca.

REFERÊNCIAS

- Ballard, K. S., (1981). Identification of environmental stressors for patients in a Surgical Intensive Care Unit, *Issues in Mental Health Nursing*, 3, 89-108.
- Cornock, M. A., (1998). Stress and the intensive care patient: perceptions of the patients and nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 27, 518-527.
- Goodfellow, A., Varnam, R., Rees, D., & Shelly, M. P., (1997). Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses, *Anaesthesia*, 52 (11), 1037-1041.
- Hweidi, I., (2007). Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (2), 227-235.
- Novaes, M. A., Aronovich, A., Ferraz, M. B., & Knobel, E., (1997). Stressors in ICU: patients' evaluation, *Intensive Care Medicine*, 23, 1282-1285.
- Novaes, M. A., Knobel, E., Bork, A. M., Pavão, O. F., Nogueira-Martins, L. A., & Ferraz, M. B., (1999). Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team, *Intensive Care Medicine*, 25, 1421-1426.
- So, H. M., & Chan, D. S., (2004). Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong, *International, Journal of Nursing Studies*, 41 (1), 77-84.

CUIDANDO DO AMBIENTE – PROMOÇÃO DE SAÚDE EM PROJECTOS DE MENINOS E MENINAS DE RUA

CLÁUDIA N. MUNHOZ & IVONISE MOTTA

Este trabalho foi realizado em uma instituição que trabalha com meninos e meninas de rua na cidade de São Bernardo do Campo, que faz parte da Grande São Paulo, o Projeto Meninos e Meninas de Rua (PMMR). São atendidos meninos e meninas de rua do município. Suas atividades são direcionadas para a formação, educação, profissionalização e criação de alternativas de vida com os meninos e meninas.

O objetivo da instituição é reinserir a criança na vida social e na família. Há, segundo a instituição, um tripé que pode tirar e manter a criança fora da rua: família, escola e comunidade.

A situação brasileira apresenta o péssimo índice de 3 milhões de crianças de 10 a 14 anos (Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) trabalhando num período de suas vidas que deveria ser dedicado à educação.

Segundo Carriel (2011) o censo divulgado neste mesmo ano pelo governo federal mostra que o Brasil tem quase 24.000 crianças vivendo nas ruas. “Entre os adolescentes e crianças ouvidos, 63% disseram que vivem nessa situação por causa de brigas familiares e violência doméstica.”

Vemos, assim, que estas crianças partem para um ambiente ruim, perigoso e inadequado com as ruas, para fugir de um ambiente que deveria ser acolhedor mas que para elas é ainda pior: o interior de suas famílias.

Para fazer frente às causas da marginalização desta significativa parcela da população, o PMMR de SBC trabalha com todos os meninos e meninas de rua, que geralmente se dividem em dois grupos: os que trabalham na rua e possuem família, e os que moram na rua e quebraram ou estão quebrando o vínculo familiar.

As crianças e adolescentes que passam todo ou parte do seu tempo na rua estão na faixa etária dos 5 aos 18 anos. São vendedores de doces, engraxates, catadores de papelão e latas, carregadores de feira, guardadores de carro, pedidores de esmola ou até mesmo praticantes de pequenos furtos. Estes meninos e meninas trabalhadores buscam na rua os meios de sobrevivência para si e suas famílias.

Quando estão na rua, estes meninos e meninas tornam-se vulneráveis à exploração por terceiros e a uma grande variedade de perigos físicos e morais. Além disso, não têm nenhum acesso aos serviços básicos relativos à educação, saúde, alimentação, lazer, moradia etc. Sem tal acesso, suas chances de se desenvolverem e conquistarem um futuro melhor são muito baixas.

Estas crianças são abordadas pelos educadores, que tentam persuadi-las a frequentar o espaço de convivência do projeto, onde são realizadas oficinas de artes, eles recebem alimentação e podem tomar banho, desde que participem das atividades, o que é uma condição para a entrada e permanência do educando no espaço. Paralelamente, é feito um trabalho com as famílias para que estas aceitem a criança de volta, ou para prevenir que elas fujam definitivamente para a rua.

Propusemos então trabalhar também paralelamente com as crianças e adolescentes e as respectivas famílias em que já se havia detectado um forte risco da quebra de vínculo entre crianças e família. Este risco mostra-se grande quando, por exemplo, a criança passa a ficar mais tempo na rua que em casa, para de ir à escola, não dá mais satisfações aos pais. A ideia foi de tentar fortalecer o vínculo da criança com a família e modificar o ambiente atual, para que a rua deixasse de ser um ambiente mais atraente, e assim prevenir a ida destes meninos para a rua.

Assim, buscamos a prevenção secundária, cujo objetivo é evitar que distúrbios se instalem numa população a partir da detecção de pessoas em situação de risco. Monteiro Filho (1999) fala da prevenção no trabalho com crianças e adolescentes que sofrem maus tratos, público semelhante ao nosso, já que grande parte das crianças que vão para a rua coloca os maus tratos recebidos em casa como principal motivo:

A prevenção primária tem como objetivo a eliminação dos fatores sociais, culturais e ambientais que favorecem os maus tratos. (...)

A prevenção secundária tem como objetivo a detecção precoce de crianças e adolescentes em situação de risco, impedindo atos de violência e/ou sua repetição. Atua em situações já existentes (...).

A prevenção terciária tem como objetivo o acompanhamento integral da vítima e do agressor. (Monteiro Filho, 1999, p.131 e 132)

Podemos perceber, na instituição, a realização dos três tipos de prevenção: a primária, no trabalho realizado junto ao Governo pelos direitos das crianças e adolescentes e melhores políticas públicas para protegê-los; a secundária, no trabalho com as famílias e crianças em que se percebe a iminência da quebra total do vínculo; e terciária, quando tentam reinserir na sociedade crianças e adolescentes que já vivem na rua e na marginalidade.

A prevenção primária é a mais difícil de adotar nesse campo, pois nos defrontamos com questões sociais que, embora possamos e devamos compreender, não podemos alterar. Podemos, no entanto,

procurar fortalecer o indivíduo e a comunidade para enfrentá-las e não adoecer, ou curar-se, frente a elas. Isso é o que buscamos com nosso trabalho.

Um programa de prevenção primária concentrar-se-ia na identificação das influências perniciosas correntes, as forças ambientais que apóiam os indivíduos na resistência àquelas, e as forças ambientais que influenciam a resistência da população a futuras experiências patogênicas. Pela modificação dos três conjuntos de fatores, espera-se que o equilíbrio de forças, agora e no futuro, seja de tal maneira modificado que a incidência de distúrbios mentais se reduza, que as pressões perniciosas diminuam de intensidade e que a capacidade para enfrentar dificuldades futuras aumente. (Caplan, 1980)

Segundo Monteiro (1999), a criança ou adolescente geralmente vai para a rua para fugir da violência física ou sexual sofrida em casa, da carência material ou afetiva. Por isso ele considera fundamental o trabalho junto à família, “fator estruturante básico do desenvolvimento da criança” (p.199), como forma de prevenir a ida da criança para a rua.

D. W. Winnicott, psicanalista inglês, deu grande importância ao ambiente no desenvolvimento da criança e na vida de qualquer indivíduo. No início a criança é totalmente dependente do ambiente, dependência que vai se tornando relativa com o tempo, rumo à autonomia do indivíduo. A família é basicamente este primeiro ambiente, no início primordialmente a mãe (ou quem exerce este papel) e com o tempo a família como um todo.

Winnicott acredita que o amadurecimento do indivíduo, a capacidade de viver criativamente, sentindo-se autor da própria história, advém dessa relação com o ambiente. Ele acredita, portanto, que o desenvolvimento da criança envolve heranças genéticas em conjunto com a relação com o ambiente. “(...) quanto ao desenvolvimento emocional, é claro que certas condições externas são necessárias para que os potenciais de maturação se concretizem.” (Winnicott, 1963/2005, p.112)

Estas crianças e adolescentes que escolhem viver na rua no geral relatam que o ambiente em casa tornou-se insuportável.

Winnicott baseia-se nos estudos de Melanie Klein sobre a posição depressiva, estágio da vida da criança em que a criança torna-se capaz de elaborar o impulso destrutivo (que faz parte de todo ser humano) interior e convertê-lo “no desejo de reparar, de construir, de assumir a responsabilidade”. (Winnicott, Sheperd, & Davis, 2005, p. 89)

Para atingir esta capacidade que Winnicott chama de *concern*, é importante também que a criança seja capaz de ser agressiva, utilizar sua agressividade, e que a mãe seja capaz de sobreviver a estas agressões e permitir à criança reparar o dano cometido.

Com referência à questão dos sentimentos de culpa e da reparação, eu disse o quanto vocês, professores, podem proporcionar ao serem uma pessoa ou uma estrutura em que a criança pode

encontrar, ao longo do tempo, o amor e a agressão, a culpa e a oportunidade de dar. (Winnicott, 1997, p. 52)

Assim, Winnicott (2005) coloca que o amor e o ódio são “os dois principais elementos dos quais se constroem as relações humanas” (p.93). Mas ambos envolvem agressividade. Para ser capaz de colocar para fora sua agressividade, a criança deve sentir na mãe a segurança de que, ao fazê-lo, não será destruído, nem abandonado, e deve existir sempre a possibilidade de reparação.

Na instituição aqui estudada, os educadores fazem muitas vezes este papel de estrutura presente e capaz de sobreviver aos ataques da criança, sem deixar de aceitá-la.

O início do trabalho na instituição baseou-se na observação. Conversamos com os educadores, crianças e adolescentes que frequentam o espaço de convivência, e alguns pais.

Muitos pais revelaram grande apego aos educadores do projeto. Segundo eles, grande parte daquilo que possuem se deve ao interesse e dedicação destes.

Na tentativa de melhorar a situação das crianças em casa para prevenir que estas fujam para a rua, os educadores orientam os pais sobre locais que distribuem alimentos para famílias com necessidades financeiras, atendimento médico, retirada de documentos etc. Com isso, os educadores dão suporte – o que Winnicott chamaria de holding – não só às crianças e adolescentes, mas também aos pais.

Planejamos então um trabalho em que nos reuniríamos em dois grupos diferentes: um formado pelas crianças e adolescentes e outro pelos respectivos pais.

Resolvemos trazer para os encontros pedaços de argila para serem modelados pelos indivíduos dos grupos, enquanto conversávamos.

A ideia era trazer uma tarefa, que servisse de intermédio para as questões emergentes nos grupos. O trabalho com argila era livre, e a conversa também, cada pessoa poderia modelar o que quisesse, e falar ou não sobre que pensamentos e sentimentos que isso lhe trouxesse.

Os grupos eram ainda abertos, ou seja, não havia obrigatoriedade do mesmo grupo iniciar e terminar o trabalho junto. Essa decisão foi tomada para se adequar às circunstâncias, em que as crianças e adolescentes vêm em um momento, depois não aparecem por um tempo, então aparecem de novo, demonstrando a mesma inconstância que provavelmente rege suas vidas.

No grupo de crianças e adolescentes, tínhamos muitas vezes então pessoas diferentes em uma sessão e outras. Alguns, porém, voltavam na semana seguinte para pintar o modelo que tinham feito na sessão anterior, e então poder levá-lo para casa, já seco.

Era perceptível no grupo o domínio da palavra pelas meninas adolescentes, entre 12 e 16 anos, que mostravam-se bastante sexualizadas nas roupas e nas conversas. Havia um estagiário de Psicologia participando do grupo, como chegávamos os dois, muitas pessoas nos viam como um casal. Algumas

dessas garotas flertavam com ele de forma bastante direta, aparentemente me desafiando. Em alguns momentos eram tão diretas que deixavam-no constrangido. Uma delas, chamada Grace (Nome fictício por razões éticas), disse certa vez:

Nossa, esse olho azul. Ia adorá fazer uns filhinho de olho azul assim...

Nas conversas e relatos que faziam para nós, estas meninas falavam de um comportamento de risco que envolvia sair de sua casa à noite e ir para bares em favelas famosas pela violência, usar drogas, consumir muito álcool, “ficar” com garotos desconhecidos e voltar para casa apenas no dia seguinte.

Ao buscarmos saber qual era a reação de seus pais a este comportamento, no geral a resposta era:

Eles também sai pra rua, nem percebe a hora que a gente volta...

No grupo de pais tínhamos a mesma inconstância. Apareceram, porém, mais questões ligadas às dificuldades de criar filhos, de manter a casa e a economia doméstica. Muitos têm problemas com alcoolismo, sejam eles próprios ou o cônjuge, e muitos dos filhos começam também a apresentar sinais de uso de drogas e álcool, o que também deixa os pais sem saberem como agir.

Vários pais modelaram casas com a argila, enquanto falavam das dificuldades citadas. Outra coisa em comum era que tínhamos no grupo homens e mulheres que formavam famílias monoparentais, tentando fazer o papel de ambos os pais, trabalhar para conseguir sustentar os filhos, também em sua maioria numerosos, sem qualificação para conseguir empregos com estabilidade ou melhores salários. Em linguagem popular, estes pais viviam de “bicos”, empregos instáveis em que a pessoa é contratada apenas para fazer uma tarefa ou outra, e depois dispensada novamente.

Um casal que veio junto a alguns encontros demonstrava ao vivo para nós o que parecia ser a rotina em sua casa. A mulher, Geralda (Nome fictício por razões éticas), chegou alcoolizada a todos os encontros, e mais de uma vez tentou agredir o marido, que parecia completamente submisso. Víamos uma família em que, quem “falava alto”, quem determinava as regras da família, era uma pessoa com sério problema de alcoolismo. Ela já havia perdido uma filha, que foi enviada para um abrigo devido a esse problema da mãe. Geralda não conseguia lembrar o que havia acontecido com essa filha, muitas vezes parecia nem saber de quem estávamos falando. Ao falarmos do alcoolismo, ela disse:

Todo mundo bebe. Eu é que não vô pará de bebê.

Podemos ver aqui a questão do assumir responsabilidades, apontada como uma das conquistas do *concern*, a capacidade de se preocupar com o outro. Isso não está presente nos próprios pais. Podemos pensar que eles cresceram na mesma realidade em que estão criando seus filhos, com um ambiente familiar e social muito parecido. Mas como, diante disso, estas crianças podem alcançar esta capacidade de preocupar-se?

Percebe-se que o ambiente em que estas crianças crescem é bastante inadequado. Winnicott estudou e escreveu sobre crianças que cresceram na Inglaterra na durante a 2ª Guerra Mundial, que sofreram com as questões que a guerra traz, como a separação dos pais, a violência, as privações no geral.

Acredito que a situação dessas crianças, crescendo nas favelas e ruas brasileiras, pode ser comparada à guerra, em relação à violência constante, à privação de cuidados familiares, de condições sociais mínimas, de segurança, à inversão de valores em que questões como a propriedade e a ética tornam-se muito relativas.

Winnicott fala da tendência antissocial e da delinquência, muito frequentes nas crianças de rua. Para ele, ambas estão ligadas à privação ambiental. “Na base da tendência social, há uma boa experiência inicial que se perdeu.” (Winnicott, 2005, p.145)

Ele fala de crianças que não alcançam a capacidade de sentir culpa, crianças cuja experiência inicial não possibilitou “que o processo inato no sentido da integração se efetuasse, de modo que não existe unidade e nem senso de responsabilidade total por coisa alguma”. (Winnicott, 2005, p.123)

Para eles, os atos antissociais, como o furto, revelam uma esperança que a criança tem na sociedade poder ajudá-la a voltar ao momento em que as coisas deram errado, em que o ambiente falhou com ela.

Falta ainda, para estas crianças, uma referência, um exemplo com que se identificar e uma fonte firme de autoridade que lhes dê segurança. Ao perder esta referência em casa, a criança a busca fora. O que percebemos com as crianças de rua é a busca de referência nos amigos, algo já comum na adolescência, e as outras crianças e adolescentes encontrados na rua tornam-se sua família. “A criança cujo lar não lhe ofereceu um sentimento de segurança busca fora de casa as quatro paredes.” (Winnicott, 2005, p.130)

A criança busca referências na rua quando não a encontrou em nenhum outro lugar. Por isso é tão difícil trazê-la de volta, ela não acredita mais que pode encontrar o que precisa na família.

A criança antissocial está simplesmente olhando um pouco mais longe, recorrendo à sociedade em vez de recorrer à família ou à escola para lhe fornecer a estabilidade de que necessita a fim de transpor os primeiros e essenciais estágios de seu crescimento emocional. (Winnicott, 2005, p.130)

Nós psicólogos fazemos parte desta sociedade à qual a criança recorre. É nossa função então compreender este processo e tentar fornecer à criança a estabilidade de que ela necessita.

Isso envolve políticas públicas, o fornecimento de locais para onde estas crianças possam ir quando sua casa não tem mesmo condições de permitir seu desenvolvimento saudável (como os abrigos e outros projetos como o PMMR) e trabalhos como o que iniciou-se nesta instituição, no sentido de

trazer a família e tentar ajudá-la para que ela possa tornar-se um ambiente mais adequado para suas crianças e adolescentes.

Esperamos que este trabalho possa ter continuidade como planejamos desde o início, através de outros voluntários e estagiários que possam contribuir e continuar olhando para estas famílias e crianças.

REFERÊNCIAS

- Caplan, G. (1980) *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Carriel, P. (2011) *23 mil crianças ainda vivem nas ruas do Brasil*. Publicado em 22/03/2011 e acessado em 11/11/2011 em <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1108319>
- Monteiro Filho, L. *Reconstruções: perder, sofrer, criar*. Petrópolis: Ipê Amarelo, 1999.
- Winnicott, C., Sheperd, R. e Davis, M. (2005) Introdução dos organizadores. (original em 1983) In: Winnicott, D.W. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (2005) *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1997) Necessidades ambientais; os estágios iniciais; dependência total e independência essencial. In: *Pensando sobre crianças*. Original de 1948. Porto Alegre: Artmed.

O STRESSE NOS ENFERMEIROS CUIDADORES DE DOENTES CRÓNICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DOS ESTUDOS PUBLICADOS EM PAÍSES LUSÓFONOS

NUNO MURCHO 1, SAUL DE JESUS 2 & EUSÉBIO PACHECO 3

Nas organizações da Saúde, o stressse pode ser entendido como uma das principais fontes de mal-estar profissional, levando ao surgimento de doenças, absentismo laboral, turnover, burnout, e concomitantemente, a uma degradação do clima organizacional com repercussões negativas a nível da produtividade e da qualidade dos serviços prestados, considerando-se o trabalho dos enfermeiros, no grupo dos profissionais de saúde, como o que é mais stressor para os seus profissionais (Murcho, Pacheco & Jesus, 2009).

No caso dos profissionais de saúde que cuidam de doentes crónicos ou terminais, como os enfermeiros, está descrito na literatura que em virtude de estarem sujeitos a todo um processo em que são obrigados a conter emoções intensas, ao mesmo tempo que alimentam relações próximas que tiveram por base os cuidados prestados àquelas pessoas (Magalhães, 2009), frequentemente podem desenvolver stressse traumático secundário (ou fadiga por compaixão), sem que sejam devidamente apoiados (Sabo, 2006).

Considerando que o stressse desenvolvido pelos enfermeiros na sua prática clínica com este tipo de doentes pode condicionar a qualidade dos cuidados que estes profissionais lhes prestam, importa reflectir sobre esta problemática no sentido de melhor se poder intervir na sua prevenção ou minimização dos seus efeitos. Neste sentido, com este estudo procuramos conhecer qual o estado da arte relativo à problemática do stressse dos enfermeiros que trabalham com doentes crónicos nos países lusófonos, tendo em conta que é primeiramente aí que nos integramos numa perspectiva de investigação científica produzida.

O objectivo do estudo é efectuar uma revisão da literatura científica publicada por autores de países lusófonos nos últimos 10 anos (de 2001 a 2011) relativa à problemática do stressse em enfermeiros que trabalham com doentes crónicos.

1-Delegação Regional do Algarve/Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP; 2-Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciência Humanas e Sociais/Universidade do Algarve; 3- Escola Superior de Saúde/Universidade do Algarve.

MÉTODO

É um estudo de revisão sistemática sem metanálise (Ramalho, 2005) a partir de estudos de campo publicados em língua portuguesa ou noutra língua desde que elaborados por autores oriundos de países lusófonos, nos formatos de resumos, artigos, teses e dissertações, disponíveis em bases de dados electrónicas, no período compreendido entre 2001 a 2011, relativos à problemática de saúde mental dos enfermeiros que trabalham com doentes crónicos.

São critérios de inclusão os seguintes: Serem estudos de campo; estarem publicados em língua portuguesa, nos formatos de resumos, artigos, teses e dissertações; ou publicados noutras línguas mas efectuados por autores oriundos de países lusófonos, desde que a população envolvida sejam enfermeiros destes países; terem sido realizados no período compreendido entre 2001 e 2011; o seu tema estar relacionado com a problemática do stress em enfermeiros que trabalham preferencialmente com doentes crónicos; e poderem incluir outros profissionais desde que os resultados relativos aos enfermeiros possam ser isolados.

Procedimentos

Para a selecção dos estudos, recorremos às bases de dados a que tivemos acesso, e que foram o Google Académico, o Scielo e a Universia. As palavras-chave incluíram as seguintes combinações: *enfermeiros, doentes crónicos, stresse, burnout; enfermeiros, stresse; enfermeiros, burnout; enfermeiros, doentes crónicos.*

A selecção de estudos decorreu entre 4 e 29 de Agosto. Obtivemos 470 resultados nos motores de busca, de acordo com as palavras-chave utilizadas, dos quais seleccionamos seis estudos ($n = 6$) que são os que cumprem os critérios de inclusão (vide quadro 1).

Para análise destes estudos recorremos a dois métodos que são a análise descritiva e a análise de conteúdo. Em alguns casos foi necessário aplicar alguns procedimentos estatísticos aos próprios estudos, quando os dados apresentados pelos mesmos possibilitam a aplicação destes procedimentos, de modo a harmonizar os resultados para efeitos comparativos.

Os instrumentos utilizados são os seguintes: Escala de Scope-Stresse (STRESSA) (Faria & Maia, 2007; Meirelles, 2002); Inventário de Sintomas de Stresse de Lipp (Costa, 2009; Costa, Lima & Almeida, 2003; Pafaro & De Martino, 2004); Formulário para o Levantamento das Actividades Diárias em Unidade Tocoginecológica (Andolhe, 2009).

Conforme podemos verificar no quadro 1, as amostras destes estudos variam entre 12 e 70 participantes ($M = 37,7$, $SD = 19,5$). A maioria é de tipo descritivo, transversal e quantitativo ($f = 4$), com o formato de publicação de dissertação de mestrado ($f = 4$), oriundos do Brasil ($f = 5$), a categoria/grau dos profissionais de enfermagem estudados de enfermeiros ($f = 6$, sendo que três destas

pesquisas também incluem técnicos e auxiliares de enfermagem), e é de género feminino (variando entre 75% e 100%), a trabalhar em serviços oncológicos ($f = 5$), variando a idade dos participantes entre os 23 e os 51 anos.

Quadro 1. *Descrição dos Estudos relativos à Problemática do Stresse em Enfermeiros que Trabalham com Doentes Crónicos*

Referência bibliográfica	(a) Tipo de estudo; (b) Formato de publicação; (c) País de origem	<i>n</i>	Caracterização sociodemográfica da população
Meirelles (2002)	(a) Descritivo, transversal, quantitativo e qualitativo; (b) Dissertação de mestrado; (c) Brasil.		Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que trabalham num Centro cirúrgico Oncológico do Rio Grande do Sul. Idade: 47,1% - 30-40 anos; género: 87,1% Feminino.
Costa, Lima e Almeida (2003)	(a) Descritivo, transversal, quantitativo; (b) Dissertação de Mestrado; (c) Brasil.	70	Enfermeiros de hospitais psiquiátricos. Idade: 47,6% 38-45 anos; género: 92,9% Feminino.
Pafaro e De Martino (2004)	(a) Descritivo, transversal, quantitativo; (b) Artigo; (c) Brasil.	42	Enfermeiros com dupla jornada de trabalho do Hospital de Oncologia Pediátrica de Campinas. Idade: 23-51 anos; género: 84,9% Feminino.
Faria e Maia (2007)	(a) Descritivo, transversal, quantitativo; (b) Artigo; (c) Brasil.	33	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que trabalham num hospital oncológico do Rio Grande do Norte. Idade: 40% - 30-34 anos; género: 87,1% Feminino.
Andolhe (2009)	(a) Descritivo, transversal, quantitativo; (b) Dissertação de Mestrado; (c) Brasil.	43	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que trabalham numa Unidade Tocoginecológica do Rio Grande do Sul. Idade: 34,6% - 41-50 anos; género: 100% Feminino.
Costa (2009)	(a) Descritivo, transversal, qualitativo; (b) Dissertação de Mestrado; (c) Portugal.	26	Enfermeiros do Hospital Oncológico de Lisboa. Idade: 75% 20-30 anos; género: 75% Feminino.
		12	

RESULTADOS

No que respeita aos estudos que referem a percentagem e nível de stresse dos enfermeiros participantes nestas pesquisas ($f = 3$), conforme a seguinte quadro 2, não considerando o nível baixo de stresse para determinarmos a percentagem de profissionais que apresentam stresse, podemos dizer que estes valores variam entre 66,7% no estudo de Pafaro e De Martino (2004) a 98,6% no estudo de Meirelles (2002).

Relativamente aos níveis de stresse, podemos dizer se situam em níveis médios ou médio-altos, variando entre 22,9% de participantes que se situam num nível médio de stresse percebido na actividade (Meirelles, 2002) e 33,3% para o nível de stresse apresentado (Pafaro e De Martino, 2004), e entre 23,1% que apresentam elevados scores padronizados de stresse (Andolhe, 2009) e 75,7% que apresentam stresse percebido na actividade (Meirelles, 2002) (vide quadro 2).

Quadro 2. *Percentagem e Níveis de Stresse Apresentados pelos Enfermeiros que Trabalham com Doentes Crónicos*

Referência bibliográfica		Problema identificado	Nível	%
	<i>n</i>			
Pafaro e De Martino (2004)		Stresse apresentado	N.A.	66,7
		Nível de stresse	Baixo	27,3
			Médio	33,3
			Alto	39,4
Meirelles (2002)	33	Stresse percebido na actividade	Nada elevado	1,4
			Pouco elevado	22,9
			Muito elevado	67,1
			Muitíssimo elevado	8,6
Andolhe (2009)	70	Score padronizado de stresse	Baixo	46,2
			Médio	30,8
			Alerta	15,4
			Altíssimo	7,7
	26			

Nota. NA. – Não se aplica

No que concerne aos factores de stresse, conforme podemos observar na quadro 3, encontramos cinco referências ($f = 5$) correspondendo aos seguintes autores: Andolhe, 2009; Costa, 2009; Faria e Maia, 2007; Meirelles, 2002; Pafaro e De Martino, 2004.

Da análise de conteúdo efectuada determinamos sete categorias, sendo aquela em que se regista um maior número de unidades de registo é o *relacionamento pessoal* ($f = 7$), seguida da *sobrecarga de trabalho* ($f = 6$). De referir que a categoria com menor número de unidades de registo é das *exigências físicas e psicológicas do trabalho* ($f = 2$) (vide quadro 3).

Quadro 3. *Factores de Stresse Apresentados pelos Enfermeiros que Trabalham com Doentes Crónicos*

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
Relacionamento interpessoal (f = 7)	Relações pessoais conflituosas	1
	Falta de reciprocidade nas relações, especialmente com os médicos	1
	Relação com a equipa de enfermagem	1
	Relação com o doente/familiares	1
	Relação com o médico	1
	Conflitos na equipa multidisciplinar	1
	Conflitos organizacionais/institucionais	1
Sobrecarga de trabalho (f = 6)	Sobrecarga de trabalho	1
	Carga horária excessiva	1
	Recursos humanos insuficientes	1
	Administração deficiente do horário do pessoal	1
	Excesso de trabalho	1
	Excessivo número de doentes por enfermeiro	1
	Problemas de coordenação nos serviços	1
Aspectos relacionados com a gestão dos serviços (f = 5)	Falta de comunicação externa e interna que tornam os objectivos pouco claros no trabalho	1
	Ausência de estratégias de problemas específicos	1
	O processo de trabalho	1
	Falta de reuniões e de oportunidade de expressão	1
	Falta de valorização ou protecção	1
Sentimentos de desvalorização profissional (f = 4)	Desvalorização profissional (incluindo o salário pouco atraiante)	1
	Falta de “feedback” ou retorno positivo de resultados no trabalho	1
	Falta de suporte social	1
	Demandas subjectivas de cuidados	1
Aspectos relacionados com a situação dos doentes (f = 4)	Patologia (câncer) e sofrimento	1
	Morte	1
	Emergência	1
	Condições de trabalho para o desempenho das actividades	1
Condições de trabalho (f = 4)	Más condições físicas de trabalho	1
	Falta de médicos	1
	Falta de privacidade	1
	Altas exigências físicas e psicológicas no trabalho	1
Exigências físicas e psicológicas do trabalho (f = 2)	Desgaste físico e emocional	1
Total (f = 32)		

DISCUSSÃO

Da análise da literatura incluída neste estudo de revisão, verificamos que existem poucos estudos oriundos de autores de países lusófonos relativos à problemática do stress em enfermeiros que trabalham com doentes crónicos, designadamente nas bases de dados consultadas, e que dos estudos incluídos neste trabalho ($n = 6$) a sua grande maioria é oriunda do Brasil ($f = 5$). Por outro lado, observamos também que o perfil sociodemográfico dos participantes dos mesmos é aquele que é característico da Enfermagem, ou seja, maioritariamente constituído por mulheres, com idades que se situam entre os 20 e os 60 anos.

Relativamente aos resultados obtidos, podemos dizer que existem percentagens relativamente elevadas de enfermeiros nos quais se detectou a presença de stress, variando entre 66,7% (Pafaro e De Martino, 2004) e 98,6% (Meirelles, 2002). No que respeita aos níveis de stress podemos dizer que eles são de nível médio ou médio-alto, variando a percentagem de participantes que apresentam valores médios, entre 22,9% (Meirelles, 2002) e 33,3% (Pafaro e De Martino, 2004), e dos participantes que apresentam valores médio-alto entre 23,1% (Andolhe, 2009) e 75,7% (Meirelles, 2002). De referir ainda que dos factores de stress que afectam os enfermeiros aqueles que são mais relevantes na revisão da literatura consultada são o *relacionamento interpessoal* ($f = 7$). Podemos então dizer que estes resultados concordam com outra literatura consultada a este respeito (Sabo, 2006; Magalhães, 2009; Murcho, Pacheco & Jesus, 2009).

Concluimos então que existe uma percentagem relativamente elevada de enfermeiros que trabalham com doentes crónicos, que apresentam stress, com níveis que são médios ou médio-elevados, o que indica a necessidade de existir um maior apoio psicoemocional para estes profissionais, com especial relevo para os aspectos relativos ao relacionamento interpessoal nestas equipas de trabalho, considerando ser este o stressor mais mencionado. De referir também a heterogeneidade da apresentação estatística dos resultados, que dificulta a aplicação de técnicas de metanálise, as quais possibilitariam uma análise mais robusta dos resultados, bem como a necessidade de uma maior divulgação dos estudos realizados relativamente a esta problemática, pelos autores de países lusófonos, designadamente ao nível das bases de dados de acesso livre, uma vez que estas bases possibilitam uma divulgação mais abrangente desta informação científica.

REFERÊNCIAS

Andolhe, R. (2009). Stress e coping da equipe de enfermagem no cuidado à mulher com câncer de mama. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria (Rio Grande do Sul). Acedido em 7 de Agosto de 2011 em: <http://www.ufsm.br>.

- Costa, J. R. A., Lima, J. V., & Almeida, P. C. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(3), 63-71.
- Costa, R. J. D. S. (2009). “Trabalhar com o sofrimento”: vivências de enfermagem numa unidade oncológica de Lisboa. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia. Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa. Acedido em 10 de Agosto de 2011 em: <http://mrts.da.iscte.pt>.
- Faria, D. A. P., & Maia, E. M. C. (2007). Ansiedades e sentimentos de profissionais de enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1131-1137.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Meirelles, N. F. (2002). O estresse ocupacional e o centro cirúrgico oncológico no contexto da enfermagem. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (Rio de Janeiro). Acedido em 9 de Agosto de 2011 em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca>.
- Murcho, N., Pacheco, E., & Jesus, S. N. (2009). Avaliação da aplicação de um programa de promoção de bem-estar no trabalho para enfermeiros. In S. N. de Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (CD – ROM, pp. 389 – 397). Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.
- Pafaro, R. C., & De Martino, M. M. F. (2004). Estudo do stress do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátricas de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 152-160.
- Ramalho, A. (2005). Manual para a redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise. Coimbra: Formasau.
- Sabo, M. (2006). Compassion fatigue and nursing work – can accurately captures de consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136-142.

EL APRENDIZAJE-SERVICIO COMO ESTRATEGIA GLOBAL DE MEJORA DE LA FORMACIÓN INTREGAL DEL ALUMNADO EN LA MEJORA DE LA CONVIVENCIA

PEDRO URUÑUELA NÁJERA & JOSÉ MARÍA AVILÉS MARTÍNEZ

Los planteamientos que defiende una postura como la del Aps justifica su aplicación en los contextos escolares a partir de los objetivos que busca con su implantación. Por una parte, ahonda de forma intencional en el trabajo de adquisición de mejoras de calidad en el curriculum del alumnado. Por otra, explora los problemas sociales con que el alumnado se codea cotidianamente en su entorno de barrio, sociedad o cultura. Buscan soluciones desde ellos mismos, con sus manos y fuerzas sintiéndose útiles y capaces, insertos en una sociedad de la que son llamados a ser ciudadanos de deberes y derechos en plenitud y responsabilidad. Además de todo esto hay un componente educativo claro de formación en valores por los que está clamando en estos momentos la sociedad global con el movimiento de los indignados del 15M que recientemente se constituyó en nuestro país y que se ha ido exportando a todos los lugares del mundo (veanse los movimientos en París, Londres, Roma, EEUU –ocupa Wall Street-, ...). Estos valores los representan aspectos como la forma de participación, la responsabilidad social, la iniciativa personal, la reciprocidad o el respeto a la dignidad.

Aunque el Aps no es algo nuevo, hoy tiene mucha vigencia en el contexto social y educativo. En realidad, integra los viejos planteamientos de aprender a partir de la experiencia y que nuestras acciones sirvan para cambiar la realidad de nuestro entorno más o menos cercano. Puig Rovira representa en la Figura 3 las diferentes combinaciones entre esos diversos planteamientos sociales y educativos conjuntos.

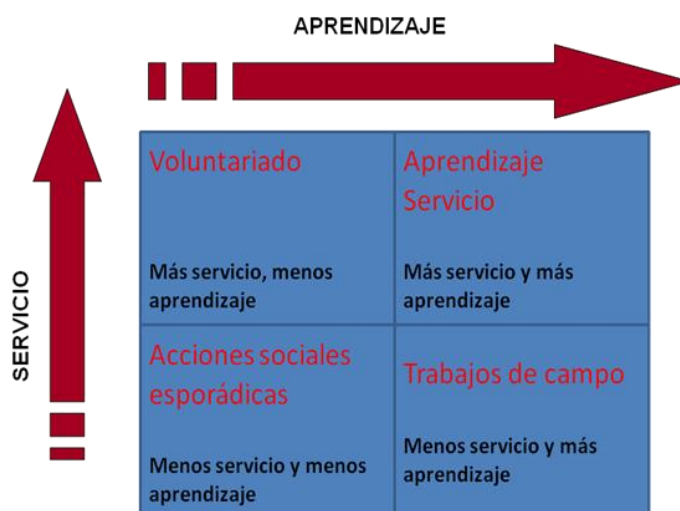


Figura 3: Encarnación de las combinaciones entre Aprendizaje y Servicio

Sin embargo, es Tapia (2006) quien caracteriza a los proyectos que se llevan a la práctica bajo esta inspiración del Aps. Ella indica que son los estudiantes los que proporcionan un servicio a la sociedad que resuelva o de respuesta a problemas concretos. Por otra parte, existe una relación entre los contenidos de trabajo de la escuela que les proporciona al alumnado la consecución de objetivos curriculares en los que se integran otros que son de servicio. Para poder lograr esto se necesita reflexionar en la relación que tanto contenidos curriculares como de servicio tienen. Además estas acciones deben llevarse a cabo desde una perspectiva de protagonismo del alumnado en la que el profesorado actúa como mediador.

Qué supone

Referido a la convivencia, aprender a convivir supone enseñar a crear vínculos con otras personas, a tratar humanamente a los demás. Esto supone desarrollar actitudes y valores como apertura al otro, la empatía, las habilidades para colaborar con la otra persona, la asertividad, y otras muchas capacidades. El trabajo de la convivencia desde este punto de vista de educación en valores exige el empleo de tres estrategias, de tres instrumentos imprescindibles: los basados en el cariño y afecto, los basados en la comunicación y el diálogo y, por último, los basados en la cooperación.

En primer lugar, resulta imposible la educación en valores y en la convivencia positiva si no se parte de un lazo de afecto, si no se ha construido un vínculo de relación con cada uno de los alumnos y con el grupo en su totalidad. El diálogo es, en segundo lugar, una herramienta fundamental para el trabajo de la convivencia, aplicable a muchas situaciones. Por último, la educación en valores trabaja y se apoya en la colaboración, en la relación cooperativa. Se trata de hacer cosas junto con los demás y a favor de los demás, de trabajar con otras personas en proyectos que buscan un fin.

La puesta en práctica de un proyecto de ApS no se limita a una actuación puntual o esporádica. Exige un desarrollo a través del tiempo, insertado en la actividad habitual de cualquier estudiante.

Supone diseñar actividades que incorporan valores, que llevan a los alumnos a poder degustar estos valores, a vivirlos en la práctica y a hacer posible su incorporación a la vida diaria de los alumnos. De ahí que estos proyectos sean una herramienta potente para el trabajo y desarrollo de la convivencia. Exigen vivir, practicar, llevar a cabo a través del proyecto actuaciones llenas de valores; y esta es la mejor manera de apropiarse de los valores que hacen posible la convivencia, de los valores del respeto, de la tolerancia, de la colaboración, de la solidaridad, de la cooperación y del diálogo como forma de resolver las diferencias.

La aplicación escolar del modelo y su uso para combatir la violencia

Galtung (1998) habla de que existe violencia en todas aquellas situaciones en las que una persona no puede desarrollar al máximo sus potencialidades. El esfuerzo por ir disminuyendo estos condicionantes es fundamental y es lo que se propone desde el ApS. Se trata de poner en marcha pequeñas acciones, actuaciones concretas como ejemplificación de lo que son la convivencia y la ciudadanía, un compromiso efectivo por la mejora de las situaciones que no nos gustan.

Pero, ¿cómo se puede llevar a la práctica un proyecto de ApS? ¿Qué pasos habría que dar, cuál sería la metodología adecuada? En muchas ocasiones, a la hora de plantear la realización de un determinado proyecto de ApS, se constata que el centro tiene ya acumulada una cierta experiencia muy próxima a los planteamientos del ApS; que sólo es necesario introducir pequeñas modificaciones para convertir una acción concreta en un proyecto de ApS válido y operativo. Puede que sea necesario redimensionar y dar mayor proyección social a los objetivos o contenidos pedagógicos o identificar y reforzar las oportunidades de aprendizaje y las conexiones curriculares que ofrece el proyecto. Pero siempre es importante tener en cuenta la experiencia previa del centro, partir de cosas que ya se están haciendo, con intención de mejorarlas. Esta consideración cobra especial importancia en cuanto a los proyectos de ApS encaminados al refuerzo y trabajo de la convivencia.

Varios aspectos deben tenerse en cuenta a la hora de programar y planificar el proyecto (Puig, Martín y Batlle, 2008):

1. Preparación que debe llevar a cabo el educador: análisis del grupo y de cada participante (intereses y motivaciones de partida, experiencia previa en proyectos, valores y actitudes), detección de necesidades sociales y de oportunidades de trabajo en red, planificación global del proyecto y vinculación curricular, tanto desde el punto de vista académico como desde el de las competencias y la educación no formal.
2. Planificación con el grupo: motivación (partiendo de los intereses reales, aprovechando experiencias y momentos sensibles, utilizando sus códigos y lenguajes), diagnóstico del entorno y definición del proyecto, reflexión sobre los aprendizajes de la planificación (identificando lo que han aprendido, su posible transferencia ...) y organización general del trabajo.

3. Ejecución con el grupo: ejecución del servicio (trabajo técnico y teórico en el aula, trabajo sobre el terreno, seguimiento individualizado ...), relación con el entorno (familias, organizaciones sociales, administraciones públicas), reflexión sobre los aprendizajes de la ejecución y registro, comunicación y difusión de lo que se va haciendo y de los resultados.

4. Evaluación con el grupo: balance de los resultados obtenidos (valoración equilibrada del proceso y del resultado, medir el impacto recogiendo datos, registros, etc.), reflexión y balance final de los aprendizajes (qué conceptos nuevos hemos adquirido, qué habilidades y valores, qué actitudes, qué retos se han superado), celebración de la experiencia (gratificando la experiencia, comunicando los resultados a las familias, etc.) y proyectando/viendo las perspectivas de futuro.

5. Evaluación que debe hacer el propio educador: evaluación del grupo y de cada alumno/a participante (evolución de sus intereses, experiencia adquirida, evolución dinámica del grupo, etc.), evaluación del trabajo en red con las entidades sociales, autoevaluación del educador y evaluación de la experiencia como proyecto de ApS (revisión de lo planificado, lo bueno-lo mejorable-lo rectificable, sostenibilidad del proyecto).

Ejemplos de aplicación

Son muchos los posibles servicios que pueden plantearse desde el centro educativo, en los que, a la vez, pueden los alumnos/as mejorar y desarrollar nuevos aprendizajes. Sin pretender ser exhaustivos, se indican algunos de ellos:

- Acompañamiento en la formación: acompañamiento tutorial a otros alumnos, ayuda en tareas escolares, integración lingüística, dinamización de actividades lúdicas...
- Fomento de la convivencia: alumnado ayudante, programas de acogida, aulas de convivencia, sistemas de resolución pacífica de conflictos...
- Ayuda próxima a quienes la necesitan: personas con discapacidades, personas enfermas, con dificultades socioeconómicas, inmigrantes, personas solas...
- Relación intergeneracional: recuperación de la historia local, “memoria viva”, actividades intergeneracionales, “banco del tiempo” ...
- Preservación del medio ambiente: promoción de ahorro energético, acciones de reciclaje, de reforestación, protección fauna o flora, campañas de concienciación...
- Participación ciudadana: movilizaciones y campañas, rehabilitación viviendas, participación vecinal, reivindicaciones urbanísticas, interculturalidad...
- Conservación del patrimonio cultural: recuperación construcciones con valor histórico, conocimiento del patrimonio, proyectos arqueológicos...

- Solidaridad y cooperación: Derechos Humanos, Derechos de la Infancia, paz, desarme, cooperación internacional, emergencias internacionales, igualdad de género...
- Promoción de la salud: desarrollo hábitos saludables, apoyo a personas con problemas de salud, campañas de concienciación, denuncia malas condiciones de salud...

Las posibilidades que se abren a los centros de cara a trabajar el ApS son numerosas. Sin duda, en los colegios e institutos se han planteado propuestas parecidas, próximas al ApS; iniciativas de acercamiento al entorno, de exploración y de reflexión sobre un acontecimiento concreto, de implicación desde el marco de la responsabilidad social. Es necesario analizar cuál es el punto de partida, qué experiencias previas hay en el centro, desde cuáles resulta más fácil dar el paso hasta convertirlas en experiencias de ApS.

REFERENCIAS

- Galtung, J. (1998). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Bilbao, Bakeaz/Gernika Gogoratuz,
- Hernández, C. et alt. (2010), “*Aprendizaje y Servicio solidario y desarrollo de las competencias básicas*”, Bilbao: Fundación ZERBIKAS.
- Martínez, M. (Ed.), (2008). *Aprendizaje-servicio y responsabilidad social de las universidades*, Barcelona: Octaedro.
- Puig Rovira, J.M. (2008). *La educación en valores. Ponencia no publicada presentada en el IV Congreso Internacional sobre Convivencia*. Madrid: Ministerio de Educación.
- Puig, J.M., Martín, X., & Batlle, R. (2008). *Cómo iniciar un proyecto de aprendizaje y servicio solidario*, Bilbao: Fundación Zerbikas.
- Tapia, Mª N. (2006). *Aprendizaje y servicio solidario*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.

O IMPACTO DO MODELO TOUCHPOINTS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE

*A.T. BRITO NASCIMENTO 1, M. BARBOSA 2, J. JUSTO 3, R. SILVEIRA MACHADO 4, L. LEITÃO
5, T. GOLDSMITH 4, P. FERRO MENEZES 4, M. FUERTES 6 & J. GOMES PEDRO 2*

O Modelo Touchpoints

A perspectiva de Brazelton sobre a intervenção dos profissionais de saúde com as crianças e suas famílias foi sendo criada e *apurada* ao longo da sua vida como pediatra. Nas consultas, que durante décadas realizou, cedo compreendeu que grande parte do tempo se centrava na partilha que as famílias com ele faziam de inquietações e perplexidades, face a determinadas fases de desenvolvimento dos seus filhos (Gomes-Pedro, 2005). Esta constatação, firmemente alicerçada na sua forma singularmente empática e disponível de estar, permitiu-lhe entender o quanto essa partilha era fundamental para os pais que, apoiados nas importantes ocasiões de crescimento dos seus filhos, lhes davam, por sua vez, um maior e mais efectivo suporte.

Assim nasce o modelo de intervenção proposto por Brazelton, por si designado como Touchpoints (TP), momentos-chave no desenvolvimento das crianças, caracterizados por avanços, regressões e pausas previsíveis no seu desenvolvimento. Nas suas palavras (Brazelton, 1992, p.xvii), os TP “são aquelas fases previsíveis que ocorrem precisamente antes de um surto de crescimento rápido em qualquer linha do desenvolvimento - motor, cognitivo ou emocional - quando, durante um breve espaço de tempo, se verifica uma alteração no comportamento da criança”, alteração esta que, frequentemente, conduz a regressões em diversas áreas, tornando-se difícil para os pais compreendê-la.

Tipicamente, estes períodos-chave de desenvolvimento antecedem a evolução numa área específica, e são, frequentemente, acompanhados de um sentimento de dúvida e frustração por parte dos pais. São tempos de desorganização, que Brazelton cedo encarou como oportunidades de excepção no suporte às forças das famílias, apontando como grande meta desta acção preventiva uma dupla via – potenciar o melhor desenvolvimento possível da criança e apoiar as famílias no seu próprio desenvolvimento, ajudando a que se edifiquem de forma saudável e funcional.

1- Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich; 2- Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 3- Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; 4 -Hospital de Santa Maria; 5-Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 6- Escola Superior de Educação de Lisboa.

O paradigma desenvolvimental, um dos dois pilares em que assenta este modelo, perspectiva, assim, o desenvolvimento de forma não linear, descontínua e não-hierárquica, definindo-o como multidimensional, caracterizado por regressões, explosões no crescimento e pausas, distanciando-nos do pensamento dicotómico ocidental, que encarava as regressões como factor negativo e as aquisições como positivo (Brazelton & Sparrow, 2003; Gomes-Pedro, 2006). Na sua perspectiva distinta, abraça o desenvolvimento como um processo, aceitando as experiências negativas como uma parte necessária da vida, *ao serviço* do nosso desenvolvimento.

Este Modelo apela ainda a uma verdadeira mudança de atitude, baseada num novo paradigma relacional, segundo pilar que, em conjunto com o desenvolvimental, o edifica - cada Touchpoint constitui uma oportunidade para o profissional se unir aos pais, construindo uma aliança de suporte, acreditando que esta colaboração é fundamental para a existência efectiva e eficaz de cuidados antecipatórios, que centrados nas forças parentais, potenciam a sua acção, *empoderando-a*. Os Touchpoints olham assim a *criança inteira* e a *família inteira*.

Touchpoints e Educação

Na área da Educação, estamos numa posição ideal para fortalecer a relação pais-criança através da nossa relação, tanto com a criança como com os pais.

De facto, hoje, mais do que nunca, assistimos à partilha e transferência dos cuidados das crianças na esfera familiar para outros cenários de cuidados e de educação. Como sublinha Isabel Alarcão (2008), actualmente, o envolvimento de ambos os pais na profissão, o novo papel da mulher na sociedade - e muito particularmente em Portugal, onde as mães são aquelas que mais tempo trabalham fora de casa, na Europa - o valor atribuído à carreira, os novos formatos familiares com a existência de famílias monoparentais, a diluição da família alargada e dos apoios familiares, têm importantes implicações nas condições de cuidados às crianças. As respostas dadas pelas creches e jardins-de-infância surgem, deste modo, como uma necessidade essencial de apoio complementar às famílias, na tarefa de cuidar e educar as crianças.

O grupo americano de formação em TP observou estas mesmas circunstâncias, transversais à nossa realidade ocidental, perspectivando-as como excepcionais oportunidades para as famílias encontrarem suporte e força através das relações estabelecidas com os educadores e cuidadores, que com eles partilham de forma continuada e intensa, os cuidados e a educação dos filhos. Como consequência desta convicção, nasceu um grupo de trabalho com o especial propósito de alargar a aplicabilidade dos TP do campo da saúde ao campo da educação e cuidados para a infância, produzindo um conjunto de documentação formativa, onde se desenvolvem estratégias específicas para a aplicabilidade do modelo em educação, que podem facilmente ser utilizadas por educadores e cuidadores de infância, formados em TP.

Com base na investigação e nas práticas baseadas em evidências empíricas, tanto em Educação de Infância como em Intervenção Precoce, sabemos hoje que os pais dão um melhor suporte aos seus filhos quando eles próprios se sentem apoiados nestes períodos de transição. Muitas vezes, se os pais conseguirem prever os períodos de disrupção – nos designados cuidados antecipatórios - e entenderem que as suas reacções face a estas mudanças são naturais, ficam consideravelmente menos ansiosos, e mais disponíveis para aceitar que colaborem com eles na construção de forças, fundadas na relação partilhada de cuidados.

O Modelo Touchpoints na formação de profissionais em Intervenção Precoce

Existem princípios e pressupostos transversais a todo o modelo TP, que são fundamentais para ajudar o educador a aceitar e valorizar o conhecimento e experiência dos pais, trabalhando com as famílias, sem as julgar, e criando oportunidades para, de forma positiva, apoiar o desenvolvimento das crianças. Estes constituem-se como um veículo privilegiado para construir relações seguras com as famílias, permitindo-lhes revelar as preocupações ou receios que possam sentir acerca do desenvolvimento dos seus filhos, ou na sua relação com a criança.

Quadro 1:Princípios e pressupostos do Modelo Touchpoints (Brazelton & Sparrow, 2003)

Princípios	Pressupostos
Reconheça o que traz para a interacção	Os pais são os peritos dos seus filhos
Procure oportunidades para apoiar a mestria	Todos os pais têm forças
Use o comportamento da criança como a sua linguagem	Todos os pais querem fazer bem com os seus filhos
Valorize a desorganização	Todos os pais têm algo fundamental para partilhar em cada etapa do desenvolvimento
Valorize e compreenda a relação entre si e os pais	Todos os pais têm sentimentos ambivalentes
Esteja disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional	A parentalidade é um processo construído por tentativa e erro
Focalize na relação pais/criança	
Valorize a paixão onde quer que a encontre	

Tais preocupações podem incluir sentimentos ambivalentes acerca das suas forças enquanto pais, ou mesmo fazer emergir sentimentos ambivalentes dos pais relativamente aos profissionais. A essência da aliança com os pais/famílias está em juntarmo-nos à sua paixão pela criança (Gomes-Pedro, 2005).

O conhecimento sobre o comportamento e desenvolvimento da criança é o alicerce sobre o qual se constrói esta união. O comportamento da criança oferece-nos a linguagem para comunicarmos - o movimento, o choro, o riso, as suas reacções, dão-nos as palavras de que necessitamos para o nosso diálogo com os pais. A nossa fluência nesta linguagem de desenvolvimento permite-nos conversar de forma significativa com as famílias. Noutro nível, o conhecimento sobre os pensamentos dos pais enquanto pais informa-nos acerca do *sentido da linguagem* da criança.

Valorizar, escutar e compreender a experiência parental em toda a sua diversidade, é essencial se os queremos apoiar. Os recursos emocionais são a fonte das suas competências parentais. Nós fortalecemos estes recursos com o cuidado que lhes dedicamos.

Deste modo, é necessário que sejamos capazes de uma forte capacidade de ajuizar, avaliando cada momento, cada situação vivida com as famílias, para, com elas, realizarmos uma aliança efectiva. É essencial reflectir sobre o que dizer, o melhor timing para o fazer, colocando, sempre que possível, o enfoque num comportamento particularmente significativo da criança e reconhecendo a mestria parental.

A capacidade para tomarmos estas decisões decorre, por sua vez, do nosso próprio bem-estar emocional e sentido de competência. De modo a mantermos uma relação significativa com os pais, temos de estar suficientemente conscientes da forma como as nossas próprias crenças podem *ensombrar* ou potenciar a relação, sendo capazes de abandonar o poder que temos enquanto especialistas para, verdadeiramente, afirmar o poder que os pais têm enquanto pais.

Trata-se de uma mudança de paradigma, em que os nossos pressupostos se vão alterando, configurando assim uma verdadeira transformação na nossa atitude.

Prática reflexiva em Touchpoints

No Mestrado em Educação Especial – Intervenção Precoce da Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich, as primeiras unidades curriculares tiveram como base o Modelo Touchpoints. Acreditamos que trabalhar competências pessoais é transversal à formação de todo o Mestrado – nomeadamente, considerando o papel dos futuros profissionais de Intervenção Precoce junto das famílias, equipas e comunidades – e o Modelo TP deu-nos a oportunidade de incentivar, desde logo, o reconhecimento da sua importância.

Falar a linguagem Touchpoints é dar aos docentes e estudantes do Mestrado uma visão conceptual e prática partilhada sobre uma intervenção centrada nas famílias, princípio fundamental da Intervenção Precoce na contemporaneidade. Os princípios e pressupostos parentais do modelo e a documentação de suporte à formação neste domínio, constituíram-se como uma contribuição fundamental para esta finalidade.

A Prática Reflexiva sobre os TP, completada pelos estudantes no 1º semestre da formação, dá-nos uma primeira percepção do seu impacto no reconhecimento de forças e vulnerabilidades pessoais envolvidos nos desafios que uma abordagem centrada na família implica. Como se afirma na documentação sobre Prática Reflexiva, esta “pode ser vista como um processo através do qual os profissionais são activamente envolvidos num pensamento crítico sobre as suas próprias reacções, julgamentos, comportamentos e intenções, integrando este pensamento com as suas acções” (Brazelton Touchpoints Project, 2006).

Através da Prática Reflexiva, as mestrandas tiveram a oportunidade de descrever, em detalhe, o modo como estavam a começar a utilizar os pressupostos e princípios dos Touchpoints, no seu quotidiano profissional, no suporte a pais e famílias. Os seguintes extractos da sua narrativa evidenciam-no:

Princípio 1: Valorize e entenda a relação entre si e os pais

A. Num encontro de pais, para o preenchimento da ficha de diagnóstico, iniciei a nossa conversa perguntando à mãe “quem era o seu filho”. Abordei-a desta forma por acreditar que nós somos os especialistas dos nossos filhos e temos um prazer maior quando nos dão oportunidade e tempo para narrarmos quem são eles.

... Enquanto estivemos juntas, esta mãe falou-me sobre si, sobre a sua infância, sobre o valor que o marido tem na sua vida e o relacionamento do casal, sobre os outros filhos ...

... Fiquei sensibilizada quando a mãe referenciou o facto de eu ter tido tempo para a escutar, para a ouvir falar das suas aspirações, dos seus receios como mãe ...

No final, muito tocada, ela disse que *aquelas folhas eram a vida do seu filho* ...

B. O trabalho em parceria com os pais é muito difícil, porque temos que aprender a ser ouvintes sem criticar ou impor a nossa opinião... Temos que ajudar sem julgar.

Temos que aconselhar com delicadeza sem entrar directamente na privacidade da família... temos de compreender quem são os pais e quem somos nós nesta relação ...

Princípio 2: Use o comportamento da criança como a sua linguagem

C. A mãe de um dos meninos da sala mostrou-se bastante ansiosa sobre o comportamento do seu filho em relação ao sono... parecia que o filho tinha regredido pois, agora que estava prestes a fazer 5 anos, não queria dormir sozinho, mudando a meio da noite para a cama dos pais...

Reflecti, observei a criança, o seu comportamento e forma de estar na sala. Utilizei então o comportamento da criança para partilhar com a família como o seu filho é bastante sociável, curioso e como tem uma imaginação muito fértil. Sugeri que observássemos como, nas suas brincadeiras, adora imaginar monstros, seres espaciais ... Uma criança com um imaginário tão rico é natural que o transporte para os seus sonhos e que, no escuro, sinta os seus receios. O seu comportamento mostrava-nos como está a tentar organizar-se e fortalecer-se futuramente...

O comportamento da criança levou-me a questionar, pesquisar e tentar arranjar recursos que me auxiliassem na ajuda a esta mãe, que estava a ficar angustiada com o retrocesso do seu filho. Foi um momento importante que me levou a reflectir conjuntamente com a mãe sobre o desenvolvimento do filho, onde pude aplicar e praticar o Modelo Touchpoints... Relembramos juntas os nossos *fantasmas do sono* e como os tínhamos conseguido ultrapassar. A mãe recordou que durante algum tempo dormiu com a luz acesa... e porque não proporcionar isso também ao seu filho?

Princípio 3: Reconheça o que traz para a interacção

D. A herança cultural é determinante na atitude do indivíduo e nem sempre é fácil reconhecer que o outro possa ter hábitos, atitudes e valores diferentes dos nossos. As minhas principais dificuldades

estão relacionadas com a capacidade de identificar o que levo comigo para a interação; permitir que seja a família a encontrar as respostas sem me sobrepor a ela e sabendo conduzi-la nesse sentido; saber identificar o ponto de equilíbrio entre o ouvir e o intervir ...

Ainda tenho receio de desiludir a família quanto às expectativas que criou relativamente à minha pessoa se não der a minha opinião sobre “o que devem fazer”

Princípio 4: Esteja disposto a discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional

E. Este ano lectivo, a mãe de uma criança pediu-me para a receber porque precisava de falar comigo acerca do seu filho. Colocou-me questões que a preocupavam: grande dificuldade na alimentação e o sono intermitente da criança.

A mãe também me transmitiu o pensamento de que a “culpa” destes comportamentos seria sua, pois considera-se uma mãe muito ansiosa. Esta ansiedade, segundo a mãe explicou, estaria relacionada com o facto de lhe ter falecido uma irmã recém-nascida. Segundo a mãe, “Desde os 10 anos que eu carrego comigo este medo...medo de também eu perder o meu bebé!” (sic).

Falar sobre este assunto deixou a mãe visivelmente abalada. Confessou-me que nunca tinha conseguido falar sobre isto a ninguém, pedindo-me ajuda para lidar com esta situação que sentia que estava a prejudicar o filho.

Após algum tempo da conversa inicial, voltamos a conversar e a mãe da criança comunicou-me que a situação em casa tinha melhorado significativamente. Considerou que foi muito positivo ter falado comigo porque, com esta iniciativa, conseguiu finalmente falar com a sua mãe e com o marido acerca desta preocupação que há tanto tempo a inquietava...

Princípio 7: procure oportunidades para promover a mestria

F. “Procure oportunidades para apoiar a mestria”, parece-me um princípio fundamental para aplicar na nossa prática em Intervenção Precoce. Sendo o nosso trabalho centrado nas forças da família torna-se muito importante que pai e mãe reconheçam o seu “poder”ou a sua força, que advém do facto de serem eles os detentores do conhecimento e da sabedoria sobre a sua criança e sua circunstância. Relativamente à sua criança eles são os mestres.

Como responsável de caso de uma criança com problemas de linguagem, proveniente de uma família com poucos recursos económicos e residente numa zona piscatória, tive oportunidade, em domicílio, de aplicar este princípio. Procurei que a mãe reconhecesse as suas forças, tomando consciência da qualidade da interação que estabelece com o seu filho. Com a auto-estima reforçada, a mãe potenciou e aumentou as interações com o seu filho e estas são fundamentais para o seu desenvolvimento.

As mestradas, profissionais de Educação de Infância e Intervenção Precoce, significaram, sobretudo, a possibilidade que a Prática Reflexiva continuada em TP lhes ofereceu para questionarem

a sua actuação, procurando alternativas e fortalecendo uma intervenção verdadeiramente centrada nas famílias.

As conclusões desta abordagem formativa encontram eco noutras pesquisas de âmbito qualitativo (Jacobs, Swartz, Bartlett & Easterbrooks, 2010), reforçadas por resultados estatisticamente significativos, evidenciados na avaliação do projecto Touchpoints - Early Childhood Care and Education (Easterbrooks & Jacobs, 2007, in Jacobs, Swartz, Bartlett & Easterbrooks, 2010).

Foi neste cenário concreto, que todas as áreas chave de formação e unidades curriculares do Mestrado, se congregaram – o modelo Touchpoints, nomeadamente os seus princípios e pressupostos, constituíram-se como o *cimento* da formação.

Considerações finais - Um modelo de intervenção, uma visão partilhada...

Acreditamos que este modelo deve ser a base para a formação em Intervenção Precoce, permitindo que os formandos/profissionais descubram, continuamente, como criam a sua realidade e como podem mudá-la. Nesse contexto “aprender” não significa adquirir mais informações, mas sim expandir a capacidade de produzir os resultados que realmente queremos na vida (Senge, 2005). As competências de reflexão baseadas neste modelo, permitem-nos adquirir uma maior consciência sobre quem somos nós em relação, nomeadamente, na interacção com as famílias.

No tempo presente, este grupo de estudantes encontra-se a realizar os seus Projectos finais de Investigação. Os princípios e pressupostos orientadores dos TP estão presentes de forma transversal em todas as suas propostas. Concretamente, em dois dos projectos, as mestrandas irão aplicar e desenvolver a Prática Reflexiva em TP, junto das suas equipas de trabalho. Como sublinham, a transformação que viveram só ganha sentido maior quando partilhada.

Acreditamos que este grupo desenvolveu, tal como o nosso grupo de formadores em TP, uma visão partilhada e esta, como Senge (2005) sublinha, não é somente uma ideia,

(...) é uma força no coração das pessoas, uma força de impressionante poder. Pode ser inspirada por uma ideia, mas quando evolui – quando é suficientemente estimulante para obter o apoio de mais do que uma pessoa – deixa de ser uma abstracção. Torna-se palpável. As pessoas começam a vê-la como se existisse. Poucas forças, se é que existe alguma, nas questões humanas, são tão poderosas como uma visão compartilhada (p.233).

REFERÊNCIAS

Alarcão, I. (2008). *Relatório do estudo - A educação das crianças dos 0 aos 12 anos*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

- Brazelton Touchpoints Project (2006). *Touchpoints in Reflective Practice Provider Workbook*. Boston, MA: Brazelton Touchpoints Centre.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2003). *The Touchpoints Model of Development*. Retrieved from http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf
- Brazelton, T.B. (1992). *Touchpoints: your child's emotional and behavioral development..* Massachusetts: Perseus Books.
- Brito Nascimento, A. T. (2011). *Developing a Masters Degree Curriculum for Early Intervention Professionals in Portugal*. New York: Third Conference of the International Society on Early Intervention.
- Gomes-Pedro, J. (2005). *Para um sentido de coerência na criança*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Jacobs, F., Swartz M. I., Bartlett, J. D., & Easterbrooks M. A. (2010). Placing Relationships at the Core of Early Care and Education Programs. In, Lester, B. M. & Sparow, J. D. (2010). *Nurturing Children and Families. Building on the legacy of T. Berry Brazelton*. New York: Wiley-Blackwell.
- Senge, P. (2005). *A Quinta Disciplina: arte e prática da organização que aprende*. Rio de Janeiro: Editora Best Seller.

ATRIBUIÇÃO CAUSAL E INDICADORES DE AUTOESTIMA EM ESTUDANTES MANAUARAS

*SUELY APARECIDA DO NASCIMENTO, GISELE CRISTINA RESENDE FERNANDES DA
SILVA & IOLETE RIBEIRO DA SILVA*

A teoria da atribuição causal, utilizada nesse trabalho, pressupõe que as pessoas podem atribuir causas ou motivos às suas ações (Almeida & Guisande, 2010; Beck, 2001; Lefrançois, 2005; Martini & Boruchovitch, 2004; Mascarenhas, 2004; Mascarenhas, Almeida & Barca, 2005; Sales, 2010; Weiner, 1985; Wolfoolk, 2000). Elas possuem o objetivo de favorecer ao sujeito a construção de explicações que lhe permitam demonstrar certo controle sobre o ambiente e manter sua auto-estima em níveis adequados de aceitabilidade. Deste modo, é possível entender as atribuições causais como comportamento motivado pelo desejo humano de explicar e prever o meio ambiente onde se insere. Essa teoria integra o pensamento, o sentimento e a ação.

Weiner (1985) enfoca que há uma relação entre a atribuição de causalidade com o sucesso e o fracasso na realização de tarefa, de forma que crenças e expectativas depositadas nessa realização podem favorecer um desses aspectos. Além disso, defende que a autoestima, o autoconceito e as expectativas são grandes determinantes do desempenho em tarefas e são influenciados por aquilo que o indivíduo atribui como causa do sucesso ou do fracasso.

Para classificar as causas atribuídas ao desempenho positivo ou negativo em situações de realização elaborou uma taxonomia na qual a causa apresenta três dimensões, são elas, o Locus da Causalidade, a Estabilidade e a Controlabilidade.

Na dimensão do Locus da Causalidade as causas são distribuídas a fatores internos ou externos ao indivíduo e nela estariam incluídas causas como o esforço típico, esforço imediato, habilidade, humor, fadiga e doença como causas internas; viés do professor, dificuldade da tarefa, sorte e ajuda não usual de outros, como causa externas.

A atribuição para causas de fracasso ou sucesso a fatores internos ou externos propiciam fortes reações emocionais com reflexos na auto-estima, pois atribuir causas e correlacioná-las aos fatores internos e externos propiciam ao sujeito uma reflexão sobre o próprio eu, sobre a capacidade e as formas de desempenho que possui.

Assim, atribuições de capacidade e esforço para sucesso eliciam sentimentos de orgulho, competência e satisfação. Atribuições de capacidade e esforço para fracasso eliciam sentimentos de incompetência e vergonha. Nessa dimensão a auto-estima e a expectativa de desempenho futuro interferem no desempenho de realização, pois como afirma Woolfolk (2000, p. 339): “Se sucesso ou fracasso é atribuído a fatores internos, o sucesso levará a orgulho e a aumento da motivação, enquanto o fracasso diminuirá a auto-estima”. Silva, Mascarenhas e Silva (2010) afirmam que a autoestima se relaciona com as atribuições causais para o rendimento escolar de sucesso e fracasso apresentando reflexos no aspecto emocional do estudante e em suas projeções de futuro.

Portanto, diagnosticar se a crença em relação ao sucesso ou fracasso em determinada tarefa relaciona-se a fatores interno ou externos favorece a compreensão da pessoa na realização de tarefas (sua subjetividade ou seu modo particular de ser) e contribui também para elaboração de intervenções que possam permitir a responsabilização do sujeito, tornando-o proativo.

A dimensão da Estabilidade define as causas em estáveis (invariantes) e instáveis (variantes), sob a forma de um *continuum*. Assim, habilidade, esforço típico, viés do professor, família, dificuldade da tarefa podem ser vistos como relativamente estáveis; esforço imediato, humor, fadiga, doenças, ajuda não usual de outros e sorte podem ser vistos como mais instáveis. Quanto ao aspecto afetivo, atribuição de causas estáveis para fracasso, como habilidade e dificuldade da tarefa (portanto, que dificilmente variarão), podem suscitar emoções de falta de confiança e desalento. Atribuição de causas estáveis como habilidade e esforço típico para sucesso podem suscitar confiança.

Essa dimensão tem especial influência nas alterações das expectativas de desempenho futuro, pois ao serem atribuídas causas positivas e estáveis ao sucesso, o sujeito terá melhores perspectivas.

A Controlabilidade consiste em perceber se a causa atribuída é controlável ou incontrollável pelo sujeito. Causas como habilidade, dificuldade da tarefa, fadiga, sorte, viés do professor e ajuda dos outros seriam vistas como incontrolláveis pelo sujeito.

A dimensão de controlabilidade está associada a emoções como gratidão em caso de sucesso atribuído à ajuda de outros, e raiva em caso de fracasso em função de interferência externa. Esta dimensão também está associada a emoções de vergonha e culpa, em caso de fracasso. O indivíduo vivencia ainda a emoção de orgulho se atribuir seu sucesso à causa controlável por si próprio, como por exemplo, o esforço (Weiner, 1985; Martini & Boruchovitch, 2004; Mascarenhas, Almeida & Barca, 2005).

A partir da diversidade de atribuições que o aluno pode ter para explicar seu sucesso ou fracasso em tarefas acadêmicas, Weiner (1986, 1992 citado em Almeida & Guisande, 2010) as organizou seis fatores: (i) capacidade (reflete o grau em que se consideram as próprias habilidades, aptidões e conhecimentos), (ii) esforço (está relacionado com a prática prévia e reflete a intensidade e energia empregada para realização da tarefa), (iii) estratégias (referem-se aos diferentes processos eleitos pelo

sujeito para melhorar sua realização), (iv) tarefa (diz respeito às características da atividade, enfatizando-se à dificuldade ou facilidade da tarefa), (v) professores (relaciona-se com a percepção do papel do professor para o auxílio e ensino) e (vi) sorte (reflete o peso concedido ao azar ou à sorte relacionados aos resultados acadêmicos).

A teoria das atribuições resgata o processo de desenvolvimento da motivação a partir das significações construídas pelo indivíduo, pois avalia a sua trajetória e os acontecimentos de que é sujeito e não mero espectador. Além disso, interferem no processo de atribuição elementos como autoestima, diferenças de gênero, influência das outras pessoas e expectativas pessoais e de outrem acerca do desempenho em determinada tarefa, o que demonstra que o ser humano é relacional e que suas interações interferem nas motivações e, conseqüentemente, na atribuição de causalidade aos fatos da vida.

Buscou-se identificar as atribuições causais dos estudantes manauaras sobre o rendimento escolar e verificar os indicadores da autoestima de estudantes da cidade de Manaus/AM/Brasil.

MÉTODO

Participantes

A presente pesquisa foi desenvolvida na rede de ensino estadual da cidade de Manaus/AM. A população da pesquisa foi de alunos do 9º ano do Ensino Fundamental em 2010 na cidade de Manaus, que era de 21.788 na rede estadual. A partir dessa população geral de alunos calculou-se a amostra composta por 1.011 sujeitos, com grau de confiança de 99% e erro amostral inferior a 0,05.

Material

O instrumento foi o QARE (Questionário de Atribuições para Resultados Escolares, de Miranda & Almeida, 2008 – traduzido e adaptado por Mascarenhas, 2010) em formato de escala likert de 05 pontos.

Procedimento

Para o tratamento dos dados utilizou-se de análises fatoriais com o auxílio do Programa SPSS versão 15.0. Fez-se análise fatorial exploratória, que possibilitou encontrar os fatores explicativos (Atribuições Causais) para o rendimento escolar e posteriormente fez-se a comparação de médias dos fatores.

RESULTADOS

A análises fatoriais indicaram quatro fatores para o bom e para o fraco desempenho: Estudos, Capacidades, Professores e Sorte.

O fator 1 Estudos como causa facilitadora do bom desempenho revelou que os alunos atribuem o rendimento escolar a uma causa no *locus* interno e controlável, pois há motivação para estudar e organizar métodos que facilitem a aprendizagem de forma que a concentração que advém dessa motivação e dos métodos empregados no estudo. Pode-se considerar esse aspecto positivo, pois demonstram que eles possuem consciência das capacidades e da necessidade de responsabilização para com a própria aprendizagem. Quando o fraco desempenho é explicado por este fator 1 Estudos percebe-se que pode estar relacionado a um autoconceito acadêmico negativo, uma vez que os estudantes apresentam dificuldades para os estudos, tanto no que se refere à organização como no tempo dedicado para o mesmo. A crença nessas atribuições pode ocasionar sentimentos de culpa pelo insucesso, incompetência e perda de confiança em si mesmo, autoestima rebaixada e baixas expectativas para o futuro (Almeida & Guisande, 2010).

O fator 2 Capacidades é uma causa no *locus* da internalidade, de modo que se reflete na autoestima como um aspecto positivo. Woolfolk (2000) afirma que a atribuição dessa causa ao sucesso (bom rendimento) levará a orgulho e ao aumento da motivação. Também é uma causa no *locus* da estabilidade, de modo que os alunos demonstraram possuir autoconfiança. A ausência desses aspectos ou dificuldades dessa natureza podem ser causas para o fracasso ou baixo desempenho, como foram apontados em relação ao fraco desempenho por alguns estudantes.

O fator 3 Professores indica que o bom ou o fraco rendimento dos alunos está associado a algo que está fora deles, revelando eles não possuem controle sobre o rendimento e que o outro (professor) tem o domínio sobre o estudante. Sabe-se que o apoio externo, principalmente o professor, contribui para a aprendizagem, entretanto, ressalta-se que o aluno necessita de autoconfiança, autoestima e um autoconceito acadêmico positivo e fundado em capacidades internas para obter um bom rendimento.

O fator 4 Sorte é um aspecto que reflete o peso concedido à pouca sorte ou à sorte relacionado aos resultados acadêmicos (Weiner, 1996 citado por Almeida & Guisande, 2010). Essa atribuição pode gerar sentimentos de ausência de responsabilidade diante do fracasso e incerteza para o futuro, além de revelar indicativos de baixa autoestima.

Os dados foram analisados com a comparação de média dos fatores para o bom e para o fraco rendimento (Estudos, Professores, Capacidades e Sorte) e percebeu-se que Estudos e Capacidades apresentaram médias mais altas no bom rendimento, significando que o estudante reconhece-se como responsável e capaz de obter rendimento escolar pelo estudo e utilizando-se de suas capacidades, indicando autoestima e autoconceito positivos. Nos casos de fraco rendimento as médias são menores

devido a falta de crença nas capacidades e nos estudos, indicando autoestima rebaixada e falta de autoconfiança, como mostra o quadro 1.

Quadro 1: Comparação entre as médias dos fatores (Atribuições Causais)

Fatores (Atribuições Causais)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
F1 Bom Des. Estudos	101	6,29	30,71	21,52	4,57
F1 Fraco Des. Estudos	101	6,14	30,71	14,99	4,99
F2 Bom Des. Professores	101	4,2	21,0	14,97	3,61
F3 Fraco Des. Professores	101	4,2	21,0	9,53	3,81
F3 Bom Des. Capacidades	101	6,2	21,0	14,90	2,82
F2 Fraco Des. Capacidades	101	4,2	21,0	9,94	3,47
F4 Bom Des. Sorte	101	3	16	10,45	2,58
F4 Fraco Des. Sorte	101	4,2	21,0	10,02	3,27
N Total	101				

A teoria das atribuições causais pode ser um aporte teórico utilizado para explicar a aprendizagem em seus aspectos cognitivos e afetivos, pois se acredita que o aluno no ambiente escolar atribui causas para o seu desempenho conforme os resultados obtidos (bom ou fraco rendimento). Os estudantes possuem estilos atribucionais advindos das crenças individuais originadas a partir de suas experiências de vida em situações de sucesso ou fracasso, as quais se correlacionam aos resultados obtidos em avaliações de aprendizagem no contexto escolar, que repercutem na escolha da causa atribuída ao desempenho em tarefas que influenciarão na auto-estima, no autoconceito e na maneira de significar a aprendizagem.

A classificação das atribuições depende dos significados subjetivos que a causa possui para o indivíduo e é influenciada por alguns elementos que a antecedem. De acordo Martini e Boruchovitch (2004), Mascarenhas (2004); Almeida e Guisande (2010) a informação sobre o desempenho de outras pessoas afeta a interpretação que a pessoa faz das causas de sua própria realização; um exemplo disso é quando todos os alunos tiram boa nota, supõe-se que o professor é bom ou a matéria é fácil, a atribuição apontada pode ser a interna como a capacidade.

No presente estudo os fatores explicativos para o rendimento escolar ou as atribuições causais apontadas revelam uma natureza emocional e interna ao sujeito, pois de acordo com Mascarenhas (2004) os alunos buscam em suas experiências escolares (notas e vivências) as causas para explicar o desempenho, assim lançam mão das concepções que possui sobre si mesmo e dos seus pares com relação às tarefas de aprendizagem, o que reflete na autoestima.

Dessa forma a escola deve promover atividades que proporcionem além do desenvolvimento cognitivo o emocional, para que os estudantes ao atribuírem uma causa ao rendimento escolar remetam-se a atribuições no lócus interno e apresentem maior autoestima.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. S., & Isande, M. A. (2010). Atribuições causais na explicação da aprendizagem escolar. In: Boruchovitch, E.; Bzuneck, J. A.; Guimarães, S. E. R. (Orgs) (2010). *Motivação para aprender: aplicações no contexto educativo*. Petrópolis: Vozes.
- Beck, M. L. G. (2001). *A teoria da atribuição causal e sua relação com a educação*. In: Rev. Maringá/PR – ano I - n.3, quadrimestral, dezembro. Disponível em: <<http://www.urutagua.uem.br/03beck.htm>> Recuperado em: 09 abril 2010.
- Lefrançois, G.R. (2008). *Teorias da aprendizagem*. São Paulo: Cengage Learning.
- Martini, M. L., & Boruchovitch, E. (2004). *A teoria da atribuição da causalidade: contribuições para a formação e atuação de educadores*. Campinas/SP: Editora Alínea.
- Mascarenhas, S. (2004). *Atribuições causais e rendimento no ensino médio*. Ed. Autora. Rio de Janeiro.
- Mascarenhas, S., Almeida, L., & Barca, A. (2005). *Atribuições causais e rendimento escolar: impacto das habilitações escolares dos pais e do gênero dos alunos*. *Revista Portuguesa de Educação*, 18 (1), 77-91.
- Sales, K. F. S. (2010). *As atribuições causais de professores por fracasso escolar em matemática: comparação com percepções de seus alunos*. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação, Comunicação e Artes, Programa de Pós-Graduação em Educação, 85f.
- Silva, G. C. R. F., Mascarenhas, S. A. N., & Silva, I. R. (2010). *O aporte da teoria das atribuições causais para a compreensão da afetividade na aprendizagem*. *Semana Educa*, 1 (1). Disponível em: <<http://www.periodicos.unir.br/index.php/semanaeduca/index>>. Recuperado em: 20 janeiro 2011.
- Weiner, B. (1985). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Woolfolk, A. (2000). *Psicologia da educação*. Porto Alegre: Artmed.

O SUPORTE SOCIAL INFORMAL DO IDOSO: DESAFIOS PARA O SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA DO IDOSO

MARIANA NAVARRO, SOFIA VON HUMBOLDT & ISABEL LEAL

O processo de envelhecimento é individual, dependendo de um conjunto de características próprias da pessoa (Aires, Paz, & Perosa, 2006). Investigações realizadas nesta área referem a existência de dois conceitos de idade: (a) a idade cronológica que é adquirida através do conhecimento da data de nascimento, e que tem sentido no campo demográfico, legal e social e (b) a idade biológica que se insere na concepção de que a passagem do tempo para as pessoas não implica alterações físicas e psicológicas iguais, pois estas acontecem a ritmos diferentes para cada indivíduo. Acresce que a própria capacidade psicológica pode alterar-se devido a experiências de vida (Motta et al., 2005).

A medida de avaliação da vida do idoso é a preservação da capacidade funcional do mesmo (Alves et al., 2007), assim se torna necessária a adaptação ao processo de doença por parte do idoso, processo mais ou menos complexo para cada pessoa (Ramos, 2003). Mais, o decorrer dos anos traz consigo a necessidade de suporte e apoio para que o processo adaptativo decorra de forma adequada e positiva (Motta et al., 2005).

O progressivo envelhecimento e as eventuais problemáticas associadas ao mesmo definem um certo padrão na vida do idoso, que engloba por vezes o recurso às instituições (Vieira & Barreto, 2003), como os hospitais, serviços de saúde, médicos, assistentes sociais e psicólogos (Moreira, 2010) e portanto é de esperar que estes idosos recorram ao suporte social para conseguir ultrapassar dificuldades funcionais e mesmo sociais, que possível ou inevitavelmente, surgirão, sendo que se verificam efeitos positivos em vários aspectos da vida do idoso (Vieira & Barreto, 2003).

Efectivamente todo o apoio que a pessoa idosa recebe, seja este, comodidade, auxílio, ou informação, é-lhe fornecido através de redes formais ou informais, sendo considerado benéfico e positivo para aumento da satisfação com a vida e com a própria adaptação (Rezende, Mendes & Santos, 2007).

Estudos indicam que os sujeitos que se encontram no seio de um bom suporte social apresentam uma melhor saúde e uma maior longevidade, possuindo um leque de recursos emocionais, funcionais e sociais que lhes permite encontrar soluções para os seus problemas mais facilmente, assim como a existência de efeitos do suporte social no processo adaptativo à doença, e ao aumento do nível de qualidade de vida (Custódio, 2010).

O suporte social é encarado como uma das componentes mais importantes para determinar a saúde, tanto física como mental, uma vez que a existência de apoio ajuda o idoso a equilibrar o *stress* e as experiências adversas (Custódio, 2010).

As relações sociais informais, são compostas pelas redes de família, de amigos, vizinhos, colegas de trabalho e comunidade, e todas estas pressupõem uma relação próxima com algum tipo de ligação emocional e afectiva (Rosa, Benício, Alves, & Lebrão, 2007). Tendo estrutura-base diferentes, como a frequência de contacto, a sua duração, a intensidade, a sua multiplicidade e a sua mutualidade, possuem aspectos como a) o apoio emocional com expressão de afectos e emoções; b) o apoio instrumental, que implica um apoio em questões práticas, (e.g., limpar a casa ou ajuda financeira); c) o apoio de informação, fornecendo orientações ou sugestões, para ajudar a resolver problemas e d) a interacção social positiva, através da disponibilidade de pessoas significativas (Rosa et al., 2007).

A literatura indica um efeito positivo das relações interpessoais nos campos fisiológico, psicológico e social da vida de uma pessoa, uma vez que a satisfação com essas mesmas relações permitem criar resistência aos eventos mais complicados da vida de uma pessoa (Custódio, 2010).

Numa investigação feita em Portugal verificou-se que o casamento é uma das variáveis que pode facultar um envelhecimento mais positivo, verificando-se que ao longo dos anos de vida de uma pessoa, houve uma diminuição no tamanho da rede de apoio; que o maior nível de escolaridade estava correlacionado positivamente com o maior número de confidentes; que existiam diferenças na rede de apoio sendo maior para as mulheres que para os homens; e que havia um aumento do tamanho de rede familiar nas zonas rurais (Paúl, 2005).

É na família que o idoso encontra um meio de sustento relativamente aos afectos e à saúde. Quando a família não fornece esse apoio, a pessoa idosa fica sujeita a situações de morbilidade, a nível físico, psicológico e sociais, condições que por si já estão degradadas uma vez que são inerentes ao processo de envelhecimento (Mazza & Lefèvre, 2005).

Tendo em conta o facto de que cada vez mais existem idosos a viver até mais tarde, e o facto de se tornarem mais vulneráveis, existe também a necessidade cada vez maior de um apoio e cuidado constante. De grosso modo, este apoio é fornecido pela família e pela comunidade, sendo que a casa é o ambiente preferido por todo o idoso. Quanto à família, esse apoio é na sua maioria fornecido por um membro da família (Gonçalves et al., 2006).

A investigação de Paúl (2005) mostrou que as áreas rurais têm uma rede de social maior, na sua maioria composta por vizinhos, mas com um número de confidentes, menor. Nomeadamente, nesta zona do país, os filhos e familiares próximos estão ausentes, devido à emigração. Porém também os idosos das áreas urbanas estão isolados, especialmente as mulheres. Os confidentes, contudo podem compensar o baixo número de interpelações, aumentando a qualidade de vida percebida (Paúl, 2005).

No que se refere à família, estudos realizadas pela mesma autora demonstram que a maior parte dos cuidados fornecidos aos idosos são adquiridos no seio familiar. Contudo, este facto traduz-se também na existência de uma “obrigação moral” para que os descendentes tomem conta dos seus pais agora

idosos, facto que pode prejudicar a própria relação de cuidado, não possibilitando a obtenção de resultados positivos. Nesta relação de suporte e apoio, é necessário que se preserve a autonomia do idoso, ao nível psicológico (controlo) e ao nível social (participação) (Paúl, 2005).

Para que exista um membro como cuidadora principal, uma série de motivos contribuem para esse facto, como a obrigação moral ligada à cultura e à religião, a condição marital, a ausência de mais cuidadores, a própria condição financeira - como no caso de filhas sem emprego, que apoiam os pais em troca de sustento. Este último aspecto relativamente às mulheres pode ser explicado tendo por base a cultura e a sociedade não distante no passado, uma vez que as mulheres têm tradicionalmente desempenhado o papel de principais cuidadoras dos lares e da família (Gonçalves et al., 2006).

A forma como a pessoa se adapta às mudanças que advêm do envelhecimento depende do modo como a pessoa ao longo da vida conviveu com experiências adversas. Existe ainda uma relação bidireccional neste processo de adaptação e percepção uma vez que as experiências podem afectar o ajustamento ao envelhecimento, mas também a adaptação pode influenciar a forma como a pessoa percebe a sua vida e as suas capacidades daí em diante, podendo então a adaptação à adultícia avançada dar-se com êxito ou não (Motta et al., 2005).

O sentido interno de coerência (SIC) baseia-se na premissa de que existe recursos generalizados de resistência na pessoa, tendo raízes profundas no modelo salutogénico de saúde e de doença (Posadzki, Stockl, Musonda, & Tsouroufl, 2010), traduzindo-se numa característica intrínseca de cada indivíduo e portanto subjectiva. O autor deste conceito afirmou ainda que o estado natural da pessoa é um estado de desequilíbrio, o que por si é causa/consequência natural de uma condição patológica (Nunes, 2000).

O foco do conceito e do modelo salutogénico está no processo de adaptação. Sendo que a teoria do mesmo propõe uma explicação de estratégias para lidar com as experiências adversas. A capacidade de gestão, de compreensibilidade e de significância são os três componentes que formam o Sentido Interno de Coerência e baseiam-se, respectivamente, numa orientação global que expressa a capacidade dos indivíduos para encarar os estímulos provenientes do ambiente interno e externo como estruturados, previsíveis e explicáveis, considerando que essa informação é organizada, sólida e clara (compreensibilidade) (Crespo, 2010); uma componente instrumental e comportamental, que depende da percepção do indivíduo, sendo portanto uma devolução que advém dos recursos pessoais ou sociais, que estão ao seu dispor para a resolução de problemas/estímulos. Quanto mais elevada mais dificilmente o indivíduo se sente atingido de forma negativa pelas experiências de vida, e menor é a percepção antagónica da sua vida (gestão) (Crespo, 2010) e sendo uma componente motivacional, refere-se ao próprio sentido que a pessoa recolhe das experiências de vida e que estes requisitos são mudanças, dignas de investimento e compromisso, isto é, e refere-se à sua capacidade para investir os seus recursos de forma a conseguir ultrapassar obstáculos (significância) (Crespo 2010; Schmidt & Dantas, 2011).

Numa investigação realizada em Portugal, percebeu-se que a relação de ajuda em ambiente terapêutico possui um efeito positivo no SIC do idoso. Ao ser capaz de dar sentido, coerência,

significado, de gerir os desafios e as contradições da vida, utilizando recursos internos e externos a si, o idoso aumenta a sua qualidade de vida e a sua saúde geral. É então importante que quem forneça apoio ao idoso, seja terapeuta ou não, proporcione o desenvolvimento do SIC (von Humboldt & Leal, 2008).

Neste contexto, pretendemos com este estudo explorar (a) a relevância do apoio social informal no contexto de vida do idoso e (b) como este poderá estar associado ao SIC do idoso.

MÉTODO

Participantes

122 idosos portugueses com mais de 74 anos constituíram a amostra. A recolha de dados foi por conveniência. Os questionários foram preenchidos na presença do entrevistador. Foram excluídos idosos com patologia mental ou institucionalizados.

Material

Utilizaram-se como instrumentos os seguintes: (a) o Questionário de caracterização sócio-demográfico, (b) a Escala de Sentido de Coerência Interna e (c) o Mini-Exame de Estado Mental (MEEM).

O Questionário sócio-demográfico é composto por 27 itens de forma a caracterizar os participantes do estudo. Para a avaliação do Sentido Interno de Coerência, Antonovsky desenvolveu um questionário de orientação para viver, composto por 29 itens. A sua validação para a população portuguesa foi feita por Nunes em 1999, o qual encontrou resultados que reforçam a pertinência transcultural. Validade interna da escala em situação de re-teste ($r=0.88$) (Ferreira, 2007).

Procedimentos

A recolha dos dados para a presente investigação, foi efectuada após obter os consentimentos informados dos sujeitos, e garantido a confidencialidade dos dados e o anonimato dos respondentes. A técnica utilizada foi de administração directa e individual, sendo que foram aplicados e recolhidos no mesmo momento, e cada aplicação demorou cerca de hora e meia.

RESULTADOS

O processo de envelhecimento torna a pessoa mais vulnerável a doenças, uma vez que a capacidade morfo-fisiológica fica debilitada, trazendo também constrangimentos à vida da pessoa (Motta et al., 2005). Este processo acarreta portanto alterações nos aspectos demográficos, biológicos, socioeconómicos e comportamentais (Aires, Paz, & Perosa, 2006). Um diagnóstico de doença nesta idade pressupõe a existência de doença crónica (e.g., hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca)

(Alves et al., 2007), devendo ser acompanhadas pelo profissional de saúde, para manter a independência e autonomia do idoso (Aires, Paz, & Perosa, 2006).

Os resultados preliminares deste estudo indicam que os idosos com suporte social informal apresentam diferenças no SIC dos idosos, para cada uma das três dimensões. Assim, os idosos com suporte social informal apresentam os valores mais elevados para a dimensão “compreensibilidade” ($M=3.9$), valores médios de 4.2, para a dimensão ‘gestão’ e valores médios de 4.1 para a dimensão ‘significância’. A literatura indica que perante situações semelhantes, como no envelhecimento (Wiesmann, Niehörster, & Hannich, 2009), os indivíduos sejam afectados de forma diferente, uma vez que possuem elementos intrínsecos e extrínsecos diferentes (Nunes, 2000).

Por outro lado, neste estudo, os idosos que indicaram não possuir suporte informal apresentaram níveis aproximados na ‘significância’ ($M = 4.0$) e inferiores na dimensão ‘compreensibilidade’ ($M = 3.0$) e para a dimensão ‘gestão’, ($M = 2.8$). Efectivamente a literatura salienta uma contribuição do suporte social para a auto-estima a fomentação de sentimentos e bem-estar afectivo e a facilitação de resolução de problemas (Martins, 2005).

De notar que o efeito suporte social na dimensão compreensibilidade nos idosos não é tão elevado ($|M_{SIC}| = 0.2$) como no caso dos idosos com suporte social informal, mas relativamente próximo. Paralelamente, verificou-se que, na dimensão ‘gestão’, o diferencial de valor absoluto é superior ($|M_{SIC}| = 1.4$). No caso da dimensão ‘significância’ verificou-se uma diferença de valor absoluto reduzida ($|M_{SIC}| = 0.1$). De notar que em todas as dimensões, se verificou uma alteração positiva do SIC, com destaque para a dimensão ‘gestão’. Martins (2005) enfatiza ainda que o suporte social acarreta uma melhoria no que concerne à ajuda física apoio na realização de tarefas um aumento de segurança transmitido pelos fortes laços afectivos, com aumento de valorização, competência e reconhecimento do próprio, e com aumento de sentimento de utilidade (Martins, 2005).

Os resultados deste estudo devem ser considerados pelos profissionais de saúde, dado que o suporte social informal é pertinente para o bem-estar e a coerência interna do idoso. Se inserido numa rede de suporte social significativa, o idoso poderá responder mais coerentemente aos desafios característicos do envelhecimento, numa perspectiva salutogénica da optimização de saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

- Aires, M., Paz, A., & Perosa, C. (2006). O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 79-91.
- Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Oliveira da Fonseca, T., Lebrão, M., & Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 23, 1924-1930.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno Saúde Pública*, 19, 773-78.

- Crespo, M. (2010). *Sentido de Coerência e baixa por doença nos funcionários públicos de Alfena e Ermesinde: estudo caso-controlo*. Centro de saúde de Ermesinde.
- Custódio, S. (2010). *Stress, suporte social, optimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Departamento de Ciências. Aveiro.
- Ekwall A., Sivberg B., & Hallberg I. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 584–596.
- Ferreira, M. (2007). Sentido interno de coerência. Relações entre o Sentido interno de coerência, bem-estar subjectivo e depressão em idosos. Universidade do Porto.
- Gonçalves, L., Alvarez, A., Sena, E., Santana, L., & Vicente, F. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis. *Contexto Enfermagem*, 15, 570-577.
- Griffiths, C. (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23, 72 – 78.
- Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 128-134.
- Mazza, M., & Lefèvre, F. (2005). Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15, 01-10.
- Moreira, M. (2010). *Stress e suporte social em pais de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Motta, L., Assis, M., Steenhagen, C., Pacheco, L., Renor., I., Menezes, I., Silveira, T., & Castilho, G. (2005). *Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento*. Rio de Janeiro: CRDE, UNATI, UERJ.
- Nunes, L. (2000). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. *IV Congresso Português de Sociologia*. Consultado em 12 de Outubro de 2011 em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a1588ba7_1.PDF
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. Departamento de ciências do comportamento. *Sociologia*, 15, 275 – 287.
- Posadzki, P., Stockl, A., Musonda, P., & Tsouroufli, M. (2010). Personality and social sciences a mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 246–252.

- Ramos, L. (2003). Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, 19, 793-797.
- Rezende, L., Mendes, I., & Santos, B. (2007). Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. *Revista das Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 28, 107-111.
- Rosa, T., Benício, M., Alves., M., & Lebrão, M. (2007). Aspectos estruturais e funcionais do apoio social. *Caderno Saúde Pública*, 23, 2982-2992.
- Schmidt, D., & Dantas, R. (2011). Analysis of validity and reliability of the adapted portuguese version of antonovsky's sense of coherence questionnaire among nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 42-49.
- Vieira, A., & Barreto, J. (2003). Qualidade de vida e suporte social dos idosos em ambiente institucional. *Contributos da bioética*. Resumo, 1-3.
- von Humboldt, S., & Leal, I. (2008). A avaliação da relação de ajuda no sentido interno de coerência dos indivíduos idosos. *Actas do 7o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto, 599-602.
- Wiesmann, U., Niehörster, G., & Hannich, H-J. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic Perspective. *British Journal of Health Psychology*, 14, 767-787.

FELICIDADE, ESPERANÇA E AFECTO ENQUANTO PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DE INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AOS 6 MESES DE FOLLOW UP

*ELISABETE NAVE-LEAL 1, JOSÉ PAIS-RIBEIRO 2, MÁRIO OLIVEIRA 3, SOFIA SANTOS 3 & RUI
FERREIRA 3*

O aumento da prevalência da insuficiência cardíaca leva-nos a prever que venha a constituir uma das doenças cardiovasculares mais comuns, sendo actualmente considerada um verdadeiro problema de saúde pública. Em Portugal estima-se que afecte cerca de 261 000 doentes, número verdadeiramente assustador dado que na fase clínica estabelecida, a insuficiência cardíaca crónica é uma situação com alta mortalidade e morbilidade, incapacitante, geradora de repetidas hospitalizações e enormes gastos (Cândida, 1999).

A última década revolucionou a sua abordagem terapêutica. A introdução do conceito de insuficiência cardíaca como doença sistémica veio reformular o tratamento farmacológico, o que aliada à ressincronização cardíaca e ao transplante cardíaco, hoje estratégias amplamente implementadas, vieram proporcionar uma diminuição da mortalidade e morbilidade assim como uma melhoria da qualidade de vida a estas pessoas atingidas na funcionalidade nas suas várias vertentes (Cleland et al., 2005; White-Williams, Jalowiec, & Grady, 2005).

Vários estudos confirmam este aumento da qualidade de vida nas pessoas com doença cardíaca e a sua importância como indicador do sucesso das intervenções terapêuticas (Green, Porter, Bresnahan, & Spertus, 2000; Miani et al., 2003). Outros estabelecem relações entre a vivência do afecto negativo e o aumento da morbilidade e mortalidade e pobre qualidade de vida, sendo clara a sua associação a maus resultados em saúde (Doering et al., 2004; Moser, 2002).

Começa a ser reconhecido o contributo das variáveis positivas para os resultados em saúde. Seguindo as actuais tendências da psicologia da saúde, preocupa-nos a relação das experiências positivas e das características individuais positivas com a recuperação do estado de saúde das pessoas acometidas por esta síndrome. Influenciarão, a par das terapêuticas médicas, os resultados em saúde para as pessoas com insuficiência cardíaca?

1-Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa; 2-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto; 3- Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de Santa Marta, Portugal.

A investigação evidencia a associação de afecto positivo com a diminuição da morbilidade e da sintomatologia (Pressman & Cohen, 2005).

Alguns autores referem mesmo a sua capacidade de reverter as consequências da vivência de eventos stressantes, interrompendo ou diminuindo o seu impacto no sistema cardiovascular, sendo desta forma protector da saúde (Fredrikson, 1998). A esperança é associada à qualidade de vida e à saúde mental no doente cardíaco no sentido de que um baixo nível de esperança se relaciona com pobre qualidade de vida e desordens psiquiátricas (Evangelista, Doering, Dracup, Vassilakis, & Kobashigawa, 2005). Vários autores referem que as pessoas felizes reportam melhor saúde e menos sintomas físicos desagradáveis (Kehn, 1995; Mroczek & Spyro, 2005; Roysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale, & Harris, 2003).

Estes indicadores sugerem que o aumento do conhecimento sobre a relação das características da personalidade, nomeadamente as positivas e a pessoa com patologia cardíaca, pode orientar intervenções que melhorem o funcionamento individual e bem-estar, aumentando o controlo sobre a sua saúde física, com resultados positivos na qualidade de vida e nas intervenções terapêuticas a que são submetidos.

Desta forma, pretendemos conhecer a contribuição da felicidade, da esperança e do afecto individualmente e no seu conjunto na qualidade de vida e funcionalidade dos indivíduos com insuficiência cardíaca.

MÉTODO

Participantes

Participaram 128 indivíduos, 98 homens e 30 mulheres com diagnóstico de insuficiência cardíaca internados no hospital de Santa Marta, nos serviços de cardiologia e cirurgia cardiorácica, que constituíram uma amostra de conveniência com idade $61,9 \pm 12,1$ anos, com escolaridade $6,6 \pm 3,9$ anos e 74,2% aposentados devido a esta síndrome. 56,3% em classe III da New York Heart Association e com má fração de ejeção do ventrículo esquerdo ($25,3 \pm 6,2\%$). Apresentam uma história clínica de $9,4 \pm 8,5$ anos para a insuficiência cardíaca, com pelo menos uma hospitalização devido a esta síndrome e a maioria de etiologia isquémica (51,6%).

Material

Foram avaliados em relação à felicidade pela *Subjective Happiness Scale* (SHS) constituída por 4 itens, desenvolvida por Lyubomirsky & Lepper, 1999 e traduzida para a língua portuguesa por Bertoquini e Pais Ribeiro (2004), à esperança pela *Hope Scale* (HOPE) constituída por 12 itens, desenvolvida por Snyder et al. (1991) e validada para a população portuguesa por Pais

Ribeiro, Pedro e Marques (2006), ao afecto pela *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) constituída por 20 itens desenvolvida por Watson et al. (1988) e validada para a população portuguesa por Galinha e Pais Ribeiro (2005 a,b). Os resultados em saúde foram traduzidos pela qualidade de vida avaliada pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) constituído por 23 itens distribuídos por cinco dimensões (limitação física, sintomas, auto-eficácia, qualidade de vida e limitação social) e por dois somatórios (estado funcional e sumário clínico), desenvolvido por Green et al. (2000) e validado para a população portuguesa por Nave-Leal et al. (2010), e pela funcionalidade avaliada pela New York Heart Association Classification e por uma questão referente à prática de exercício físico.

Procedimento

Estes indivíduos foram submetidos a terapia médica: ressincronização cardíaca (n = 52), cardioversor-desfibrilador (n = 44), cirurgia valvular com revascularização do miocárdio (n = 14), optimização terapêutica farmacológica (n = 10) e transplante cardíaco (n = 8). Foram avaliados no internamento relativamente à qualidade de vida, funcionalidade, felicidade, esperança e afecto e no 6º mês após a intervenção médica relativamente à qualidade de vida, funcionalidade e felicidade.

RESULTADOS

Ao 6º mês após a terapêutica médica, haviam falecido 14 pessoas. Nas 114 pessoas em avaliação seis meses após a terapêutica, verificámos que a fracção de ejeção do ventrículo esquerdo aumentou para $30,78 \pm 10,1\%$ com 74,8% em classe II da New York Heart Association Classification e a qualidade de vida aumentou em todos os domínios e somatórios ($p < 0,05$).

Avaliando individualmente a influência da felicidade, da esperança e do afecto na qualidade de vida e funcionalidade reportadas ao 6º mês após a intervenção médica verificamos que a felicidade se correlacionou positivamente com a qualidade de vida (com excepção da dimensão auto-eficácia) e com a funcionalidade; o afecto negativo correlacionou-se negativamente com a qualidade de vida (com excepção das dimensões auto-eficácia e limitação social) ($p < 0,05$) (Quadro 1).

KCCQ: questionário de qualidade de vida na insuficiência cardíaca

SHS: escala de felicidade

HOPE: escala de esperança

PANAS: escala de afecto

Quadro 1: *Correlações entre a felicidade, esperança, afecto e a qualidade de vida e funcionalidade ao 6º mês de seguimento*

	SHS	HOPE Global	PANAS Afecto Positivo	Afecto negative
KCCQ				
Limitação física	0,30 **	0,04	-0,03	-0,23*
Sintomas	0,35 **	0,01	-0,01	-0,24**
Auto-eficácia	0,15	-0,01	0,04	0,09
Qualidade de vida	0,46 **	0,07	0,07	-0,35 **
Limitação social	0,31 **	0,03	-0,02	-0,18
Estado funcional	0,34 **	0,02	0,01	-0,25**
Sumário clínico	0,38 **	0,03	-0,15	-0,27**
New York Heart Association Classification	-0,29 **	-0,02	-0,09	0,14
Exercício físico	-0,24 *	-0,07	-0,16	0,14

p<0,05 *; p<0,01 **

Seguindo a tendência da contribuição individual destas variáveis, ao avaliar-mos estas variáveis em conjunto por meio de regressão linear verificou-se que:

A felicidade tem uma contribuição única para a qualidade de vida (excepto na dimensão auto-eficácia) e para a funcionalidade (excepto prática de exercício físico) ($p < 0,05$);

O afecto negativo tem uma contribuição, juntamente com a felicidade para a dimensão qualidade de vida (referente à percepção da satisfação com a vida) e sumário clínico (referente ao somatório global) ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a felicidade surge como preditora da qualidade de vida e da funcionalidade, partilhando esta contribuição com o afecto negativo na dimensão qualidade de vida e no somatório sumário clínico da qualidade de vida. Alguns autores suportam a associação entre a felicidade e a percepção de melhor saúde e menos sintomas sendo vários os autores que estabeleceram uma relação entre o afecto negativo e os maus resultados em saúde nas pessoas com insuficiência cardíaca.

Relativamente à esperança e ao afecto positivo, esta contribuição não foi encontrada neste *follow up* a médio prazo, salientando-se a necessidade de mais estudos abrangendo esta temática.

As variáveis positivas parecem-nos importantes para os resultados em saúde das pessoas com insuficiência cardíaca. Deste modo sugerimos que devam ser tomadas em consideração nos programas de intervenção às pessoas com insuficiência cardíaca.

REFERÊNCIAS

- Bertoquini, V., & Pais Ribeiro, L. (2004). *Escala de felicidade subjectiva* (available from V. Bertoquini, bertoquini@gmail.com)
- Cândida, F. (1999). Prévalence de l'insuffisance Cardiaque au Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 18, 1151-1155.
- Cleland, J.G.F., Daubert, J.C., Erdmann E., Freemantle N., Gras D., Kappenberger L., & Tavazzi, L. (2005). The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 352, 1539-1549.
- Doering, L.V., Dracup, K., Caldwell, M.A., Moser, D.K., Erickson, V.S., Fonarow, G., & Hamilton, M. (2004). Is coping style linked with emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10 (4), 344-349.
- Evangelista L.S., Doering L.V., Dracup, K., Vassilakis, M.E., & Kobashigawa, J. (2003). Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22 (6), 681-686.
- Galinha, I.C., & Pais-Ribeiro, J.L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da positive and negative affect schedule (PANAS): I-Abordagem teórica ao conceito do afecto. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 209-218.
- Galinha, I.C., & Pais-Ribeiro, J.L. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da positive and negative affect schedule (PANAS): II-Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 219-227.
- Green C.P., Porter C.B., Bresnahan D.R., & Spertus J.A. (2000). Development and evaluation of the Kansas City cardiomyopathy questionnaire: A new health status measure for heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 5 (35), 1245-1255.
- Kehn, D.J. (1995). Predictors of elderly happiness. *Activities, Adaptation and Aging*, 19, 11-30.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H.S. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Miani, D, Rozbowski, P., Gregori, D., Pilotto, L., Albanese, M.C., Fresco, C., & Fioretti, P.M. (2003). The Kansas City cardiomyopathy questionnaire: Italian translation and validation. *Italian Heart Journal*, 4, 620-626.
- Moser, D.K. (2002). Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: Why clinicians do not seem to care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 183-188.

- Mroczek, D.K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 189-202.
- Nave Leal, E., Pais Ribeiro, J., Oliveira, M., Nogueira da Silva, J., Soares, R., Fragata, J., & Ferreira, R. (2010). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Kansas City cardiomyopathy questionnaire na miocardiopatia dilatada com insuficiência cardíaca congestiva. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29 (3), 353-372.
- 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.P. Ribeiro, S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 75-81). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pressman, S.D., & Cohen S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological Bulletin*, 131 (6), 925-971.
- Roysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M.C., & Harris, J.R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1136-1146.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, et al. (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.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- White-Williams, C., Jalowiec, A., & Grady, K. (2005). Who returns to work after heart transplantation? *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 24 (12), 2255-2261.

SINTOMATOLOGIA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA APÓS UMA INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ: QUEM MANIFESTA REAÇÕES INTENSAS DE TRAUMA E LUTO?

BÁRBARA NAZARÉ, ANA FONSECA & MARIA CRISTINA CANAVARRO

Em Portugal, o enquadramento legal vigente (lei 16/2007 de 17 de abril) possibilita a interrupção médica da gravidez (IMG) até às 24 semanas de gestação quando é diagnosticada ao feto uma doença grave ou uma malformação congénita incurável, prazo que é extensível até ao final da gravidez caso o feto seja considerado inviável. No ano de 2010, verificaram-se, no nosso país, 440 interrupções da gravidez por estes motivos (Direcção-Geral de Saúde, 2011).

A experiência de IMG constitui um acontecimento de vida significativo, atendendo a que é frequentemente inesperada, tende a ocorrer no contexto de uma gravidez desejada e comporta a dimensão física da perda – especificidades que levam a que, mesmo tendo decorrido anos após a perda, exista uma percentagem significativa de mulheres a apresentar psicossintomatologia clinicamente significativa (Kersting et al., 2005). Consistentemente, as mulheres que experienciam uma IMG têm maior probabilidade de manifestar sintomatologia psicopatológica (particularmente depressiva e ansiosa), quando comparadas com mulheres cujos filhos nasceram saudáveis (Kersting et al., 2007).

O impacto traumático da IMG está patente na prevalência de sintomatologia clinicamente significativa que se verifica nos meses posteriores à perda. Cerca de 4 meses depois da IMG, verificou-se que 44% das mulheres e 21.6% dos homens manifestavam sintomas de trauma clinicamente relevantes, o que constitui uma diferença de género estatisticamente significativa (Korenromp et al., 2007). Num estudo posterior, que incluiu uma amostra só de mulheres, a prevalência de sintomatologia traumática clinicamente significativa foi de 20.5%, decorridos 16 meses desde a perda (Korenromp, Page-Christiaens, van den Bout, Mulder, & Visser, 2009). O impacto traumático a curto prazo (cerca de 6 semanas após a IMG) parece depender da idade gestacional em que esta ocorre (sendo significativamente mais elevado quando a perda acontece no segundo trimestre, por comparação ao primeiro), mas não se verificam diferenças atendendo à paridade (Davies, Gledhill, McFayden, Whitlow, & Economides, 2005).

Uma idade gestacional mais avançada aquando da perda e níveis superiores de religiosidade, bem como menor apoio do companheiro na decisão de interromper a gravidez, foram identificados como preditores de maior sintomatologia traumática, quatro meses após a IMG (Korenromp et al., 2007).

A prevalência de sintomatologia clinicamente significativa de luto referida nos estudos tende a ser inferior à de trauma. No entanto, verificam-se diferenças entre os estudos, que podem resultar das diferentes metodologias de avaliação utilizadas: enquanto Kersting et al. (2007) referem prevalências de 38.9% (duas semanas após a IMG), 16.7% (seis meses após a IMG) e 13.9% (14 meses após a IMG), Korenromp et al. (2009) apontam para valores de 8.8% (quatro meses após a IMG) e 2.1% (16 meses após a IMG). Ambos os estudos incluíram amostras apenas de mulheres. Já Korenromp et al. (2007), num estudo com casais, identificaram diferenças de género nas prevalências de sintomatologia de luto, com as mulheres a apresentarem valores significativamente superiores (9.7% vs. 2.4%), quatro meses após a perda (Korenromp et al., 2007).

Quatro meses após a IMG, uma intensidade superior das manifestações de luto parece depender, por um lado, de níveis mais elevados de religiosidade, de uma idade gestacional superior aquando da IMG e de um maior grau de dúvida acerca da decisão de interromper a gravidez e, por outro lado, de menor apoio recebido por parte do companheiro e da perceção de menor auto-eficácia (Korenromp et al., 2007). Passados 14 meses da perda, verificou-se que variáveis como a idade da mulher, a idade gestacional aquando da IMG e a paridade não se revelaram predictoras da sintomatologia clínica de luto (Kersting et al., 2007).

Embora a sintomatologia patológica quer de trauma quer de luto tenda a diminuir significativamente ao longo do tempo (Kersting et al., 2007; Korenromp et al., 2009), verifica-se que a presença de manifestações de psicossintomatologia a curto prazo é o melhor preditor da existência de reações clinicamente relevantes a médio prazo. Especificamente, verificou-se que 32.8% das mulheres que, quatro meses após a IMG, manifestavam sintomatologia traumática continuavam a fazê-lo aos oito e aos 16 meses; considerando os mesmos momentos de avaliação, a prevalência de mulheres a manifestar consistentemente sintomatologia de luto foi de 14.3% (Korenromp et al., 2009).

Assim, é importante identificar, tão cedo quanto possível, os casais com maior risco de manifestar reações desadaptativas, de forma a intervir eficaz e rapidamente. O presente estudo teve como objetivos: 1) avaliar a prevalência de reações clinicamente significativas de trauma e de luto no primeiro trimestre após a IMG e 2) comparar os participantes com e sem manifestações clinicamente significativas de trauma e de luto, considerando variáveis demográficas (género) e clínicas (paridade, características da gravidez e causa da IMG).

MÉTODO

Participantes

A amostra do estudo incluiu 48 participantes - 26 mulheres (54.2%) e 22 homens (45.8%) – com uma idade média de 33.27 anos ($DP = 5.86$). Todos os participantes eram casados ou unidos de facto e aproximadamente metade ($n = 25$, 52.1%) já tinha filhos. Relativamente às habilitações literárias, os participantes estudaram, em média, durante 11.92 anos ($DP = 4.36$). A grande maioria ($n = 44$, 91.7%) da amostra encontrava-se empregada. No que respeita a características clínicas, a IMG ocorreu, em média, há 2.23 meses ($DP = 0.59$) e verificou-se aproximadamente às 21.19 semanas de gestação ($DP = 5.21$). O diagnóstico mais frequente correspondeu a anomalias cromossómicas ($n = 14$, 29.2%).

Material

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: avalia os principais dados sociodemográficos (género, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) e clínicos (paridade, dados sobre a gravidez e sobre a IMG).

Escala de Luto Perinatal (Potvin, Lasker, & Toedter, 1989; versão portuguesa: Rocha, 2004): questionário com 33 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Concordo totalmente* a *Discordo totalmente*). Pretende avaliar os pensamentos e sentimentos atuais da pessoa face a uma perda reprodutiva, incluindo três fatores (que dizem respeito a sintomatologia progressivamente menos adaptativa): Luto Ativo (sinais normativos de luto, incluindo choro, tristeza e saudades do bebé), Dificuldades de *Coping* (dificuldades no desempenho de atividades e no relacionamento com os outros) e Desespero (sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal). A consistência interna da escala total nesta amostra foi de .96. Pontuações mais elevadas refletem maior intensidade do luto, tendo a pontuação total de 90 sido considerada como ponte de corte para identificar sintomatologia clinicamente significativa (Davies et al., 2005).

Escala de Impacto de um Evento - Revista (Weiss & Marmar, 1997; versão portuguesa: Rocha et al., 2006): questionário com 22 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Nada a Extremamente*). Pretende avaliar o nível de sofrimento decorrente de um conjunto de manifestações traumáticas associadas a um acontecimento específico, incluindo três fatores (que pretendem traduzir os três componentes da Perturbação de Stress Pós-Traumático, embora não constituam um instrumento de diagnóstico): Intrusão (sinais como pensamentos, imagens e sentimentos intensos acerca do acontecimento), Evitamento (esforços da pessoa para não pensar ou não falar sobre o acontecimento e para não se deixar afetar por ele) e Hiperativação (sentimentos como irritabilidade, hipervigilância e dificuldades de concentração). A consistência interna da escala total nesta amostra foi de .92. Pontuações mais elevadas refletem maior intensidade das manifestações traumáticas, tendo a

pontuação total de 33 sido considerada como ponte de corte para identificar sintomatologia clinicamente significativa (Creamer, Bell, & Failla, 2003).

Procedimento

Esta investigação enquadra-se no âmbito de um projeto longitudinal atualmente em curso, aprovado pela Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), EPE. Os participantes foram contactados pelos investigadores na Maternidade Dr. Daniel de Matos, HUC, EPE, aproximadamente um mês após a data de IMG. Os objetivos do estudo foram apresentados e as pessoas disponíveis para colaborar assinaram um documento de consentimento informado. Foram distribuídas duas versões (feminina e masculina) dos questionários, juntamente com um envelope selado, tendo sido pedido aos casais que preenchessem os questionários em casa e os enviassem pelo correio para os investigadores. Os critérios de inclusão para o presente estudo englobaram: a) IMG ocorrida nos últimos três meses; b) idade materna superior a 18 anos; c) capacidade para compreender os questionários do protocolo de avaliação; e d) preenchimento de, no mínimo, 80% das perguntas dos questionários.

Os dados deste estudo foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Em termos de estatísticas descritivas, foram calculadas as médias e os desvios-padrão relativamente a dados sociodemográficos e clínicos. Foram efetuados testes de χ^2 para comparações de grupos com e sem reações clinicamente significativas de trauma e luto, atendendo a diferentes variáveis (género, paridade, presença de movimentos fetais e causa da anomalia). O nível de significância considerado foi de .05.

RESULTADOS

Na nossa amostra, as percentagens de participantes com sintomatologia clinicamente significativa de trauma e de luto foram, respetivamente, 29.2% ($n = 14$) e 18.8% ($n = 9$). Como mostra o Quadro 1, era significativamente mais provável haver manifestações de sintomatologia traumática quando já era possível sentir os movimentos fetais. Relativamente ao luto, as manifestações mais intensas eram significativamente mais frequentes entre as mulheres e quando as causas da anomalia não estavam identificadas. Não se verificaram diferenças, quer no trauma, quer no luto, atendendo à paridade.

Quadro 1 *Participantes com reações clinicamente significativas de trauma e luto atendendo a diversas variáveis demográficas e clínicas*

		Trauma <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>	Luto <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Género	Mulheres	8 (30.8)	0.	.7	8 (30.8)	5.	.0
	Homens	6 (27.3)	07	91	1 (4.5)	38	20
Paridade	Primíparos	5 (21.7)	1.	.2	3 (13.0)	0.	.3
	Múltiparos	9 (36.0)	18	78	6 (24.0)	94	31
Movimentos fetais	Sim	13 (39.4)	5.	.0	8 (24.2)	2.	.1
	Não	1 (6.7)	35	21	1 (6.7)	09	48
Causa da anomalia	Identificada	4 (20.0)	1.	.2	1 (5)	5.	.0
	Desconhecida	8 (38.1)	62	03	7 (33.3)	24	22

Verificou-se ainda que seis (12.5%) participantes manifestaram simultaneamente reações clinicamente significativas de trauma e de luto. Este grupo era maioritariamente constituído por mulheres ($n = 5$, 83.3%). Na maioria das vezes, os movimentos fetais já eram sentidos ($n = 5$, 83.3%) e a causa da anomalia não estava identificada ($n = 4$, 66.7%). Todas as gravidezes foram desejadas e planeadas, sendo que metade do grupo ($n = 3$) já tinha filhos.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivos avaliar a prevalência de sintomatologia clínica de trauma e de luto no primeiro trimestre após uma IMG e identificar variáveis demográficas e clínicas a ela associadas. As prevalências de sintomatologia clínica de trauma e de luto encontradas no nosso estudo diferiram das referidas na literatura – enquanto as manifestações clínicas de trauma se verificaram numa proporção inferior à reportada por Korenromp et al. (2007), as de luto, no caso das mulheres, excederam os valores de Korenromp et al. (2007, 2009), tendo-se aproximado dos dados indicados por Kersting et al. (2007). O facto de as avaliações ocorrerem em momentos diferentes e de serem utilizados critérios distintos na classificação da sintomatologia pode ajudar a explicar estas divergências.

Embora não se tenham verificado diferenças de género ao nível da sintomatologia traumática (contrariamente ao estudo de Korenromp et al., 2007), verificou-se que as mulheres tinham maior probabilidade de apresentar reações clínicas de luto, o que é consistente com a literatura (Korenromp et al., 2007) e constitui um fenómeno designado como luto incongruente (Callister, 2006). Especificamente, as mulheres tendem a manifestar sinais de luto mais intensos e por períodos mais prolongados, o que se atribui à sua maior ligação ao bebé e ao facto de experienciarem fisicamente a perda, enquanto os homens podem evitar demonstrar sinais externos de sofrimento por considerarem necessário serem fontes de apoio para as companheiras (Heustis & Jenkins, 2005). Estas diferenças podem originar dificuldades conjugais, pelo que é necessário estar particularmente atento à existência

de divergências intracasal na forma de vivenciar a perda, disponibilizando apoio clínico quando necessário (White-Van Mourik, Connor, & Ferguson-Smith, 1992).

O facto de o impacto traumático poder ser superior quando o casal já sente os movimentos fetais é congruente com os resultados de Davies et al. (2005), que consideram preferível uma IMG de primeiro trimestre (sempre que possível), de maneira a atenuar as reações traumáticas associadas a este evento. Os autores sublinham que, no segundo trimestre, a relação estabelecida com o bebé tem uma duração maior, intensificando o sentimento de perda, o que se alia ao método de parto, que também difere – quando a IMG ocorre no segundo trimestre, o parto é induzido e os pais têm a possibilidade de ver o bebé.

Por fim, o facto de nem sempre se identificar uma causa para o diagnóstico constitui uma especificidade da perda reprodutiva e um possível obstáculo à adaptação, ao dificultar a compreensão do evento e, simultaneamente, ao poder potenciar sentimentos de culpa, particularmente entre as mulheres (Barr, 2004). Torna-se assim revelante avaliar, em contexto clínico, as atribuições do casal relativamente à ocorrência da perda, de forma a corrigir possíveis enviesamentos.

Importa ressaltar que a amostra deste estudo é pequena, o que condicionou o tipo de análises estatísticas que pudemos realizar. Futuramente, é importante constituir amostras mais numerosas, de forma a poder analisar a influência destas variáveis com recurso a análises estatísticas mais robustas.

REFERÊNCIAS

- Barr, P. (2004). Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 77, 493-510. doi: 10.1348/1476083042555442
- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489-1496. doi:10.1016/j.brat.2003.07.010
- Davies, V., Gledhill, J., McFayden, A., Whitlow, B., & Economides, D. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: A pilot study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 25, 389-392. doi:10.1002/uog.1854
- Direcção-Geral de Saúde (2011). *Relatório dos registos das interrupções de gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de Abril: Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*. Lisboa: Edição de autor.

- Heustis, J., & Jenkins, M. (2005). *Companioning at a time of perinatal loss: A guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins: Companion Press.
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., & Arolt, V. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 9-14. doi:10.1080/01443610400022967
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P., ... Suslow, T. (2007). Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 437-443. doi:10.1007/s00406-007-0743-1
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Potters, C. M. A. A., ... Visser, G. H. A. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenatal Diagnosis*, 27, 709-716. doi:10.1002/pd.1763
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., & Visser, G. H. A. (2009). Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: A longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201, 160.e1-160.e7. doi:10.1016/j.ajog.2009.04.007
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-42. doi:10.1007/BF00962697
- Rocha, J. C. F. C. da (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- White-Van Mourik, M. C. A., Connor, J. M., & Ferguson-Smith, M. A. (1992). The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis*, 12, 189-204. doi:10.1002/pd.1970120308

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA NA SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES

PAULA NELAS 1, C. SILVA 2, M. FERREIRA 1, J. DUARTE 1, C. CHAVES 1 & E. COUTINHO 1

Na adolescência, o interesse no corpo, mais especificamente o investimento na imagem que se tem deste, é fenómeno recorrente. O adolescente vê-se e revê-se ao espelho apreciando-se e avaliando a sua qualidade estética como estímulo da atracção sexual e amorosa para o outro sexo. As alterações na forma e esquema corporal, muitas vezes, levam a insatisfação com o corpo, mesmo que este possua dimensões corporais dentro dos parâmetros adequados (Pinheiro & Giugliano, 2006) para a sociedade em geral. Mesmo se inadequados, a insatisfação com a imagem corporal, pode ocasionar distúrbios psicológicos e sociais relativos à própria percepção (Fontes, 2006). As formas de ver e sentir o corpo são diferentes em função do contexto familiar e social (Sprinthall & Collins, 2008). O considerar-se bem ou mal tem como alicerce a moda ou o padrão cultural em voga, os modelos de identificação que teve e escolheu, o ideal que construiu, assim como, a forma como foi investido e idealizado pelos objectos anteriores, designadamente os pais (Matos, 2002). Uma vez que o indivíduo é socializado no seio de uma determinada cultura, é inevitável e compreensível que este partilhe e interiorize atitudes, crenças, valores e comportamentos, transmitidos de geração em geração, o que faz com que a imagem corporal seja um complexo fenómeno humano que envolve aspectos cognitivos, afectivos, sociais e culturais (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leiros, 2009).

Também a auto-imagem pode apresentar efeitos distorcidos devido à dificuldade de apreensão da transformação corporal que naturalmente ocorre na adolescência (Costa *et al.*, 2008). A obsessão adolescente com o ícone cultural de corpo esbelto tem contribuído para a adopção de comportamentos menos saudáveis. É compreensível que na cultura ocidental que valoriza acerrimamente a magreza se procure atingir esse ideal de beleza. A não concretização de tal objectivo conduz a situações de insatisfação corporal, que, segundo Warren, Gleaves, Benito, Fernandez & Ruiz (2005) se traduz numa avaliação subjectiva negativa da aparência física, repercutindo-se a nível psicológico.

Estudos revelam que os adolescentes estão insatisfeitos com a imagem corporal (Conti, Frutuoso & Gambardella, 2005; Graup, et al., 2008; Vilela, Lamounier, Filho, Neto & Horta, 2004).

1-Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde; 2-Universidade de Aveiro.

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA NA SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES

Revelaram também que a classe de pertença tem efeito significativo nos ideais pessoais de beleza (Casanova, 2004), que os rapazes possuem um auto-conceito físico significativamente superior às raparigas, encontrando-se diferenças entre géneros superiores nas dimensões aspecto físico global, consistência, vigor, aparência e gordura corporal e menores ao nível das dimensões saúde, flexibilidade e coordenação e que o auto-conceito físico decresce com o avançar da idade (Klomsten, Skaalvik & Espnes, 2004).

O ano de escolaridade e a idade, assim como a idade do pai, a habilitação da mãe e a religião também são factores com influência significativa na imagem corporal e na auto-estima do adolescente (Anastácio & Carvalho, 2006). Face ao enquadramento, o presente estudo, tem como objectivo testar a efectividade de uma intervenção formativa, no âmbito do desenvolvimento adolescente, em adolescentes do 9º ano de escolaridade do ensino regular, na satisfação com a imagem corporal. A intervenção formativa foi estruturada tendo por base o desenvolvimento adolescente, e a colheita de dados ocorreu em dois momentos, antes e após a intervenção formativa.

MÉTODO

O presente estudo é de natureza quantitativo, descritivo e correlacional. Neste capítulo serão apresentados os participantes no estudo e protocolo de avaliação utilizado.

Participantes

Participaram no presente estudo 840 adolescentes, com uma idade média de 14.44 anos (d.p. ± 1.25 anos). Os rapazes são em média mais velhos ($M=14.5$ anos) que as raparigas ($M=14.3$ anos) com diferenças significativas entre os dois grupos. Foram seleccionados através do processo de amostragem por conveniência, sendo 441 do sexo masculino e 399 do sexo feminino. No quadro 1 é possível verificar as estatísticas relativas à idade dos adolescentes.

Quadro 1: Estatísticas da idade dos adolescentes

Idade		M		Mé	D.P	CV	Sk/er	K/er	K/S
Sexo	N	in	ax	dia	.	(%)	ro	ro	
Masculino	44	1	1	14.	0.8				0.0
	1	3	7	51	66	5.96	7.59	8.26	00
Feminino	39	1	1	14.	0.8				0.0
	9	3	7	37	40	5.84	2.099	3.52	00
Total	84	1	1	14.	0.8				0.0
	0	3	7	44	56	5.92	11.13	3.73	00

A maioria dos adolescentes vive na cidade (51.0%), cerca de 9 em cada 10 vive com os pais e 16.8% dos adolescentes afirmaram não ter irmãos.

Quadro 2: Caracterização sócio-demográfica da amostra em função do sexo

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		Qui quadrado	
	Nº (441)	% (52.5)	Nº (399)	% (47.5)	Nº (840)	% (100.0)	Mas	Fem	X²	p
Zona de residência										
Rural	225	51.0	187	46.9	412	49.0	1.2	-	1.44	0.229
Urbana	216	49.0	212	53.1	428	51.0	-1.2	1.2		
Coab.com os pais										
Sim	410	93.0	375	93.5	785	93.2	-0.3	0.3	0.087	0.768
Não	31	7.0	24	6.5	55	6.8	0.3	-0.3		
Número de irmãos										
Sem irmãos	74	16.8	68	17.0	142	16.9	-0.1	0.1		
Um	270	61.2	239	59.9	509	60.6	0.4	-0.4		
Dois	70	15.9	60	15.0	130	15.5	0.3	-0.3	1.238	0.744
Superior a três	27	6.1	32	8.0	59	7.0	-1.1	1.1		

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA NA SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES

Material

O protocolo de recolha de dados inclui um questionário que possibilita fazer a caracterização sociodemográfica e sexual da amostra e ainda a escala de insatisfação com a imagem corporal de Baille, Guillen e Barre (2003).

Resultados

Procuramos estabelecer a relação entre a insatisfação com a imagem corporal antes da intervenção e a insatisfação após a intervenção. Notamos que 97.7% se mantêm satisfeitos quer antes quer após a intervenção formativa. Dos 5.8% de adolescentes que manifestaram insatisfação antes da intervenção, 70.5%, mantiveram a mesma opinião após a mesma. O teste de qui quadrado e os resíduos ajustados revelam significâncias estatísticas ($X^2=352.984$; $p=0.000$).

Quadro 3:

Relação entre percepção da insatisfação com a imagem corporal antes e após a intervenção formativa

	Após		Satisfeitos		Insatisfeitos		Total		Residuais	
Antes	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2
Satisfeitos	778	97.7	13	29.5	791	94.2			18.8	-18.8
Insatisfeitos	18	2.3	31	70.5					-	
					49	5.8			18.8	18.8
Total	796	100.	44	100.			840	100.		
		0		0				0		

A intervenção formativa não produziu efeito na satisfação com a imagem corporal. A melhores índices antes da intervenção formativa correspondem melhores índices após a intervenção ($t=5.969$, $p=0.000$). São as raparigas, os mais jovens, residentes em meio rural os mais insatisfeitos.

DISCUSSÃO

Na adolescência existe uma tendência social e cultural de considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação e êxito. É fundamental veicular a ideia de que corpos perfeitos difundida pelos *media* não existe, estes são apenas imagens manipuladas e artificiais. Os profissionais das equipas multidisciplinares juntamente com os pais, devem intervir a nível da informação mediática. Os resultados de estudos revelam que mais de metade dos adolescentes manifestaram desagrado e desejo

de mudar aspectos corporais (Vilela, Lamounier, Filho, Neto & Horta, 2004; Conti, Frutuoso & Gambardella, 2005; Graup, Pereira, Lopes, Araújo, Legnani & Borgatto, 2008). O aspecto mais saliente na avaliação da satisfação com o corpo foi a aparência, sendo a insatisfação com a gordura o mais vezes mencionado. São as raparigas que mais desejam modificar aspectos do seu corpo. Estes resultados consubstanciam os obtidos no nosso estudo ao depararmos-nos que os mais insatisfeitos com a imagem corporal são as raparigas, os residentes em meio rural, os adolescentes mais jovens.

REFERÊNCIAS

- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5 (1), 1-20.
- Anastácio, Z., & Carvalho, G. S. (2006). Saúde na adolescência: satisfação com a imagem corporal e a auto-estima. In B. O. Pereira, G. S. Carvalho, (coord.). *Actividade física, saúde e Lazer* (pp.49-61). Lisboa: Lidel. Acesso em Junho, 24, 2010, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5770/1/Saude%20na%20adolescencia.pdf>.
- Baile, J. I., Guillén, F. G., & Garrido, E. L. (2003). Desarrollo y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. *Medicina Clínica*, 121(5), 173-177. Barcelona.
- Casanova, E. (2004). “No ugly women”: concepts of race and beauty among adolescent women in Ecuador. *Gender & Society*, 18(3), 287-308.
- Conti, M. A., Frutuoso, M. F. P., & Gambardella, A. M. D. (2005). Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*, 18(4), 491-497. Acesso em Junho 25, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000400005&lng=en&nrm=iso.
- Costa, M. V. M. & et al. (2008, 11 a 14 de Novembro). Avaliação da auto-percepção da imagem corporal em adolescentes. *Actas do XVII Congresso de Iniciação Científica, X Encontro de Pós-Graduação*.
- Fontes, M. (2006). Uma leitura do culto contemporâneo ao corpo. *Contemporânea*, 4(1), 117-137.
- Graup, S., Pereira, É. F., Lopes, A. S., Araújo, V. C., Legnani, R., F. S., & Borgatto, A. F. (2008). Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. *Revista Brasileira Educação Física Especial*, 22(2), 129-138. Acesso em Junho, 5, 2010 em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbefe/v22n2/v22n2a4.pdf>.
- Klomsten, A., Skaalvik, E., & Espnes, G. (2004). Physical self-concept and sports. do gender differences still exist?. *Sex Roles*, 50(1/2), 119-127.
- Matos A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA NA SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES

- Pinheiro, A. P., & Giugliano, E. R. J. (2006). Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado? *Jornal de Pediatria*, 82(3), 232-235. Porto Alegre.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. 4ª ed. Lisboa: Gulbenkian.
- Vilela, J.E.M., Lamounier, L.J., Filho, M.A., Barros-Neto, J.R., & Horta, G.M. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, 80(1), 49-54.
- Warren, C., Gleaves, D., Benito, A., Fernandez, M. & Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 241-249.

A VIVENCIA PSICOLÓGICA DE CASAIS INFÉRTEIS QUE RECORREM AOS SERVIÇOS DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA

DANIELA ALVES NOGUEIRA 1, M^a ANGÉLES DIEZ SÁNCHEZ 2 & GLORIA BUENO CARRERA 2

As razões subjacentes à escolha desta temática com o estudo de casais que não conseguem conceber espontaneamente um filho biológico e que optam por recorrer aos serviços de Procriação Medicamente Assistida (PMA), prendem-se essencialmente pelo reconhecimento consensual que este acontecimento é vivenciado como uma crise de vida inesperada e negativa que surpreendentemente vem modificar o sentido de identidade pessoal, ou seja, que implica uma nova construção e reintegração de outra identidade (Bridges, 2005; Moreno-Rosset, 2000, 2009; Newton, Sherrard & Glavac, 1999; Peterson, 2000). O processo de tratamento é, por vezes vezes, acompanhado pelo aumento de sofrimento emocional, devido à própria natureza invasiva das técnicas utilizadas, bem como pela duração do tratamento e sucessivos insucessos (Antequera et al., 2008; Salvatori, et al., 2001), daí ser frequentemente equiparado a uma montanha russa emocional (Moreno-Rosset, 2000; 2009). Neste processo podem colidir os ideais e representações sociais, e tudo isso, por um desejo em se tornarem pais que permanece indefinidamente por concretizar (Ávila & Moreno-Rosset, 2008; Farinati, Rigoni & Müller, 2006; Fernández, Herrera & González, 2002; León, 2007).

Assim, surgiu um novo campo de investigação e intervenção, que é a Psicologia da Reprodução, considerada como uma especialização da Psicologia da Saúde, que nasce da maior atenção que este fenómeno exige (Sá, 1997) e que culminou com a declaração da Organização Mundial da Saúde sobre a situação de infertilidade, considerando-a como uma doença do sistema reprodutivo e definindo-a como uma incapacidade de alcançar uma gravidez e/ou de a levar a termo, após um ano de relações sexuais não protegidas (Faria, 1990, 2001; Gonçalves, 2005; Monach, 2005; Moreno-Roset, 2009; Salvatore, et al., 2001).

A decisão em adiar a procriação para uma idade da mulher coincidente com a diminuição da sua fertilidade é um problema multifactorial que aumenta a sua complexidade, ou seja, a possibilidade de controlar a ausência de concepção garantida pelos contraceptivos (Evers, 2002; Reed, 2001), gera uma fantasia de controlo absoluto sobre a fertilidade, gerando por sua vez a falsa crença que se pode ter filhos quando se pretende.

1 -Instituto Superior da Maia, Unidade de Investigação em Desenvolvimento humano e Psicologia, e Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo Comportamental; 2- Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Medicina Legal e Historia da Ciência da Faculdade de Medicina da Universidade de Salamanca.

Estas ideias são igualmente suportadas pelas exigências do mundo laboral cada vez mais precário, que se manifesta pelas dificuldades crescentes de acesso ao primeiro emprego e consequentemente à obtenção de domicílio próprio (Figueiredo, 2006; López et al., 2007). Outro factor potencialmente justificativo é o desconhecimento dos processos reprodutivos que se pode manifestar pela ausência de relações sexuais durante o período fértil, mantendo as relações sexuais apenas aos fins-de-semana, ou durante as férias (Gonçalves, 2005). Razão esta pela qual a OMS (Direção Geral da Saúde, 2008) recomenda uma frequência de duas a três vezes por semana, com intervalos regulares, para aumentar a probabilidade de concepção durante o período fértil da mulher.

Para além disso, o conceito de maternidade supõe admitir sofrimento voluntário e indispensável para a mulher, pensamento este ainda muito enraizado socialmente. Desde esta perspectiva a maternidade é construída como o ideal maior da mulher, e o único caminho de realização da feminilidade, implicando a anulação pessoal, a abnegação e o sacrifício prazeroso (Azevedo & Arrais, 2006; Clarke et al, 2006; Trindade & Enumo, 2002). Perante tudo isto, as teorias de género mais actuais enfatizam o processo de construção do conceito materno em detrimento do instinto maternal, concebendo a maternidade como uma construção social e cultural. Não obstante, culturalmente as representações de maternidade continuam muito ligadas ao mito da mãe perfeita e as repercussões para as mulheres inférteis podem ser insuportáveis quando se acredita que ser mãe é algo inato que forma parte do seu ciclo vital feminino (Azevedo & Arrais, 2006; Trindade & Enumo, 2002).

O sofrimento surge então, quando a infertilidade aparece em mulheres que desejam ter um filho, como afirma Patrão-Neves (2001, p. 79): “Não há infertilidade sem desejo de procriar”. O impacto do diagnóstico vai naturalmente depender, do significado que cada elemento do casal atribui à parentalidade, e assim a infertilidade é consensualmente descrita como um acontecimento de vida, um acontecimento desejado que não ocorre, uma perda ambígua ou perda do invisível, que traduz quase sempre uma frustração de uma modalidade do desejo que representa a finitude do Homem (Burt & Hendrick, 2005; Faria, 1990; Leal & Pereira, 2005; Moreno-Rosset, 2000, 2009; Patrão-Neves, 2001; Van Balen & Bos, 2004; Vaz-Serra, 1999).

As variáveis psicológicas habitualmente presentes na literatura, dividem-se em 3 eixos principais: na focalização do problema em ambos os elementos do casal; nos problemas centrados num dos elementos; e, nos problemas na dinâmica conjugal. Todos reflectem essencialmente os seguintes construtos psicológicos que nós elegemos para o nosso estudo: o stress, as estratégias de resolução de problemas ou coping, e o desajustamento emocional, concretamente ao nível da ansiedade e depressão (Nodim, 2005; Moreira et al., 2005; Peterson et al., 2003; Salvatori et al., 2001; Suárez, 2000; Trosby & Gill, 2000).

Observa-se assim como a natureza stressante de um não-acontecimento tem que mobilizar as estratégias de coping mais adequadas para solucionar o problema e assim prevenir o sofrimento psicológico resultante. Neste sentido, o principal objetivo deste trabalho foi caracterizar os casais

inférteis portugueses que enfrentam uma problemática de infertilidade e que optam por recorrer à medicina de reprodução, pretendendo-se minimizar o risco de manifestações psicopatológicas e de dor mental durante o processo exigente dos tratamentos.

MÉTODO

Realizou-se um estudo observacional, analítico de tipo transversal.

Participantes

Mediante um processo de amostragem não probabilístico ou intencional de tipo sequencial, participaram 212 pessoas inférteis que recorreram a serviços públicos e privados de PMA, da região norte de Portugal. A idade média dos participantes é de 32,8 anos (d.p. 5,4 anos) sendo a média de idade das mulheres de 31,8 anos (d.p. 4,9) e dos homens 34 (d.p. 5,7). A maioria dos participantes estão casados ou vivem em união de facto, e maioritariamente habitam na cidade. Atendendo às características sócio-demográficas comprova-se que possuem o mesmo padrão que a maioria dos casais inférteis que procuram ajuda (Gonçalves, 2005; Maia, 2000). São pessoas caucasianas, com mais de 30 anos de idade, casadas e com um nível educacional médio-alto.

O tempo médio desde a decisão de ter filhos até ao momento da avaliação é de 3,9 anos (com um mínimo de 6 meses e máximo de 16 anos). Ao analisar a história ginecológica pode observar-se que a maioria não tem antecedentes. No momento da entrevista, 62% dos casais encontram-se na fase inicial dos tratamentos, nenhum sujeito se encontrava na etapa pré-diagnóstica, nem haviam finalizado os tratamentos.

Material

A bateria de instrumentos constava de uma entrevista semi-estruturada, seguida da qual se aplicavam os seguintes instrumentos psicológicos: uma versão piloto (realizada nesta investigação) do Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI), inspirado num modelo psicológico de percepção de stress associado à vivência da infertilidade, proposto por Newton, et al., em 1999. O Inventário de Resolução de Problemas o IRP, criado por Vaz-Serra (1988) e baseado no modelo transacional de coping de Lazarus e Folkman. Por último, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) de Zigmond e Smith (1983, cit in Crawford, Henry, Crombie & Taylor, 2001) que foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar em 2006.

O procedimento de reprodução assistida mais frequente no momento da avaliação foi a fertilização in vitro. A infertilidade em 42,5% dos casos devia-se a algum problema na mulher.

RESULTADOS

A percepção média de Stress Global associado à vivência de infertilidade dos indivíduos da amostra é de 131,7 com um d.p. de 25,3. As mulheres reagem à situação de infertilidade com níveis mais elevados de stress global, alcançando estas um valor de 134,3 (d.p. 25,5) enquanto os homens apresentam um valor médio de 128,7 (d.p. 24,9).

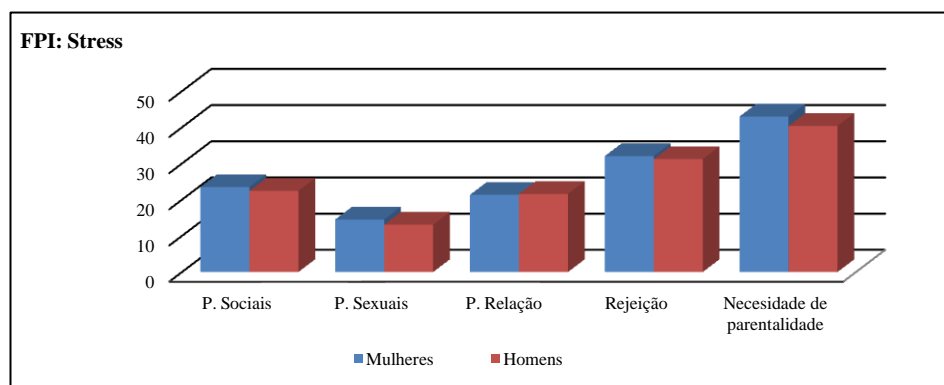


Fig. 1 - Valores médios do FPI

No entanto, ao realizarmos análises de diferenças de médias ou t de Student relativamente ao sexo observamos que a necessidade em ser pais é a única dimensão onde se encontram diferenças estatisticamente significativas ($t_{(186)} = 2,32$; $p_a = ,02$); a ausência de diferenças nas restantes dimensões poderá ser justificada pela elevada congruência conjugal que revela uma concordância perante a identificação do stressor entre os elementos do casal (Peterson, et al, 2003; 2008).

Perante o problema de infertilidade, tanto o homem como a mulher, adotam os mesmos sistemas e estratégias de coping se natureza essencialmente passiva. Não obstante, encontramos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões controlo interno-externo dos problemas ($t_{\text{control (200)}} = -2,26$; $p_a = ,02$) e no IRP Total ($t_{\text{total (200)}} = -2,20$; $p_a = ,02$), que se poderá traduzir numa adaptação melhor dos homens perante esta situação vital.

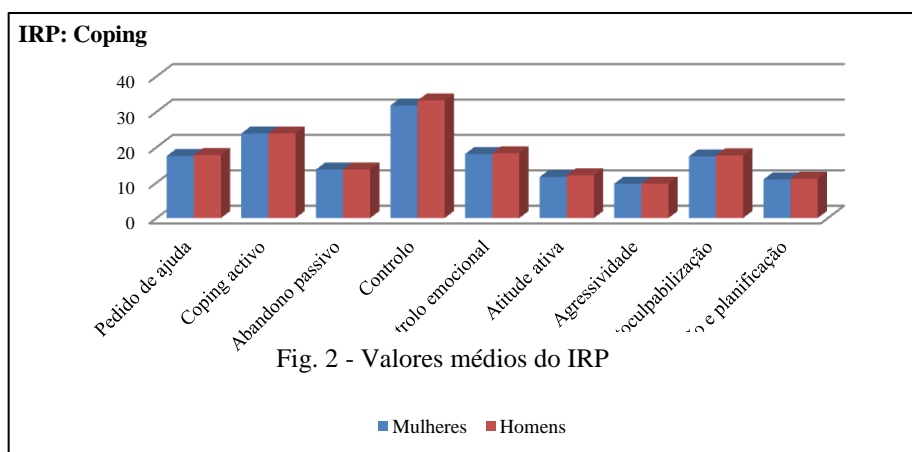
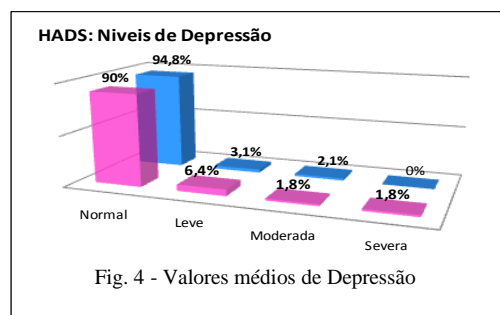
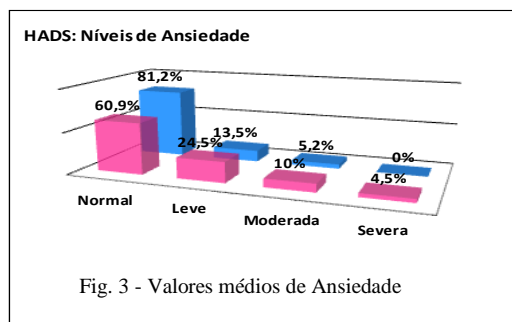


Fig. 2 - Valores médios do IRP

Relativamente à manifestação do sofrimento emocional, podemos observar que ao nível de ansiedade, a maioria dos sujeitos não alcança valores clínicos significativos, apesar de encontrarmos diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ($t_{\text{ansiedade}}(204) = 3,45$; $p_a = ,001$; $t_{\text{depressão}}(204) = 1,81$; $p_a = ,07$).



A maior expressão de sintomatologia ansiosa e depressiva dá-se nas mulheres, com 39% de sintomatologia ansiosa em diferentes níveis de intensidade e apenas 10% de sintomatologia depressiva. Desta forma, confirma-se a pouca incidência de psicopatologia nos casais inférteis, apesar da evidente presença de um subgrupo com sofrimento emocional importante. Esta evidência vem reforçar a necessidade de se realizar uma avaliação psicológica aos casais inférteis no sentido de se rastrear e encaminhar a díade e/ou cada elemento que manifeste desajustamento emocional significativo, para uma intervenção psicológica que deverá maximizar os recursos emocionais disponíveis que os indivíduos terão que mobilizar para enfrentar os tratamentos médicos.

DISCUSSÃO

Globalmente os indivíduos da amostra não alcançaram valores médios clínicos significativos, comprovando-se a “des-psicopatologização” dos casais inférteis, apesar da presença evidente de um subgrupo de elementos que manifestaram sofrimento emocional, e que justificam a implementação de planos de intervenção psicológica. Esta deverá promover a reestruturação cognitiva no sentido da adaptação aos potenciais dilemas éticos e morais que advêm da decisão em procurarem as técnicas de PMA, e, deverá igualmente segundo Moreno-Rosset (2009) ajudar os casais a centrarem-se em si mesmos, bem como na interação conjugal, de forma que a sua felicidade não dependa do que não têm, mas sim do que possuem, auxiliando-se deste modo, no processo de reestruturação da sua identidade (Ávila & Moreno-Rosset, 2008; Newton et al., 1999; Peterson, 2000).

REFERÊNCIAS

- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C., & Ávila, A. (2008). Principales Transtornos Psicológicos Asociados a la Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29, 167-175.
- Ávila, A., & Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención Psicológica en Infertilidad: Orientaciones para un Protocolo de Actuación Clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29, 186-196.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. B. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 296-276.
- Bridges, S. (2005). A constructivist Approach to infertility: Loss and Meaning Reconstruction. *Comtemporary Sexuality*, 39, 10-13.
- Burt, V. K., & Hendrick, V. (2005). *Clinical Manual ok Women's Mental Health*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Calero, J. L., & Santana, F. (2005). La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Instituto Nacional de Endocrinologia*.
- Clarke, L., Martin-Matthews, A., & Matthews, R. (2006). The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility. *Canadian Review of Sociology and Antropology*, 43, 95-113.
- Crawford, J., Henry, J., Crombie, C., & Taylor, E. (2001). Brief report Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *The British Journal ok Clinical Psychology*, ProQuest Psychology Journals, 429-434.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Saúde reprodutiva: infertilidade*. Lisboa: Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.
- Evers, J. L. (2002). Female subfertility. *The Lancet*, 151-159.
- Faria, C. (1990). A Infertilidade: Desejo ou Maldição. *Análise Psicológica*, 4, 419-423.
- Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 189-209). Coimbra: Quarteto.
- Farinati, D. M., Rigoni, M. d., & Müller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 23, 433-439.
- Fernández, M. R., Herrera, P. M., & González, I. B. (2002). Infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18, 117-120
- Figueiredo, H. M. (2005). *A Procriação Medicamente Assistida e as Gerações Futuras*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Gonçalves, J. (2005). Avaliação do casal infértil. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 493-503.
- Leal, I., & Pereira, A. O. (2005). Infertilidade - Algumas Considerações sobre Causas e

- Consequências. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 151-174). Lisboa: Fim de Século.
- López, C. M., Frances, L. R., Isla, P. P., Rigol, A. C., Sanchez, I. Z., & Bestard, J. C. (2007). Los Jóvenes y la Reproducción Asistida. *Cultura de los Cuidados*, (pp.70-79). Barcelona.
- Maia, H. F. (2000). Impacto do tratamento da infertilidade no funcionamento psicológico de casais inférteis. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho*.
- Monach, J. (2005). Psychosocial aspects of infertility. *British Fertility Society Factsheet, 1*.
- Moreira, S., Lima, J., Sousa, M., & Azevedo, G. (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 5*, 119-125.
- Moreno-Rosset, C. (2000). Proceso psicológico en infertilidad: una guía para el consejo psicológico. In C. Moreno-Rosset (Ed.). *Factores Psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2009). *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (2009). *La infertilidad? Por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Madrid: Pirámide.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-relates stress. *Fertility and Sterility, 72*, 54-62.
- Nodim, N. (2005). Intervenção em Saúde Sexual e Reprodutiva. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. (pp. 127,150). Lisboa: Fim de Século.
- Patrão-Neves, M. (2001). A infertilidade e o desejo de procriar: perspectiva filosófica. In R. Nunes & H. Melo (Ed.). *A ética e o direito no início da vida humana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Peterson, B., Newton, C., & Rosen, K. (2003). Examining Congruence Between Partners' Perceived Infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertlity Couples. *Family Process, 42*, 59-70.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction, 23*, 1128-1137.
- Reed, S. A. (2001). Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the prymary care provider. *Military Medicine, 166*, 1018-1022.
- Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depresion Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2),13.225-235
- Sá, E. (1997). Aspectos Psicológicos da Esterilidade e da Infertilidade. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e*

o bebe. (pp. 23-32). Lisboa: Fim de Século.

Salvatore, P., Gariboldi, S., Offidani, A., Coppola, F., Amore, M., & Maggini, C. (2001). Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and Sterility*, 75, 1119-1125.

Throsby, K., & Gill, R. (2004). "It's different for men". Masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6, 330-348. Sage Publications.

Trindade, Z. A., & Enumo, S. R. (2001). Representações Sociais de Infertilidade Feminina entre Mulheres Casadas e Solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 5-26.

Van Balen, F., & Bos, H. M. (2004). Infertility, culture, and psychology in worldwide perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 245-247.

Vaz-Serra, A. (1988). Um estudo sobre o coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9, 301-316.

Vaz-Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.

FATORES PROTETORES CONTRA O ABANDONO DE PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS

MARIA LUCIA TIELLET NUNES & MARINA BENTO GASTAUD

A tentativa de desenvolver uma psicoterapia baseada em evidência não é tarefa recente, uma vez que há mais de oito décadas pesquisadores vêm se debruçando na tarefa de tornar mais objetivo e mensurável o efeito da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica (Wallerstein, 2002). A discussão sobre a necessidade de submeter as psicoterapias aos rigorosos protocolos de pesquisa das áreas humanas e da saúde não restringe-se mais ao meio acadêmico, ampliando-se também para os contextos clínicos.

Há evidências consideráveis de que a psicoterapia seja de fato uma opção efetiva de tratamento para crianças com sofrimento psíquico (Deakin & Nunes, 2008; Kazdin, 1991; Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987). Entretanto, o abandono em psicoterapias tem taxas de 25 e 60% dos casos (Luk, et al. 2001; Midgley & Navridi, 2006). Há uma defasagem entre o número de crianças que necessitaria de atendimento especializado em saúde mental e as crianças que de fato chegam a receber ajuda. Conclui-se, portanto, que poucas crianças são atendidas e, dessas, muitas abandonam seus tratamentos.

Entender os fatores que contribuem para o abandono de tratamento parece importante para formar uma base para identificação de casos em risco e para intervir no sentido de melhor engajar a família no tratamento (Kazdin, 1996). O objetivo do presente estudo foi, portanto, revisar dados recentes de pesquisas sobre o abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças (focando principalmente em pesquisas conduzidas pelo no grupo de investigação das autoras sobre este tema) e, com base nestes achados, propor possíveis estratégias de prevenção a este fenômeno.

Preditores de abandono de tratamento

Luk et al (2001) referem que o abandono parece estar associado à configuração familiar (mães jovens e famílias monoparentais), situação socioeconômica (famílias socioeconomicamente prejudicadas) e motivo de consulta (crianças com grave comportamento antissocial). Kazdin (1996) sugere associação positiva e direta entre abandono e desvantagem socioeconômica da família (menor educação, menor renda, receber

ajuda financeira do governo e/ou moradia em locais muito pequenos ou perigosos), constelação familiar (mães mais jovens, famílias compostas por apenas um dos pais, famílias formadas por grupos minoritários), psicopatologia dos pais (mãe relata história de comportamento antissocial quando era criança), sintomas das crianças (alto número de sintomas agressivos, antissociais e de conduta na criança, independente do diagnóstico) e funcionamento acadêmico/educacional da criança (abaixo da inteligência normal, história de repetências escolares). Midgley & Navridi (2006) demonstraram que o tempo de atendimento está associado ao abandono: crianças que permaneceram em atendimento por mais de dois anos tendem a não abandonar seus tratamentos. Tais autores ainda encontraram associação entre abandono e sexo, sendo crianças do sexo feminino mais prováveis de concluir seus atendimentos e de não abandoná-los.

Muitos destes achados foram confirmados em pesquisas realizadas pelo grupo de pesquisa das autoras. Em um estudo longitudinal e documental visando detectar preditores de abandono à psicoterapia psicanalítica (Gastaud & Nunes, 2009), foram pesquisados prontuários de todas as crianças que buscaram atendimento em duas instituições privadas no sul do Brasil. A amostra final foi de 2.106 crianças em psicoterapia psicanalítica. Dessas, 19,9% não aderiram ao tratamento, 55,6% abandonaram, 14,1% obtiveram alta e 10,4% ainda estavam em atendimento no momento da coleta. Esta investigação utilizou a definição de término de tratamento proposta por Gastaud e Nunes (2010): 1) Não aderência: o atendimento é interrompido na fase de avaliação da psicoterapia, ou seja, antes que os objetivos estabelecidos para o tratamento estejam claros para ambos os participantes ou em situações em que não há indicação de tratamento. 2) Abandono: a psicoterapia é encerrada antes que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos, independentemente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-la e independentemente de a decisão ter sido uni ou bilateral. 3) Alta: a psicoterapia é encerrada quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos. Primeiramente, os grupos de alta e abandono foram comparados a fim de traçar preditores de abandono à psicoterapia. Os resultados indicam que meninos apresentam mais risco de abandonar o tratamento; já crianças encaminhadas por neurologistas ou por psicólogos apresentam menos risco de abandono. Após o sexto mês de atendimento, o risco de abandono decai consideravelmente. Os primeiros seis meses de tratamento são, portanto, cruciais para o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica e para engajar o paciente e sua família no tratamento.

Em geral, meninos apresentam mais chance de serem levados à terapia por apresentar problemas externalizantes de comportamento e de receberem diagnósticos como funcionamento antissocial e transtornos de conduta. Casos severos como esses apresentam, segundo a literatura, mais risco de

abandono de tratamento, colocando, por essa razão, os meninos no chamado "grupo de risco" para abandono de psicoterapia.

Além do encaminhamento por psicólogo e neurologista, o tratamento combinado mostrou-se, neste estudo (Gastaud & Nunes, 2009), como fator preventivo de abandono, pois possibilita a compreensão transdisciplinar e mais especializada sobre o problema do paciente, possivelmente aumentando a efetividade do tratamento e satisfazendo melhor as expectativas dos pais. Encaminhamentos por neurologistas atendem a essa perspectiva multidisciplinar. São casos, em geral, com dificuldades de desenvolvimento e que exigem acompanhamento psicológico permanente para a criança e para os pais. Quando os pais percebem e estão de acordo com a necessidade de tratamento, como, em geral, ocorre com crianças com problemas neurológicos, o risco de abandono decai (Kazdin, 1996). As crianças encaminhadas por psicólogos podem ser provenientes de avaliação psicológica (na qual ficou constatada a necessidade de psicoterapia), de psicólogos que trabalham em consultórios particulares e que encaminham para as instituições as famílias que não apresentam condições de arcar com os honorários particulares ou de psicólogos que atendem outro integrante da família e constatou a necessidade daquela criança receber ajuda especializada. Em qualquer caso, os encaminhamentos por psicólogos permitem uma indicação mais precisa da necessidade de terapia, diminuindo o risco de abandono.

Estratégias para evitar o abandono de tratamento

Conhecer preditores de abandono em psicoterapia possibilita aos terapeutas identificar precocemente pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono, oportunizando-lhes trabalhar preventivamente e mais diretamente aspectos de resistência e transferência negativa desses pacientes e seus familiares, principalmente nos primeiros 6 meses de tratamento. Criar técnicas de intervenção com os pais de tais crianças nas fases iniciais da psicoterapia e realizar tratamentos transdisciplinares e combinados também são saídas possíveis para evitar o abandono (Gastaud & Nunes, 2009).

Uma parcela considerável dos pacientes brasileiros em psicoterapia é atendida em clínicas-escola. Clínicas-escolas são serviços de atendimento à comunidade de menor renda oferecidos pelas faculdades brasileiras de Psicologia, nos quais a maior demanda é de atendimento a crianças (Campezatto & Nunes, 2007). As psicoterapias nestas instituições são levadas a cabo por estudantes de psicologia realizando estágio de psicologia clínica, o qual tem duração média de um ano. Um dos problemas nos serviços é que o final de estágio dos alunos que atendem nem sempre coincide com o final de tratamento dos pacientes.

Considerando esta variável como uma grande responsável pelos altos índices de abandono nas clínicas-escola, foi realizada uma investigação (Lhullier, Nunes, Antochévis, Porto, & Figueiredo, 2000) com o

objetivo de avaliar o efeito de um período de co-terapia (terapeuta antigo e terapeuta novo presentes no atendimento) na redução das taxas de abandono. Este período de co-terapia correspondeu às três sessões que antecediam à troca definitiva de terapeuta. Os pacientes foram subdivididos em dois grupos e foram comparados os índices de alta e abandonos entre ambos. O grupo que realizou adaptação mostrou índices significativamente menores de abandono (27%) do que o grupo que não o fez (49%), demonstrando, portanto, a utilidade desta adaptação na prevenção do abandono à psicoterapia. Mesmo que este estudo não tenha se limitado a uma população de pacientes crianças, abrangendo diversas faixas etárias, pensa-se que a instituição de um período de co-terapia nos casos em que uma mudança de terapeuta será necessária pode ser uma medida útil na redução das taxas de abandono.

Outra medida que parece útil na prevenção do abandono de psicoterapia é a realização de uma avaliação psicodiagnóstica antes de iniciada a psicoterapia (Gastaud, Feil, Merg, & Nunes, ainda não publicado). A avaliação psicológica ou psicodiagnóstico objetiva, através da utilização de testes psicológicos, investigar sintomas, descrever e compreender a personalidade do sujeito, fornecer um diagnóstico embasado em técnicas científicas, estimar prognóstico e auxiliar na elaboração de estratégias terapêuticas. Com o objetivo de analisar se crianças submetidas ao psicodiagnóstico mantêm-se mais em psicoterapia do que crianças que iniciaram tratamento sem avaliação psicológica prévia, foram analisados prontuários de crianças encaminhadas à psicoterapia no momento da triagem em dois ambulatorios de saúde mental no sul do Brasil. Controlando para as variáveis confundidoras, encontrou-se que crianças que passaram por psicodiagnóstico antes de iniciar a psicoterapia apresentam menos chance de não aderir e menos chance de abandonar o tratamento do que crianças que não passaram por este tipo de avaliação. O psicodiagnóstico auxilia os pais a se apropriarem da demanda de tratamento para seus filhos, tornando-a menos coercitiva. Ademais, a avaliação psicológica embasa de forma mais concreta o subjetivo processo psicoterapêutico. A realização de psicodiagnóstico, portanto, mostrou-se como fator protetor para não aderência e abandono na psicoterapia psicanalítica de crianças (Gastaud, Feil, Merg, & Nunes, manuscrito não publicado).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas dificuldades financeiras e pela pouca disponibilidade de tempo em geral alegadas pelas famílias de crianças em psicoterapia, a distância entre o tratamento real e o tratamento ideal parece ser cada vez maior, comprometendo os resultados e levando a maiores índices de abandono. Cabe aos profissionais que atuam nesta área unir seus esforços na compreensão das demandas características da atualidade para que,

assim, possam continuar oferecendo seus serviços de forma efetiva a toda a comunidade infantil que apresenta problemas psicológicos.

Como se pôde perceber ao longo desta revisão, é fundamental a integração entre o clínico e a pesquisa, possibilitando que a base de conhecimentos empíricos a qual se tem acesso hoje em dia chegue até os clínicos e auxilie a sua prática. Esta integração torna o arcabouço técnico psicanalítico mais refinado, mais baseado na população contemporânea, mais abrangente (estudo de grandes amostras ao invés de pacientes isolados em consultórios particulares) e mais próximo ao que se denomina de *psicoterapia baseada em evidências*. Apenas desta forma será possível a diminuição dos altos índices de abandono nas psicoterapias.

REFERÊNCIAS

- Campezatto, P., & Nunes, M.L. (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.
- Deakin, E., & Nunes, M.L. (2008). Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (1), suppl.
- Gastaud, M., & Nunes, M.L. (2009). Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31 (1), 13-23.
- Gastaud, M., & Nunes, M.L. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 247-254.
- Gastaud, M., Feil, C., Merg, M., & Nunes, M.L. Associação entre a realização de avaliação psicodiagnóstica e o tipo de término na psicoterapia psicanalítica de crianças. Manuscrito não publicado, disponível com as autoras mediante solicitação por email.
- Kazdin, A.E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 59 (6), 785-798.
- Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychotherapy and Psychiatry*, 1 (1), 133-156.
- Lhullier, A., Nunes, M.L., Antochévis, A., Porto, A.M., & Figueiredo, D. (2000). Mudança de terapeuta e abandono da psicoterapia em uma clínica-escola. *Aletheia*, 11, 7-11.
- Luk, E.S., Staiger, P.K., Mathai, J., Wong, L., Birleson, P., & Adler, R. (2001). Children with persistent conduct problems who dropout of treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10 (1), 28-36.

- Midgley, N., & Navridi. E. (2006). An exploratory study of premature termination in child analysis. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 5, 437-459.
- Wallerstein, R. (2002). The generations of psychotherapy research: an overview. In: M. Leuzinger-Bohleber, & M. Target (Editors). Outcomes of psychoanalytic treatment: perspectives for therapists and researchers. London: Whure.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D., & Klotz, M.L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 55 I(4), 542-549.

A ADESÃO TERAPÊUTICA NA DOENÇA MENTAL: A IMPORTÂNCIA DO INSIGHT

EUGÉNIA OLIVEIRA

Uma das principais causas da falta de resposta ao tratamento da doença é a negação. Não aceitar que se está doente tem como principal consequência a não adesão terapêutica. Por outro lado, a sua aceitação está associada a resultados positivos no tratamento da doença (Sperry, 2009).

Actualmente, adesão terapêutica é entendida como “a medida em que o comportamento do doente (em termos de tomar a medicação, seguir o regime dietético ou outras mudanças no seu estilo de vida) coincide com os conselhos médicos ou de saúde” (Haynes *et al.*, 1979, *in* Ogden, 2000). Esta concordância entre o comportamento, as recomendações dos profissionais de saúde e a pessoa, é considerada essencial para a recuperação do doente.

A Organização Mundial de Saúde refere que a adesão terapêutica a longo prazo, para as doenças crónicas, ronda os 50% nos países desenvolvidos, sendo que a taxa é inferior nos países em desenvolvimento. Este organismo refere ainda que nas pessoas com doença mental de evolução prolongada, a baixa adesão terapêutica está relacionada com o agravamento da doença, o que por sua vez se traduz em consequências como: rutura psicossocial, aumento da utilização dos serviços de saúde, aumento de custos, desajuste do ambiente familiar, necessidade de absentismo laboral, entre outros (WHO, 2003).

Em 1985, Leventhal *et al.* (cit *in* Ogden, 2000) sugeriram a combinação de: fatores sociais (a aprendizagem, o reforço, a modelagem e as normas), fatores de ordem genética, fatores emocionais (ansiedade, stress, tensão e medo), sintomas percebidos (dor, fadiga) e as crenças do doente e dos profissionais de saúde, como o conjunto dos fatores que permitem predizer os comportamentos de saúde.

Só nas últimas duas décadas tem aumentado o interesse pela exploração empírica sobre o *insight* na clínica psiquiátrica, como sendo um fator importante para a adesão terapêutica, ao mesmo nível de outros fatores como a relação médico-doente, o conhecimento sobre a doença, as suas consequências, a situação económica e profissional e o apoio familiar e social (Marková, 2005).

Importa aqui referir que o termo *insight* foi introduzido pela primeira vez, no âmbito da saúde mental, em 1836 para indicar a capacidade do doente de reconhecer a própria condição delirante, logo relacionado a doentes com perturbações psicóticas (Vanelli et al., 2010) e estava associado à consciencialização ou ao reconhecimento de uma condição específica e das suas características. Antes do século XIX, as pessoas com doenças mentais eram classificadas como desprovidas de *insight*, já que "insanidade mental" era indissociável de delírio e o *insight* era, por definição, considerado inexistente nessa condição (Mella, Dantas, & Banzato, 2011).

Lewis (2004) redefiniu o conceito de *insight* no âmbito da psiquiatria, como a atitude correta perante as alterações patológicas em si mesmo e a capacidade de se aperceber que a doença é mental. Após um período de poucas publicações sobre o tema, o interesse acerca do *insight* dentro da saúde mental reacendeu-se, mas "A psicopatologia do *insight*", de Lewis tornou-se uma referência obrigatória.

Lewis inovou o conceito, defendendo a possibilidade da existência de *insight* na psicose, criticando a sua utilização para separar "neurose" e "psicose" e rejeitando a concepção dicotómica de "presente" ou "ausente". Marková e Berrios (cit in Dantas & Banzato, 2004) definiram *insight* na psiquiatria, como uma "subcategoria do autoconhecimento, a qual os pacientes expressam não apenas em relação ao distúrbio que os afeta, mas também em relação a como esse distúrbio afeta sua interação com o mundo".

Embora nos primeiros estudos, o *insight* fosse conceptualizado de forma categorial presente ou ausente, hoje é uma entidade multidimensional e contínua (Vanelli et al., 2010).

Em 1990, Anthony David publicou um artigo, onde seguiu um modelo de análise semelhante ao de Lewis, com o acréscimo da divisão do *insight* em dimensões, uma das quais seria a adesão ao tratamento. O próprio autor declara que o seu interesse pelo estudo do *insight* surgiu da dúvida a respeito da resposta a dar na secção "exame do estado mental". Assim, quase 60 anos depois, regressa à crítica de Lewis e à abordagem categorial do *insight* (Dantas & Banzato, 2004).

As abordagens utilizadas na avaliação do *insight* podem ser distinguidas em **categorial**, (um fenómeno dicotómico ou categorizado em mais grupos - presente, parcialmente presente ou ausente) e, mais recentemente, **contínua** (e um processo contínuo e aferido, com auxílio de uma pontuação, a partir de escalas estruturadas) (Vanelli et al., 2010).

Segundo McGorry e McConville (cit in Vanelli et al., 2010):

"na prática clínica, todos os instrumentos de avaliação fiáveis do *insight* teriam de se basear em quatro pressupostos:

1- o *insight* é um conceito complexo e multidimensional, que inclui fatores sociais, familiares, relacionais e até o impacto que a doença mental tem na vida do doente,

- 2- os fatores culturais têm de ser cuidadosamente considerados,
- 3- o nível de *insight* pode variar ao longo da doença,
- 4- a capacidade do doente reconhecer a natureza da sua doença tem de ser deduzida a partir das circunstâncias contingentes e não apenas através da entrevista diagnóstica”.

De acordo com Marcová (2005), que tem vindo a desenvolver investigação na área do ‘*insight*’, refere que os estudos anteriores refletiam uma preocupação que se baseava na relação entre o *insight* do doente e variáveis clínicas como: prognóstico, adesão ao tratamento e severidade da psicopatologia observada especialmente em pacientes com psicoses. Mais recentemente, um grande número de estudos exploram a relação entre o *insight* do doente, a neuropsicologia e lesões estruturais do cérebro. No entanto, esta hipótese ainda não obteve resultados consistentes.

A avaliação do *insight* (quer seja categorial ou contínua) faz parte da prática clínica, como bem o atesta a presença do item, ao lado de outros como “memória”, “percepção”, “humor e afeto”, entre os domínios do exame do estado mental, segundo as recomendações do *International Guidelines for Diagnostic Assessment*, da Associação Mundial de Psiquiatria (Mezzich et al., 2003 in Dantas e Banzato, 2004).

Os estudos têm-se concentrado, principalmente na avaliação do *insight* na esquizofrenia em que o *insight* frequentemente está comprometido, uma vez que a falta de crítica nestes pacientes, relativamente ao reconhecimento das manifestações patológicas que os afetam e apreciação das mudanças que tais manifestações causam na sua interação com o mundo, é um factor de risco para adesão terapêutica (Dantas & Banzato, 2004).

Segundo Amador e colaboradores (Mella, et al. 2011), 27% a 87% dos pacientes com esquizofrenia não apresentam consciência de seus sintomas, (delírios, transtorno do pensamento, embotamento afetivo e anedonia) e 60 % dizem não possuir transtorno mental.

A maioria dos resultados das pesquisas que visam correlacionar *insight* e variáveis clínicas da esquizofrenia (como gravidade, risco de suicídio, deterioração cognitiva, sintomas negativos ou positivos e adesão ao tratamento) mostra-se contraditória e não permite conclusões definitivas. No entanto, eles apontam para uma associação entre: pouco *insight* com défices cognitivos e, maior *insight* com sintomas depressivos e maior risco de suicídio. Os dados têm sido mais consistentes no que diz respeito ao prognóstico da doença. Pouco *insight* ou a sua ausência tem sido correlacionado a pior prognóstico, mais internamentos, pior funcionamento psicossocial e maior tempo entre o início dos sintomas e o tratamento (Mella, et al. 2011).

Schumann e colaboradores (cit in Santini, Ceresér & Rosa, 2005) referem que a má adesão terapêutica tem sido também objecto de estudos na doença bipolar. Num estudo retrospectivo em que os pacientes foram acompanhados num intervalo de seis anos, sendo avaliados diversos parâmetros, só

a atitude negativa em relação à profilaxia estava correlacionada significativamente com a não adesão. Já Scott e Pope (cit in Santini, et al., 2005) mostram que as principais atitudes apontadas por doentes bipolares que não aderem à terapêutica são: a negação da doença, a oposição em fazer um tratamento profilático, principalmente a longo prazo, a falta de efectividade dos estabilizadores de humor e o receio em ter efeitos adversos. Estas atitudes parecem refletir a falta de *insight* nestes indivíduos.

Diferentes tipos de intervenções, como psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental e terapia sistémica são capazes de aumentar a adesão. Estudos clínicos mostraram diferenças significativas entre os grupos que receberam intervenção e controle. No grupo tratado com psicoeducação, houve redução significativa no número de recaídas e recorrências da doença, aumento do tempo de aparecimento de sintomas hipomaníacos, maníacos, depressivos e episódios mistos, além da diminuição do número e do tempo de permanência nos hospitais (Santini, et al.).

Em estudos feitos por Dogan (cit in Santini, et al., 2005), a psicoeducação aumentou o conhecimento do paciente em relação à doença e à terapêutica medicamentosa. Registaram-se benefícios na qualidade de vida dos pacientes nos domínios geral, físico e social, com diminuição dos sintomas psiquiátricos, das recaídas e aumento na adesão.

CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa bibliográfica, a ausência de *insight* é considerado como um risco importante para a não-adesão terapêutica e pode constituir um fator preditivo do decurso da doença mental, comprometendo a boa evolução do tratamento e um incalculável sofrimento para os doentes e seus familiares, uma vez que as principais consequências da não-adesão são o agravamento da doença e a recaída.

A adesão terapêutica encontra-se significativamente relacionada com a aceitação da própria doença e dos seus sintomas. Este fator associado ao *insight* da doença contribui para a adesão terapêutica, pois ao ter consciência da sua patologia, a pessoa irá aderir às indicações dos profissionais de saúde.

É fundamental a consciencialização por parte dos profissionais da saúde que trabalham diretamente com os pacientes psiquiátricos, quanto à importância da orientação a respeito da doença e das orientações médicas. Mas não menos importante é o papel da psicoterapia cognitivo comportamental, da psicoeducação e da intervenção familiar para o aumento do *insight* e consequente adesão terapêutica no acompanhamento da doença mental.

REFERÊNCIAS

- Dantas, C., & Banzato C. (2004). Aubrey Lewis e a psicopatologia do insight. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI, (4) 106-112. Retrieved from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=233017778010>.
- Lewis, A. (2004). The Psychopathology of Insight, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII, 113-127. Retrieved from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=233017778011>
- Marková, I. (2005). *Insight in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press. Retrieved from: <http://books.google.com>
- Mella, L. Dantas, C., & Banzato C. (2011). Insight in psychosis: a conceptual analysis. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60 (2), 135-140. doi: 10.1590/S0047-20852011000200009
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde* (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Santin, A. Ceresér, K., & Rosa, A. (2005). Adesão ao Tratamento no Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (supl 1), 105-109.
- Sperry, L. (2009). *Treatment of Chronic Medical Conditions - Cognitive-Behavioral Therapy Strategies and integrative Treatment Protocols*. Washington: American Psychiatric Association Psychological.
- Vaneli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M., Góis, C., Santos, J., & Markova, I.(2010). Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Medica Portuguesa* 23 (6), 1011-1016
- World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. Retrieved from World Health Organization website: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.

UMA PROPOSTA DE PREVENÇÃO NOS MAUS-TRATOS À CRIANÇA: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Raquel V. Oliveira 1 & Lúcia G. Pais 2

Os maus-tratos à criança são um fenómeno extremamente complexo, assumindo uma grande variedade de formas, e sendo influenciados por inúmeros factores, desde características pessoais do agressor ou da criança, a questões culturais (United Nations, 2006).

Dada a enorme importância de prevenir estes maus-tratos e proteger as crianças, tem vindo a ser produzida uma grande quantidade de estudos e estatísticas ao nível global sobre esta temática. Em 2006, um relatório publicado pelas Nações Unidas indicou que a maioria dos maus-tratos é perpetrada por pessoas que conhecem as vítimas, em especial pelos pais, responsáveis legais, padrastos, etc. (United Nations, 2006). Ainda neste relatório foram apresentadas algumas estatísticas, de que são exemplo as seguintes: no ano de 2002 cerca de 53000 crianças morreram em consequência dos maus-tratos sofridos; um total de cerca de 150 milhões de raparigas e de 73 milhões de rapazes já foram vítimas de abuso sexual; em 2004 218 milhões de crianças eram vítimas de trabalhos forçados; e, estima-se que entre 133 a 275 milhões de crianças sejam vítimas de violência doméstica (United Nations, 2006).

A Organização Mundial de Saúde publicou em 2002 o primeiro *World report on violence and health*, onde apresentou os dados do estudo WorldSAFE, que aferiu a incidência de maus-tratos em diversos países. Este estudo demonstrou, entre outros, que os tipos de maus-tratos mais comuns são os maus-tratos físicos “moderados”, como por exemplo bater, que nos Estados Unidos apresentava uma percentagem de 47%, nas Filipinas de 75%, na Índia de 58% e no Chile de 51%. Estes são seguidos pelos maus-tratos psicológicos, sendo os mais comuns o gritar com a criança, neste caso os Estados Unidos apresentavam uma percentagem de 85%, as Filipinas de 82%, a Índia de 70% e o Chile de 84% (Runyan, Wattam, Ikeda, Hassan, & Ramiro, 2002).

No panorama Português, os maus-tratos à criança constituem um dos principais crimes reportados à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Entre 2000 e 2009 um total de 5917 crianças e jovens recorreram à APAV (Unidade de Estatística da APAV, 2010), sendo que em 2010, 54,57% de todos os crimes reportados eram relativos a maus-tratos (Unidade de Estatística da APAV, 2011).

1-UIPES Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde; 2-Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Na maioria dos casos as vítimas eram do género feminino, entre os 11 e os 17 anos, e alvo de maus-tratos físicos ou psicológicos (Unidade de Estatística da APAV, 2010).

Considerando este cenário, inúmeras iniciativas têm sido desenvolvidas, ao nível mundial, para actuar em casos de maus-tratos, prevenindo as recorrências, bem como ao nível da prevenção primária e da informação dada ao público geral (e.g. Macmillan, 2011; Runyan et al., 2002; United Nations, 2006). Ainda assim, o relatório das Nações Unidas recomenda que se criem mais programas de prevenção primária, que possam detectar factores de risco precoces, como sejam perturbações de vinculação, ruptura familiar, abuso de substâncias, entre outros (United Nations, 2006).

Alguns programas de treino de competências parentais têm vindo a ser implementados, e apesar de grande parte estar vocacionada para intervir apenas em situações de alto risco, alguns destes programas começam a considerar incluir todos os pais (Runyan et al., 2002). No entanto, são poucos os estudos desenvolvidos no sentido de avaliar a eficácia destes programas. Wolfe, Edwards, Manion e Covarola (1988) realizaram um dos primeiros estudos de avaliação destes programas, no qual díades mãe-bebé foram aleatoriamente distribuídas por dois grupos, um sujeito a uma intervenção de treino de competências parentais, e um grupo de controlo não sujeito a intervenção. Concluíram, no *follow-up*, que as mães que integraram o programa conseguiram reduzir problemas comportamentais, demonstraram menos dificuldade de adaptação, e apresentavam um risco menor de recorrerem a comportamentos agressivos. Estudos mais recentes realizados em diversos países apontam igualmente para um impacto positivo dos programas de intervenção precoce em população de risco, revelando melhorias nas competências parentais, na capacidade de resposta às necessidades das crianças prevenindo, de forma eficaz, comportamentos de maus-tratos (e.g. Howard & Brooks-Gunn, 2009; Shuman et al., 2010).

Por outro lado, para possibilitar que pelo menos os casos de risco sejam encaminhados para este tipo de programas, é necessário que os profissionais de saúde que lidam com estas famílias tenham a competência e os instrumentos necessários para fazer uma avaliação de risco (Runyan et al., 2002).

Considerando ainda que a transmissão intergeracional continua a ser uma das suas principais causas (e.g. França, Rodrigues, & Mendes, 2008; Manita, 2007; Matos, 2002; Pears & Capaldi, 2001; Renner & Slack, 2006), torna-se fulcral proteger estas crianças, procurando prevenir desde logo potenciais casos recorrentes e intergeracionais de maus-tratos.

Desta forma, o objectivo deste trabalho foi o desenvolvimento de um protocolo de entrevista que permitisse averiguar, em contexto hospitalar, quais as mães e pais que foram vítimas de algum tipo de mau-trato na infância e de que forma caracterizam esse mau-trato, e pelo pré-teste deste protocolo em casos de intergeracionalidade dos maus-tratos.

MÉTODO

Participantes

Na realização deste estudo participaram 10 sujeitos adultos, sete do género feminino e três do género masculino. O principal critério de inclusão neste estudo foi o serem pais ou responsáveis legais de crianças vítimas de maus-tratos, tendo sofrido também maus-tratos na sua infância. Além deste foram considerados os seguintes critérios: participaram apenas agressores cujo(s) filho(s) agredido(s) fosse(m) acompanhado(s) num Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental hospitalar, estando presentes nas instituições relatórios médicos ou psicológicos com informação acerca dos maus-tratos sofridos; sujeitos com mais de 18 anos de idade, que não apresentassem deterioração cognitiva ou comportamental, fosse por consumo de substâncias tóxicas ou devido a perturbações do sistema nervoso.

Material

Foram utilizados dois instrumentos diferentes, um de recolha e outro de análise de dados. Como instrumento de recolha foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, semi-directiva e de exploração, por nós desenvolvida para este estudo, juntamente com um questionário sócio-demográfico.

Corpus-O *corpus* é constituído pelo conjunto de documentos submetidos à análise de conteúdo (Bardin, 1977), ou seja, neste caso é constituído pelo conjunto das entrevistas transcritas. Como instrumento de análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo.

Procedimento

Com base na revisão de literatura no âmbito dos maus-tratos à criança e da sua prevenção primária, e na observação clínica de famílias, foi construído um guião de entrevista. As questões foram desenvolvidas tendo em conta as recomendações de vários autores que referem que entrevistas semi-estruturadas, com questões abertas e não-directivas, permitem aceder a informação mais diversificada e em maior quantidade, válida e real, ao contrário de questões fechadas ou directivas onde os agressores e as vítimas mais facilmente manipulam as respostas (Ghiglione & Matalon, 1992; Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin & Horowitz, 2007). Tratando-se de questões não-directivas, optámos por abordar diversos temas relativos às relações e ambiente familiar, cuidados particulares que os pais tinham com os entrevistados, relações sociais, sentimentos para com os pais (particularmente em relação ao agressor), figura de identificação percebida e auto-caracterização em relação a níveis de agressividade, de forma a obter informação não só em relação aos maus-tratos físicos, como também a casos de negligência, abuso sexual e psicológico, violência doméstica, bem como as consequências desses maus-tratos para os entrevistados.

Construído o guião, o mesmo foi trabalhado no sentido de simplificar a linguagem utilizada a fim de se tornar acessível a entrevistados de qualquer estrato social, económico e cultural, como é aliás

aconselhado por vários autores (e.g. Ghiglione & Matalon, 1992). Para a caracterização dos participantes realizou-se ainda um questionário sócio-demográfico.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas *verbatim*, para garantir a replicabilidade do estudo (Krippendorff, 1980), após consentimento informado de todos os participantes. Todos os registos áudio foram eliminados após a transcrição.

Constituído o *corpus* procedeu-se à sua análise de conteúdo (Bardin, 1977; Ghiglione & Matalon, 1992; Krippendorff, 1980; Weber, 1985). Para garantir a fidelidade e validade da análise seguiram-se as etapas recomendadas por Bardin (1977): procedeu-se a uma “leitura flutuante” das entrevistas para levantamento de temáticas gerais; de seguida procedeu-se à elaboração da grelha de análise constituída por pré-categorias (baseadas na literatura), categorias e sub-categorias emergentes. Os critérios de exaustividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 1979) foram cumpridos. Todo o processo de construção e estabilização da grelha e codificação do *corpus* foi realizado pelos investigadores, tendo-se ainda recorrido a juízes externos que auxiliaram na estabilização da grelha analítica e foram igualmente codificando excertos de texto (aproximadamente 20%), para assegurar a fidelidade inter-codificador ao longo de toda a análise, optando-se por soluções consensuais nos casos de dúvida. No que toca à fidelidade intra-codificador, como recomendado pelos autores (Bardin, 1977; Krippendorff, 1980), existiram vários momentos de codificação de excertos até à estabilização da grelha, e dois momentos separados de codificação total dos textos, para assegurar a mesma codificação em dois momentos distintos.

RESULTADOS

O guião de entrevista final, constituído por 15 questões (para exemplos consultar o quadro 1), permitiu aferir com sucesso informação relativa aos maus-tratos sofridos, ao agressor, e às vivências familiares e sociais.

Quadro 1 *Questões do guião de entrevista (exemplos)*

Questões	
Questão 1	Como era o seu ambiente em casa, como se davam todos?
Questão 5	Lembra-se de algum acontecimento bom que nos possa contar? E de algum acontecimento mau? (Acontecimentos vividos na relação com os pais)
Questão 10	Lembra-se se os seus pais cuidavam dos filhos? Qual o tipo de cuidados que tinham com o seu bem-estar? (exemplos: se os deixavam muitas vezes sozinhos, a chorar, não os vestiam com a roupa certa para a estação do ano)
Questão 12	Os seus pais alguma vez lhe fizeram mal? (Se sim) O que lhe faziam de mal? Faziam-lhe isso muitas vezes?
Questão 14	Consegue explicar porque tinham esse comportamento consigo?

Com base no material produzido a partir da entrevista, foi possível construir uma grelha de análise com sete pré-categorias: Tipologia de maus-tratos; Como o entrevistado vivenciou os maus-tratos; Elementos que influenciam os maus-tratos; Relações interpessoais; Agressões causadas; Figura de identificação reconhecida; e, Auto-percepção como agressor (Quadro 2).

Destacaram-se, ainda, 20 categorias e 10 subcategorias (Quadro 2). Estas forneceram informação sobre quatro tipologias de maus-tratos sofridos pelos entrevistados (maus-tratos físicos, psicológicos, por negligência e por abuso sexual), sobre os sentimentos para com o agressor (e.g. negativos, como sejam ódio, raiva; desculpabilização do agressor, como sejam o justificar os maus-tratos sofridos, compreensão) ou em relação aos maus-tratos independentemente dos sentimentos para com o agressor.

Surgiram, também, categorias relativas às vítimas dos maus-tratos, i.e., se o entrevistado era a única vítima, ou se os maus-tratos e violência se alargavam a outros elementos do agregado familiar (e.g. irmãos, mãe), bem como várias categorias sobre as possíveis causas para os maus-tratos sofridos, como por exemplo hábitos tóxicos e consumos (álcool, drogas) do agressor, as “condições de vida” (e.g. complicações monetárias, dificuldades conjugais, problemas laborais) ou ainda por mau comportamento do entrevistado, ou sem motivos aparentes.

No que toca às relações interpessoais, emergiram várias categorias envolvendo a caracterização do ambiente familiar (negativo ou positivo) e das relações familiares, bem como categorias relativas ao comportamento social, fosse este de interacção com pares ou de isolamento.

Finalmente, surgiram duas categorias relativas à figura de identificação reconhecida, podendo esta ser o agressor ou outra pessoa, e ainda outras duas quanto à auto-percepção enquanto agressores.

Quadro 2 *Grelha de Análise*

Pré-Categorias	Categorias	Sub-Categorias
Tipologias de maus-tratos	- Maus-tratos físicos	- Com objectos
	- Maus-tratos psicológicos	- Sem objectos
Como o entrevistado vivenciou os maus-tratos	- Maus-tratos por negligência	
	- Maus-tratos por abuso sexual	
Elementos que influenciam os maus-tratos	- Sentimentos para com o agressor	- Negativos
	- Sentimentos em relação aos maus-tratos	- Positivos
Relações interpessoais	- Hábitos Tóxicos/Consumos	- Neutros
	- Passado do Agressor	- Desculpabilização do agressor
Alvo dos maus-tratos	- Condições de vida do agressor	
	- Mau comportamento do próprio	
Figura de identificação reconhecida	- Sem motivos aparentes	- Positivo
	- Ambiente familiar	- Negativo
Auto-percepção como agressor	- Relações intra-familiares	- Relações extra-familiares
	- Comportamento social	- Isolamento
	- O próprio	
	- O próprio e outros	
	- Agressor	
	- Outro	
	- Existe auto percepção como agressor	
	- Não existe auto percepção como agressor	

DISCUSSÃO

A utilização deste protocolo permitiu aferir com sucesso quatro tipos gerais de maus-tratos, quem era o agressor, as experiências de agressão, sentimentos para com o agressor, causas dos maus-tratos, relações sociais, figura de identificação percebida e auto-percepção enquanto agressor. Além disso permitiu a elaboração de uma grelha de análise de conteúdo com um total de 20 categorias de análise.

Dada a utilidade do protocolo, que permitiu destacar a informação efectivamente pretendida, e a clara necessidade de projectos de prevenção primária (e.g. Runyan et al., 2002; Shuman, et al., 2009; United Nations, 2006) propomos o desenvolvimento de um estudo piloto de prevenção primária, em que o protocolo seja aplicado a 80 mães e pais, aquando do acompanhamento obstétrico em maternidade (pré e pós-parto). O objectivo do projecto será encaminhar para o serviço de psicologia e saúde mental todos os pais que sejam identificados como vítimas de maus-tratos na infância, a fim de serem feitas uma avaliação e intervenção na relação precoce. Esta intervenção deve ser conduzida no sentido de promover uma vinculação positiva e uma maior flexibilidade na adequação das estratégias de *coping* utilizadas pelos pais (e.g. United Nations, 2006), de forma a prevenir a intergeracionalidade dos maus-tratos.

Após análise dos novos dados produzidos, e nova estabilização da grelha de análise, propomos a elaboração de um índice, com base nos resultados qualitativos e nas categorias da grelha, que possa ser também pré-testado. O objectivo último será agilizar todo um protocolo de prevenção primária, que possa ser conduzido por qualquer profissional de saúde (sendo privilegiados os médicos e enfermeiros pela proximidade do contacto estabelecido com os pais durante a gravidez e pós-parto), de forma a possibilitar uma intervenção imediata na relação pais-bebé, procurando facilitar uma vinculação positiva bem como ajudar os pais a criarem formas alternativas às que conhecem de gerir as dificuldades que vão surgindo.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- França, C., Rodrigues, D., & Mendes, A. (2008, Setembro). A violência do abuso sexual infantil: interfaces da compulsão à repetição e da identificação com o agressor. *III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental/IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
- Howard, K., & Brooks-Gunn, J. (2009). The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *Future of Children*, 19(2), 119-146.
- Krippendorff, L. (1980). *Content analysis: An introduction to its methodology*. California: Sage.
- Lamb, M., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P., & Horowitz, D. (2007). A structural forensic interview protocol improves the quality of informativeness of investigative interviews with

- children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse and Neglect*, 31(1111-12), 1201-1231.
- MacMillan, H. (2011). Prevenção de maus-tratos na infância. In: R.E. Tremblay, M. Boivin, & R.D. Peters (Eds.) *Encyclopedia for Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Retrieved from <http://www.encyclopedia-crianca.com/>.
- Manita, C. (2007, Junho). Dinâmicas e consequências da violência doméstica - O(s) valor(s) da liberdade e da vida. Paper presented at the meeting of Grupo de Trabalho sobre a Campanha contra a Violência Doméstica, Bragança, Portugal.
- Matos, A.C. (2002). *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Pears, K., & Capaldi, D. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1439–1461.
- Renner, L., & Slack, K. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30(6), 599-617.
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi, & R. Lozano (Eds.). *The World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Shuman, N., DeCoste, C., Castiglioni, N., McMahon, T., Rounsaville, B., & Mayes, L. (2010). The Mothers and Toddlers Program, an attachment-based parenting intervention for substance using women: Post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attachment & Human Development*, 12 (5), 483–504.
- Unidade de Estatística da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Estatísticas APAV: Crianças vítimas de crime 2000-2009*. Retrieved from <http://www.apav.pt/>.
- Unidade de Estatística da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). *Estatísticas APAV 2010 (retificadas)*. Retrieved from <http://www.apav.pt/portal>.
- Weber, R. (1985). *Basic content analysis*. California: Sage.
- Wolfe, D., Edwards, B., Manion, I., & Kovarola, C. (1988). Early Intervention for Parents at Risk of Child Abuse and Neglect: A Preliminary Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 40-47.

MINDFULNESS-ACEITAÇÃO, ESTILO ATRIBUCIONAL E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM ADOLESCENTES

SARA OLIVEIRA, ANA PAULA MATOS, SÓNIA CHERPE & INÊS RIBEIRO

A Depressão tornou-se numa grande preocupação ao nível da saúde mental pelo seu impacto negativo no desempenho individual, académico, social e familiar dos adolescentes (Maag & Irvin, 2005).

Em termos epidemiológicos, os estudos apontam para um aumento significativo das taxas de depressão durante a adolescência (Rudolph, 2009). A maior parte dos estudos sugere que o pico da depressão na adolescência se verifica entre os 13-15 anos de idade (Cicchetti & Toth, 1998; Duggal, Carlson, Srouf, & Egeland, 2001; Lewinsohn et al., 1993; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

No que concerne à distribuição por género, verifica-se até aos 13 anos, em ambos os sexos, níveis e taxas de sintomatologia depressiva praticamente iguais. No entanto, entre os 13-15 anos de idade, assiste-se por um lado a um aumento significativo das taxas de sintomas depressivos nas raparigas, por outro a uma estabilidade de sintomas, nos rapazes (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002).

Estilo Atribucional

O conceito de Estilo Atribucional tem sido alvo de várias reformulações e inúmeras investigações. Destacamos a *Hopelessness Theory*, proposta por Abramson *et al.* (1989), na qual o autor sugere três dimensões de atribuição causal relevantes para a depressão: (a) *interna-externa*, a causa do acontecimento está no indivíduo ou na situação; (b) *estável-instável*, a causa vai manter-se ao longo do tempo ou apresenta um carácter transitório e (c) *global-específica*, a causa de um acontecimento pode generalizar-se a outras situações ou ser atribuída apenas a uma circunstância situacional.

Gladstone, Kaslow, Seeley e Lewinsohn (1997) postulam que as crianças e adolescentes com sintomatologia depressiva tendem a fazer mais atribuições internas-estáveis-globais para os acontecimentos negativos e externas-instáveis-específicas para os acontecimentos positivos.

Mindfulness-Aceitação

Segundo Kabat-Zinn (1994), *Mindfulness* consiste em “prestar atenção de um modo particular: com um propósito, no momento presente, sem julgamento” (p.4).

Enquanto traço de personalidade, o *Mindfulness* está relacionado com a vertente em que o indivíduo se mostra *mindful* no seu quotidiano (Kabat-Zinn, 2005). Brown e Ryan (2003) apontam este traço como uma capacidade inerente ao ser humano e referem que, de modo geral, a propensão para estar *mindful* pode estar relacionada com outros constructos relevantes para a saúde mental.

Um outro conceito que se encontra estritamente relacionado com o *Mindfulness* é o da Aceitação. Hayes (2004) sugere que a aceitação envolve o experienciar pleno dos eventos da mente (pensamentos, percepções, emoções e sensações), sem reactividade, tal como eles são (impermanentes), tornando o indivíduo menos susceptível de desenvolver mecanismos que o “prendam” num padrão de pensamentos negativos.

O presente estudo visa analisar, numa amostra de adolescentes da população portuguesa, em que medida o *Mindfulness*-Aceitação se relaciona com o Estilo Atribucional e com a Sintomatologia Depressiva.

MÉTODO

Participantes

A amostra final ficou constituída por 498 adolescentes, 189 rapazes (38%) e 309 raparigas (62%). Os sujeitos da amostra apresentam idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos ($M=13.6$; $DP=1.57$), não existindo diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino, no que diz respeito à idade [$t(496) = -1.07, p > .05$] e ao ano de escolaridade [$t(496) = -0.86, p > .05$]. Quanto ao nível socioeconómico 48.9% dos sujeitos distribuem-se pelo nível baixo, 48.2% pelo nível médio e 2.9% pelo nível elevado.

Material

O *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985; estudos portugueses de Dias & Gonçalves, 1999) é um inventário de auto-resposta que visa avaliar sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais da depressão em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos (Cole *et al.*, 2008).

Segundo Dias & Gonçalves (1999) a versão original deste inventário apresentou um coeficiente alfa $= (.83 \text{ a } .94)$. No nosso estudo foi encontrado um *alpha* de Cronbach de .828, para a Nota Total, o que segundo Pestana e Gageiro (2008) representa uma boa consistência interna.

O *Children's Attributional Style Questionnaire* (CASQ; Seligman *et al.*, 1984) é uma medida de auto-avaliação usada para avaliar o estilo atribucional das crianças e/ou adolescentes dos 8 aos 18 anos.

A análise psicométrica do CASQ revela uma consistência interna moderada: acontecimentos positivos ($\alpha = .47-.73$), acontecimentos negativos ($\alpha = .42-.67$). (Seligman *et al.*, 1984). Nesta investigação foram encontrados os seguintes valores de *alpha* de Cronbach: Compósito Negativo ($\alpha=.396$); Compósito Positivo ($\alpha=.502$).

A *Children's Acceptance and Mindfulness Measure* (CAMM; Greco, Baer, Smith, 2011; Traduzido e adaptado por Cunha, Pinto Gouveia & Paiva, 2009) foi desenvolvida com o objectivo de avaliar as diferenças individuais de crianças e adolescentes, em relação à capacidade de observar (prestar atenção a fenómenos internos: pensamentos, emoções e sensações corporais), de agir com consciência (centrada no momento presente e auto-consciência da acção em si) e de aceitar sem julgamento (pressupõe uma abertura à experiência de eventos internos, sem julgar) (Greco *et al.*, 2011).

De acordo com as autoras originais trata-se de uma escala unifactorial com uma boa consistência interna ($\alpha=.81$) (Greco *et al.*, 2011). No presente estudo foi encontrado um *alpha* de Cronbach, para a Nota Total da CAMM, de .788.

Procedimento

A participação dos alunos foi voluntária e anónima, após ter sido obtida autorização dos pais pelo consentimento informado.

Os adolescentes preencheram o protocolo de avaliação na escola, em contexto de sala de aula. A confidencialidade dos dados foi devidamente assegurada.

RESULTADOS

Estudo da relação entre Aceitação - Mindfulness (CAMM) e sintomatologia depressiva (CDI)

Analisando as correlações obtidas da Nota Total da CAMM com os factores e Nota Total do CDI, registaram-se correlações negativas, moderadas a baixas, para ambos os sexos.

No sexo masculino, verificou-se que as correlações obtidas entre a Nota Total da CAMM e o Humor negativo ($r=-.273$, $p=.014$), os Problemas Pessoais ($r=-.164$, $p=.009$), a Ineficácia ($r=-.358$, $p=.000$), a Anedonia ($r=-.286$, $p=.000$), a Auto-estima negativa ($r=-.279$, $p=.000$) e a Nota total do CDI ($r=-.421$, $p=.000$) são negativas e significativas.

Quanto ao sexo feminino, de modo semelhante, foram encontrados os seguintes valores de correlação entre a Nota Total da CAMM e o CDI: Humor negativo ($r=-.353$, $p=.000$), Problemas Pessoais ($r=-.252$, $p=.007$), Ineficácia ($r=-.215$, $p=.000$), Anedonia ($r=-.359$, $p=.000$), Auto-estima negativa ($r=-.293$, $p=.000$) e Nota total do CDI ($r=-.403$, $p=.000$).

Estudo da relação entre Aceitação - Mindfulness (CAMM) e Estilo Atribucional (CASQ)

Tendo em conta a Nota Total da CAMM verificou-se uma correlação positiva com o Compósito Positivo ($r=.190$, $p=.000$). Por outro lado, registou-se uma correlação negativa com o Compósito Negativo ($r=-.184$, $p=.000$).

DISCUSSÃO

No nosso estudo, as competências de *Aceitação-Mindfulness* apresentam-se negativamente correlacionadas com a sintomatologia depressiva, indo ao encontro dos resultados consensuais de vários estudos realizados neste âmbito (Brown & Ryan, 2003; Greco *et al.*, 2011).

Segundo Baer e colaboradores (2006), as competências de *Mindfulness* estão inversamente correlacionadas com a experiência do afecto negativo. Por outro lado, a autora sugere que estas competências podem estar associadas à saúde mental.

Liehr e Diaz (2010) realizaram um estudo no qual demonstram que a ausência de competências de *Mindfulness* se constitui como preditor da sintomatologia depressiva em ambos os sexos, ao passo que a presença de competências de *Mindfulness* surge como protectora em ambos os géneros. De facto, o traço *Mindfulness-Aceitação* é descrito como uma capacidade que pode estar relacionada com menores níveis de psicopatologia (Cardaciotto *et al.*, 2008; Greco *et al.*, 2009).

Os dados encontrados no presente estudo revelam também que o Estilo Atribucional está relacionado com o *Mindfulness-Aceitação*. Apesar de, na literatura revista, não encontrarmos estudos acerca desta relação, avançamos com uma hipótese interpretativa: os adolescentes que apresentam um estilo de resposta desadaptativo (ruminação, supressão ou evitamento) apresentam uma maior tendência para realizar atribuições internas, estáveis e globais para os acontecimentos negativos, de modo inverso, os que recorrem a estratégias de resposta mais adaptativas (competências de *Mindfulness* e *Aceitação*) revelam uma maior tendência para realizar atribuições externas, instáveis e específicas para os acontecimentos negativos (Estilo Atribucional Positivo).

O *Mindfulness-Aceitação* enquanto competência é um processo que não se desenvolve, nem se mantém ao longo tempo, sem que exista uma prática intencional. Assim, à semelhança do que acontece noutros países, seria importante a aplicação de programas que contemplem múltiplos componentes de prática formal e informal de exercícios *Mindfulness*, para diminuir a sintomatologia depressiva, em relação aos quais é importante avaliar a sua eficácia.

REFERÊNCIAS

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Re. Psychological view*, 96, 358–372.

- Baer, R. A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Baron, R., & Kenny, A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Statistic, and Statistical Consideration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1173-1182.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Cardaciotto L., Herbert J., Forman E., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of resentment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, 15(2), 204-223.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1998). The Development of Depression in Children and Adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Cole, D., Ciesla, J., Dallaire, D., Jacquez, F., Pineda, A., LaGrange, B., Truss, A., Folmer, A., Tilghman-Osborne, C., & Felton, J. (2008). Emergence of Attributional Style and Its Relation to Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 16-31.
- Duggal, S., Carlson, E., Sroufe, A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143-164.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa In A. Soares, S. Araújo, & S. Caires, (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI, pp. 553-564). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Gladstone, T.R.G., Kaslow, N.J., Seeley, J.R., Lewinsohn, P.M. (1997). Sex differences, Attributional Style and Depressive Symptoms Among Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 297-305.
- Greco, L. A., Smith, G., Baer, R. A. (2011). Assessing Mindfulness in Children and Adolescents: Development and Validation of the Children's Acceptance and Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606-614.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11, 255-262.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness: Fifteenth anniversary edition*. New York: Bantam Dell.

- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Liehr P, & Diaz N. (2010). A pilot study examining the effect of mindfulness on depression and anxiety for minority children. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 69-71.
- Maag, D. M., & Irvin, D. M. (2005). Alcohol use and depression among African and Caucasian adolescents. *Adolescence*, 3, 34-41.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression in adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-44.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rudolph, K. D. (2009). Adolescent Depression. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen, (Edts.). *Handbook of Depression* (2nd ed., pp. 444-466). New York London: The Guildford Press.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C, Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Twenge, J.M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578-588.

FANTASIAS INCONSCIENTES NA DOR CRÓNICA: O MANEJO TRANSFERENCIAL EM PSICOTERAPIA BREVE

MARIA TEREZA DE OLIVEIRA 1, JOSÉ TOLENTINO ROSA 1 & LEILA CURY TARDIVO

Na primeira entrevista, uma paciente setuagenária atendida na instituição, um tanto emocionada e com lágrimas nos olhos, disse à terapeuta: “sinto muita dor em todo o meu corpo, não tenho relacionamento muito fácil com meus filhos, parece que a minha vida está um nó sem afrouxar” (sic).

Tendo sido casada por quase duas décadas, resumiu os motivos que, a seu ver, tornavam difícil o seu relacionamento com os filhos adultos. Os atritos aconteciam por achar o filho pouco responsável, uma das filhas geniosa, a outra prepotente. A penúltima filha, apresentando deficiência intelectual grave, desequilíbrio emocional, por vezes demandando internação psiquiátrica, deixava-a a beira da exaustão. E, a seu ver, pouco compreendida pelos outros filhos nos cuidados a esta, sentia-se amedrontada, deprimida e sem perspectivas de um futuro mais tranquilo.

No decorrer das entrevistas iniciais e associando sobre sua família, relatou que tinha muita admiração pelo pai que faleceu aos 70 anos: “era apaixonada por meu pai; ele era seguro em relação ao dinheiro, mas sempre nos proporcionou uma vida boa. Minha mãe, por qualquer motivo, batia muito nos filhos e eu me calava, pois, se retrucasse, apanhava mais” (sic).

A mãe faleceu aos 80 anos. Com emoção, disse à terapeuta: “era estranho, mas eu não gostava dela. Após a morte do meu pai ela morou comigo e eu cuidei dela até pouco antes de seu falecimento. Tem dias que eu acordo e tenho a impressão que ela ainda vive conosco” (sic).

Ela era a caçula e o irmão mais velho faleceu devido alcoolismo. Com o outro irmão ainda vivo, o relacionamento estava rompido. “Quando me casei, não abandonei minha família, ajudei este irmão financeiramente no sustento de sua família. E ele não me apoiou com os cuidados à mamãe quando eu mais precisei de sua colaboração, por isso me afastei dele há anos...” (sic).

A separação matrimonial foi por iniciativa dela e motivada por não suportar as agressões físicas do marido: “ele era ciumento, me batia sem motivo, e eu só chorava, tinha medo da separação, nossos filhos tinham tudo o que precisavam. Eu pensava que não teria como mantê-los.” (sic). Após a separação empregou-se em uma instituição pública até sua aposentadoria.

1- Laboratório do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR; 2- Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, USP, Brasil.

Além das dores corporais sofreu de sérias doenças após o falecimento da mãe e a separação matrimonial: “sofri muitas dores na cirurgia pulmonar, fui operada da tireóide, de câncer no aparelho gástrico, tomo medicamentos para hipertensão, tireóide, colesterol, depressão e estou procurando explicações para essas manchas roxas que aparecem na minha pele e que doem muito” (sic).

A intervenção terapêutica a esta paciente, inicialmente, foi baseada na técnica da Psicoterapia Breve Operacionalizada proposta por Ryad Simon (2005), na forma de uma sessão semanal. O objetivo desta técnica consiste na superação, por parte do paciente, de soluções inadequadas para as situações-problemas existentes; e na compreensão de alguns dinamismos que sustentam as soluções inadequadas. O terapeuta age diretamente sobre as situações-problemas e suas interações nos sistemas adaptativos esclarecendo-as com interpretações teorizadas baseadas na teoria psicanalítica (Simon, 2005, p. 129).

O trabalho analítico pode revelar as fantasias inconscientes por meio das associações do paciente. Freud (1911) escreveu: “... com a introdução do princípio de realidade, uma das espécies de atividade de pensamento foi separada; ela foi liberada no teste de realidade e permaneceu subordinada somente ao princípio do prazer. Essa atividade é o fantasiar, que começa já nas brincadeiras infantis, e posteriormente conservadas como devaneio, abandona a dependência de objetos reais” (vol. XII - p.240-241).

De acordo com Rosa (2005), para Freud, “a força básica da formação de fantasias deriva de um desejo inconsciente cuja satisfação foi bloqueada, e a fantasia é expressão disfarçada da satisfação desse desejo inconsciente. Se formadas no consciente ou com acesso a ele permitido (devaneios) não passariam pelo crivo da lógica racional. Formam-se no sistema pré-consciente ou são reprimidas nele. Se reprimidas no inconsciente, submetem-se à lógica peculiar do processo primário proliferando no escuro e podendo ficar indistinguíveis das lembranças ou podem encontrar o caminho de sua expressão nos sonhos, sintomas, atos sintomáticos ou outros derivados da pulsão. A unidade básica do sistema inconsciente para Freud é o desejo instintivo inconsciente. A formação de ‘sonhos’ e de ‘fantasias’ envolve a transformação do conteúdo primário inconsciente na forma disfarçada. Para Klein, as fantasias inconscientes são o conteúdo primário inconsciente e os sonhos são a transformação desses conteúdos. Isaacs (1952) ressalta a ligação entre o conceito de fantasia de Klein como uma ampliação do conceito de pulsão de Freud, defendendo especialmente a idéia de que toda pessoa tem uma corrente contínua de fantasia inconsciente e que anormalidade ou normalidade não repousam na presença ou ausência delas, mas na maneira pela qual ela se expressa, se modifica e se relaciona com a realidade externa. Assim sendo, é provável que a importância da noção de fantasia inconsciente para a escola kleiniana seja manter a atenção dos terapeutas focalizada predominantemente em ‘desejos inconscientes’, ‘medos e sentimentos’, ‘mecanismos de defesa para lidar com os conflitos entre medos e desejos’, ‘níveis de expressão da fantasia inconsciente’ e ‘origem das fantasias inconscientes’ ” (Rosa, 2005).

A paciente, objeto deste estudo, apresentou inúmeros sintomas somatoformes após o falecimento

da mãe e a separação matrimonial, coincidentemente, as principais fontes de sofrimento físico e psicológico.

No quadro a seguir sistematizamos o entendimento do Sistema Inconsciente Dominante da paciente e através do qual, norteamos a condução do trabalho analítico.

Quadro 1 - Ilustração das fantasias inconscientes do sistema tensional dominante

Desejos inconscientes	Medos e sentimentos	Defesas	Expressão da fantasia inconsciente	Gênese da fantasia inconsciente
De ser filha de outra mãe que não a rejeitasse	Culpa pelo triunfo sobre a mãe	Sintomas somatoformes: dores, doenças pulmonar, tireoidiana, dermatológica, câncer, hipertensão	Entre a posição viscocárica (Bleger) e a posição esquizoparanóide (Klein)	Na sessão quando a paciente associou a paixão pelo pai e os ressentimentos do tratamento hostil da mãe, remetendo à constelação do Édipo
Desejo de matar a mãe para viver com seu pai	Sentimento de abandono pelos filhos e, mais recente, pela terapeuta			
Ter uma filha saudável	Sentimento de culpa por rejeitar a “filha doente”			

Na oitava sessão da psicoterapia psicanalítica, antecedendo uma interrupção por três semanas consecutivas por férias da terapeuta, e da qual a paciente tinha sido avisada com a devida antecedência, associou que em três dias consecutivos daquela semana havia sonhado com uma “sobrinha” que, calada, apenas observava cenas que sonhara. E disse à terapeuta: “Na verdade, essa moça não é propriamente ‘parente’ e sim, era uma amiga de infância da minha filha mais velha. E eu a considero como uma ‘sobrinha’, por razões da nossa grande convivência no passado” (sic).

Na cena do 1º sonho estavam a ‘sobrinha’, a paciente, seu ex-marido e a 1ª mulher deste com os outros filhos reais dele. E ele comunica à 1ª mulher que se casaria com a ela (a paciente) por amá-la muito. Nesse momento associou que o ex-marido, apesar de agredi-la fisicamente, sempre dizia que a amava.

Na cena do 2º sonho estavam a ‘sobrinha’, a paciente, seu ex-marido e uma funcionária dele. E ele lhe comunica que se casaria com a funcionária porque ela estava grávida dele. Trouxe novas associações que o ex-marido teve uma funcionária, com a qual se casou após a separação do matrimônio com ela. E que ambos faleceram com diferença de poucos meses, ele em primeiro lugar. Relatou ter sido grata a esta, que cuidou de sua filha doente, durante uma de suas intervenções cirúrgicas e que, a partir de então tiveram uma boa convivência; entristeceu-se pelo falecimento de ambos.

Na cena do 3º sonho estavam a ‘sobrinha’, a paciente, seu ex-marido e uma colega de trabalho da paciente. O ex-marido lhe comunica que se casaria com sua colega de trabalho porque ela era inteligente. Associou que a colega, apesar de ser uma boa pessoa, não fazia o tipo físico dele. E que ele sempre dizia que a paciente era inteligente.

No método científico que Freud utilizou para interpretar os sonhos, atribuía um sentido aos mes-

mos. Freud (1900) escreveu que “todo sonho se revela como uma estrutura psíquica que tem um sentido e pode ser inserida num ponto designável nas atividades mentais da vida de vigília” (vol. IV, p. 39). O material que dá conteúdo ao sonho é derivado, de algum modo, da experiência, e reproduzido ou lembrado no sonho; uma das fontes é a experiência da infância. E a mais surpreendente e menos compreensível característica da memória nos sonhos é demonstrada na escolha do material reproduzido.

Quatro seriam as fontes que se tem utilizado para a classificação de sonhos: excitações sensoriais externas (objetivas); excitações sensoriais internas (subjetivas); estímulos somáticos internos (orgânicos) e fontes de estimulação puramente psíquicas (vol. IV, p. 59).

O sonho é o próprio sonhador e a interpretação poderá ser possível através da decomposição das pequenas partes, pois o sonho é composto por várias tramas.

Freud (1900) escreveu: “quando eu digo ao paciente ‘Que é que lhe ocorre em relação a esse sonho?’ seu horizonte mental costuma se transformar num vazio. No entanto, se colocar diante dele o sonho fracionado, ele me dará uma série de associações para cada fração, que poderiam ser descritas como os ‘pensamentos de fundo’ dessa parte específica do sonho” (vol. IV, p. 138).

Um sonho pode representar um desejo como realizado - “mesmo que estejamos dispostos a constatar que todo sonho tem um sentido e um valor psíquico, deve permanecer em aberto a possibilidade de que esse sentido não seja o mesmo em todos os sonhos” (vol. IV, p. 158) – podendo ser a expressão de um desejo, um temor, uma reflexão, uma lembrança, uma conveniência, etc.

Para Freud os sonhos recebem sua forma em cada ser humano mediante a ação de duas forças psíquicas: uma que constrói o desejo que é expresso pelo sonho e outra que exerce uma censura e acarreta uma distorção na expressão do desejo. E é dos ‘pensamentos do sonho’ - conteúdo latente - que se pode depreender seu sentido e não do conteúdo manifesto do sonho.

Na publicação de 1911 sobre o manejo da interpretação de sonhos na psicanálise ele tratou da maneira pela qual o analista deve utilizar a arte da interpretação dos sonhos afirmando que este deve trabalhar com o que está emergindo naquele momento, ciente de que complexos e resistências estão ativos.

Os sonhos trazidos pela paciente, na transferência, parecem ilustrar que a ‘sobrinha’ que observa as cenas, é a sua terapeuta que irá promover um afastamento temporário, e que para tanto precisa ser informada das qualidades da paciente. O sentimento da paciente parece ser o do abandono pela terapeuta como também o sente em relação aos seus filhos.

Na sessão após as férias, a paciente tem um compromisso com a filha que mais demanda seus cuidados e se esquece da consulta. Ao telefonema da terapeuta, demonstra seu desapontamento, se desculpa e solicita uma nova chance para ser atendida durante a semana. Na sessão seguinte a transferência negativa foi interpretada e os atendimentos semanais foram continuados com a devida assiduidade por parte da paciente que apresentou significativa melhora na iniciativa e disposição para

cuidar de si própria em relação à sua saúde, seu estado de humor e o relacionamento com os filhos.

Numa outra ocasião, quando grande parte do tempo da sessão tinha sido ocupada por associações sobre a sua dinâmica de vida no convívio familiar com as duas filhas e o seu estresse decorrente da situação atual das mesmas, ao final, trouxe um novo sonho.

Relatou que no dia anterior a esta consulta, sonhou que estava diante de uma multidão de pessoas, cujos rostos não se ressaltavam e que desta multidão se sobressaiu uma menina, com laço de fita na cabeça, semelhante ao que ela usava na sua infância. Esta menina veio em sua direção lhe entregando um lindo buquê de flores. E associa: “lembrei-me de minha mãe” (sic). Isto foi compreendido, na transferência, como seu desejo de ser cuidada e reconhecida pela terapeuta e pelas pessoas que a cercam, de não ser uma daquelas pessoas que pareciam não ter rostos.

No andamento da psicoterapia nos parece que a paciente conseguiu compreender melhor sua agressividade na relação consigo mesma e com os outros, conseguindo manter relações familiares mais harmoniosas, vinha se utilizando de vários recursos médicos para amenizar as dores e apresentava melhores perspectivas futuras para sua vida pessoal e familiar. A principal mudança psíquica da paciente foi sua descoberta das fantasias inconscientes em relação à agressividade da mãe e do esposo, seus sentimentos de culpa que a levavam a agir como se tivesse uma dívida impagável com os mesmos.

REFERÊNCIAS

Freud, S. (1996). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud . Vol. IV e XII. Rio de Janeiro: Imago.

Rosa, J. T. (2005). Cap. 1 - Uso clínico do Teste de Relações Objetais de Phillipson. In: Silva, J. C. V. V. V. & Rosa, J. T. (Ed.). Atualizações clínicas do Teste de Relações Objetais. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.

Simon, R. (2008). Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos (2ª ed). São Paulo: E.P.U.

Simon, R. (2005) Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Simon, R. (2010). Psicoterapia psicanalítica: concepção original – Teoria Técnica Pesquisa Ilustrações Clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

COMPETÊNCIA, PROBLEMAS PSICOLÓGICOS E ESTRESSE EM ADOLESCENTES ESTUDANTES

*NANCY RAMACCIOTTI DE OLIVEIRA-MONTEIRO, MARIA AZNAR-FARIAS, CAMILA DE
ALMEIDA NAVA, JULIANA OLIVETTI GUIMARÃES NASCIMENTO, FÁBIO TADEU MONTESANO
& REGINA CÉLIA SPADARI-BRATFISCH*

A adolescência tem sido considerada na literatura psicológica como uma etapa da vida marcada por conflitos internos e interpessoais. Entretanto, trabalhos de psicologia evolutiva vêm questionando a visão problemática e negativa da adolescência, como em Hoffman, Paris, e Hall (1996) e Oliva, Gómez, Paara, Pertegal, Ríos, e Antolín, (2008). A potência positiva de desenvolvimento na adolescência é citada por vários autores (Kimmel & Weiner, 1998; Aznar-Farias & Oliveira-Monteiro, 2006) incluindo estudiosos do desenvolvimento de adolescentes em condições de vulnerabilidade (Yunes, Miranda, & Cuello, 2004). Essas contribuições privilegiam o enfoque da Psicologia Positiva, cujo advento trouxe uma alteração do paradigma negativo (o que destaca déficits e problemas) para um novo paradigma, aquele que destaca o lado positivo do desenvolvimento humano (os recursos) e as condições que promovem esse desenvolvimento (Oliva et al, 2008). Na Psicologia Positiva, problemas e recursos humanos não são dimensões opostas e devem ser considerados como provenientes de sistemas psicológicos distintos (Solano, 2010).

O desenvolvimento global da pessoa envolve o estudo da competência, entendida como a capacidade para mostrar desempenho em diferentes áreas de atividade (social, acadêmica, cognitiva e vocacional). Habilidades sociais, como a assertividade, e habilidade para resolução de conflitos, e capacidade para tomar decisões fazem parte do conjunto de competências próprias do desenvolvimento humano. A competência social, uma das dimensões da competência, é definida por Trianes, Muñoz, e Jiménez (1997) como o conjunto

de habilidades sócio-cognitivas e de conhecimento (incluindo a capacidade de controle emocional) mediadores de comportamentos específicos, julgados como comportamentos efetivos e idôneos, por outras pessoas e pelo próprio sujeito. A competência social engloba processos complexos, habilidades e estratégias de diferentes dimensões. Ela contribui para o adequado ajuste social (Yeates & Selman, 1989) e é tida como componente chave da personalidade saudável e feliz (Trianes, Muñoz, & Jiménez, 1997). A competência social é elemento da dimensão positiva do desenvolvimento humano, produto resultante desse desenvolvimento e fator de proteção diante de problemas psicológicos e de comportamento (Rocha & Silveiras, 2010), aqueles que prejudicam a organização de ações, percepções, atitude e interação com o meio.

Os problemas psicológicos e comportamentais emergem como expressões de disfunções no desenvolvimento, em todas as etapas do ciclo vital. Esses transtornos podem ser classificados como de ordem internalizante (manifestados por perturbações emocionais e cognitivas), de ordem externalizante (problemas comportamentais ou de atuação, como nos comportamentos antissociais), e de uso/abuso de determinadas substâncias (drogas) (Achenbach & Edelbrock, 1987).

O estresse é por vezes classificado como problema psicológico como dimensão paralisante, consequência de eventos negativos constantes ou de maior carga de intensidade, com capacidade para prejudicar estados de saúde. Nesse sentido, o estresse é entendido como mal-estar causado por fatores físicos e emocionais, gerando nervosismo, tensão, cansaço e esgotamento. Mas, o estresse tem também uma dimensão positiva, como elemento presente nos desafios que propulsionam aquisição de habilidades e superação de obstáculos e adversidades. Os significados do estresse possuem enfoques orgânicos (os aspectos fisiológicos e bioquímicos associados) e/ou psicossociais, aqueles mais voltados para os fatores externos, causadores do estresse, os eventos estressores. O impacto dos eventos estressores é determinado pela forma como eles ocorrem e também como são percebidos. No tocante aos eventos estressores, devem ser considerados também os fatores mediadores, como as características individuais e o suporte afetivo e social percebido nos contextos de desenvolvimento (Poletto, Koller, & Dell’Aglia, 2009).

A ativação do sistema de estresse pode funcionar como agente protetor, enquanto prepara o organismo para atacar ou fugir, aumentando as chances de sobrevivência. Porém, quando determinado limiar é ultrapassado, este mesmo sistema pode passar de ação protetora para

danosa, podendo desencadear problemas. Normalmente, a resposta aguda de estresse é limitada e de curta duração, tem efeitos temporários e não acarreta problemas à integridade do indivíduo. Entretanto, a resposta crônica de estresse, caracterizada por ativação constante do sistema de estresse, tem como resultado a secreção aumentada ou prolongada do hormônio liberador de corticotrofina (CRH), hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e de glicocorticóides, podendo acarretar prejuízos ao organismo (Ferreira, 2009).

Uma resposta apropriada do sistema do estresse é condição indispensável para proporcionar sensação de bem estar, desempenho apropriado às tarefas e interação social positiva. Inversamente, respostas inapropriadas do sistema de estresse podem causar prejuízo ao crescimento e ao desenvolvimento do indivíduo e acarretar uma variedade de disfunções endócrinas, metabólicas, imunológicas e comportamentais. O desenvolvimento e a gravidade destas disfunções dependem da vulnerabilidade genética do indivíduo, da sua exposição adicional a fatores ambientais adversos, e da ocorrência concomitante de eventos estressores (Charmandary, Tsigos, & Chrousos, 2005; Ferreira, 2009).

Os eventos estressores mais frequentes entre crianças e adolescentes estão relacionados aos contextos escolares e familiares (Poletto et al., 2009), que de acordo com a teoria ecológica (Bronfenbrenner, 2002), constituem-se como os principais microssistemas nos quais são estabelecidas as relações face-a-face e de reciprocidade. Entre os estressores relacionados à adolescência, Kristensen, Leon, D'Incao, e Dell'Aglio (2004) também apontam os conteúdos relativos à família e à escola, além daqueles relacionados a mudanças corporais típicas da puberdade, doença ou morte de pessoas próximas.

À luz dessas considerações, o presente estudo avaliou de forma descritiva um grupo de adolescentes no tocante a indicadores de estresse, competência social e problemas psicológicos e comportamentais.

MÉTODO

Participantes

Participaram 50 adolescentes, 28 meninas e 22 meninos (entre 12 e 18 anos), que estudavam em regime de tempo integral (manhã/tarde) em classes de escola pública de ensino

fundamental e médio de uma cidade da Baixada Santista (SP/Brasil). A caracterização socioeconômica da amostra, avaliada pelo Critério Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2011), apresentou indicadores de maior incidência nas classes C (36%) e B2 (32%).

Material

Questionário de estresse percebido para adolescentes – ASQ (Byrne, Davenport, & Mazanov, 2007; Spadari-Bratfisch & Oliveira-Monteiro, 2009) e YSR Inventário de auto avaliação para adolescentes (Achenbach & Rescorla, 2010).

Procedimento

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP - nº 1209/09) aprovou o estudo. Os participantes assentiram na participação e seus responsáveis assinaram termos de consentimento livre e esclarecido. A aplicação dos instrumentos foi coletiva, em sala de aula. Os tratamentos dos dados do ASQ incluíram análises dos resultados derivados da soma das respostas de todos os itens das escalas e por distribuição das respostas em categorias de intensidade de estresse baixa (graus 1 e 2 da Escala Likert), média (grau 3) e alta estresse (grau 4 e 5). Para correção do inventário YSR foi utilizada o *software* específico da Bateria ASEBA (Assessment Data Manager Program - ADM) para sistematização dos dados em perfis nas categorias: não clínica, clínica e limítrofe. Para analisar os resultados de meninas e meninos e diferentes faixas etárias com relação a cada uma das variáveis componentes do ASQ e do YSR, foi usada a análise de variância com dois fatores fixos. O estudo da associação entre ASQ e as variáveis do YSR foi feito a partir da observação de gráficos de dispersão e do cálculo do coeficiente de correlação linear de Pearson.

RESULTADOS

Os resultados do ASQ indicaram faixas de estresse de intensidade baixa a moderada, nas 11 escalas do instrumento. O subgrupo das meninas investigadas manteve a distribuição de dados do ASQ concentrada no grau “baixo” de intensidade em todas as suas escalas. No subgrupo dos meninos, a distribuição dos dados sobre *estresse do conflito escola/lazer*, apresentou escores praticamente equivalentes para os graus de intensidade “baixa” e “alta”.

Da mesma forma ocorreu com relação ao *estresse da pressão financeira*, para o qual a distribuição dos resultados dos meninos também esteve nas intensidades “baixa” e “alta”. Meninos e meninas diferiram quanto à variável *estresse à pressão financeira*, com dados de intensidade de estresse mais presentes nos meninos ($p = 0,036$).

Com relação ao YSR, o grupo investigado apresentou resultados com tendência à faixa não clínica, nas duas escalas do instrumento (a de Competência e a de Problemas psicológicos/de comportamento). Na parte qualitativa do instrumento, de forma geral, os adolescentes da amostra referiram que se relacionavam positivamente com outros adolescentes (dentro e fora do contexto escolar), tinham atividades esportivas e passatempos. Questionados acerca de preocupações ou problemas com a escola, de forma recorrente, referiram preocupação com fracasso escolar e com reprovações além de referirem queixas relacionadas ao tempo de ficar na escola (manhã e tarde). Problemas de relacionamento entre os alunos, violência, falta de motivação e insatisfação com a escola e professores, também foram problemas referidos em respostas a questões abertas do YSR.

Na escala de *Competência* do YSR (que abrange amizade, responsabilidades, participação em grupos, tarefas realizadas habitualmente, esportes e passatempos) a distribuição dos dados da amostra (meninos e meninas) indicou tendência à faixa não clínica. No tocante às *Atividades*, uma parcela dos meninos apresentou escores limítrofes ($p = 0,100$). A distribuição dos dados sobre *Competência Total* (que envolve *Competências Sociais* e *Atividades*) mostrou que a grande maioria dos meninos encontrava-se na faixa não clínica e limítrofe enquanto uma pequena parcela atingiu escores clínicos. Das adolescentes meninas, apenas um pequeno segmento atingiu a faixa limítrofe, com concentração da distribuição dos resultados na faixa não clínica ($p = 0,055$). Na área de Problemas Psicológicos indicados pelo YSR, os dados da amostra distribuíram-se na faixa não clínica em sete dos oito agrupamentos avaliados pelo instrumento. Apenas na área de *problemas sociais* houve indicador de faixa limítrofe no subgrupo dos meninos.

Quando analisados os *problemas internalizantes* e *externalizantes* da amostra, os dados encontrados nos protocolos dos meninos apresentaram escores clínicos referentes aos *problemas internalizantes*. No subgrupo das meninas, tanto os *problemas internalizantes* quanto os *externalizantes* estiveram com dados distribuídos nas faixas não clínica e limítrofe. Uma distribuição da amostra na faixa não clínica também foi encontrada em relação aos oito agrupamentos de Problemas Psicológicos e de Comportamento em perfis orientados pelo

DSM - IV do YSR (que incluem *transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, problemas somáticos, déficit de atenção/transtorno de hiperatividade, transtorno opositor desafiante, problemas de conduta, problemas obsessivos compulsivos e problemas de estresse pós-traumático*). Dos oito agrupamentos avaliados, apenas a distribuição dos dados sobre *transtornos de ansiedade e problemas de estresse pós-traumático* indicou um pequeno segmento dos meninos na faixa limítrofe, enquanto que a maior parcela da distribuição dos dados do total da amostra encontrava-se na faixa não clínica.

A análise da associação entre resultados do ASQ e do YSR indicou correlação moderada entre *estresse (ASQ) e problemas internalizantes (YSR)* ($r = 0,540$), e entre *estresse (ASQ) e total de problemas (YSR)* ($r = 0,520$), no subgrupo dos meninos. Não houve associação entre os resultados relativos a *estresse (ASQ) e a competência (YSR)*.

DISCUSSÃO

Os adolescentes estudantes investigados, em sua maioria, apresentaram tendências positivas de desenvolvimento, especialmente no tocante à avaliação da competência social e do nível de intensidade baixa de estresse. Isso vem ao encontro das contribuições colocadas por Hoffman et al. (1996) quando afirmaram que existem mitos negativos sobre a adolescência que não descrevem a maioria dos adolescentes.

Como já referido, Trianes et al. (1997) destacam a competência social como elemento da personalidade saudável e feliz. Os dados relativos à competência social investigada na amostra indicaram de forma geral graus positivos (não clínicos) concernentes a tal competência (YSR), o que apontou para uma positividade no desenvolvimento daqueles adolescentes. Esse indicativo pode ter tido uma associação com a condição da amostra, em termos de jornada de estudo em tempo integral. O tempo diário de permanência na escola em horário integral pode permitir e facilitar o desenvolvimento de comportamentos sociais competentes, pela oportunidade de criação e aprofundamento de laços no grupo de iguais, e inseridos em atividades educativas, sociais e esportivas.

Diferente do que encontrado por Poletto et al. (2009), que investigaram eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, na amostra do presente estudo (adolescentes estudantes), os eventos relativos à *família* foram referidos de forma geral como pouco estressantes, tanto pelos meninos como pelas meninas, da mesma forma que o

foram eventos relativos a *relações românticas, pressão dos pares, incerteza do futuro, responsabilidades emergentes da vida adulta e relações sociais* (ASQ). Dentre as quatro escalas do ASQ relativas a eventos estressores na escola, os resultados de maior intensidade de estresse foram encontrados na escala relativa ao *conflito escola/lazer*, e especialmente nos meninos da amostra. Os meninos da amostra, de forma diferente das meninas, apresentaram maiores indicativos de estresse com respeito a eventos relacionados à *pressão financeira* (escala do ASQ em que a metade do subgrupo dos meninos apresentou indicadores de *bastante e muito estresse*).

Em comparação com as meninas investigadas, o subgrupo dos meninos apresentou-se com mais indicadores problemáticos em termos de desenvolvimento (estresse e problemas internalizantes). A correlação encontrada no estudo entre dados de estresse (ASQ) e problemas internalizantes (YSR), e entre estresse (ASQ) e total de problemas (YSR), presente no subgrupo dos meninos, mesmo que moderada, pode estar indicando que a pressão financeira e baixas oportunidades para lazer (indicados como elementos estressores) estejam associadas a problemas psicológicos, o que deve ser mais ampla e profundamente investigado.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP] (2011). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Acessado por www.abep.org seção CCEB - Critério Brasil.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1987). *The manual for the youth self-report and profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2010). *Mental Health Practitioners' Guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* (7th ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Aznar-Farias, M., & Oliveira-Monteiro, N. R. (2006). Reflexões sobre pró-socialidade, resiliência e psicologia positiva. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2, 39-46.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Byrne, D. G., Davenport, S. C., & Mazanov, J. (2007). Profiles of adolescent stress: The development of adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*, 30, 393–416.
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the stress response. *Annual Review of Physiology*, 67, 259-284.
- Ferreira, H. A. (2009). *Intervenção fisioterapêutica reduz o índice de estresse em vestibulandos*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-graduação em Biologia Funcional Molecular).
- Hoffman, L., Paris, S., & Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy* (vol. 2). Madrid: McGraw-Hill.
- Kimmel, D. C., & Weiner, I. B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Kristensen, C., Leon, J. S., D’Incao, D. B., & Dell’Aglío, D. D. (2004) Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia*, 8(1), 45-55.
- Oliva, A. D., Gómez, A. H., Paara, A. J., Pertegal, M. A. V., Ríos, M. B., & Antolín, L. S. (2008). *La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Poletto, M., Koller, S. H., & Dell’Aglío, D. D. (2009) Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciência e saúde coletiva*, 14(2), 455-466.
- Rocha, M. M., & Silveiras, E. F. M. (2010). Competências de jovens brasileiros: fator de proteção para problemas comportamentais. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1162-1171). Portugal: Universidade do Minho,.
- Solano, A. C. (comp.) (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Spadari-Bratfisch, R. C., & Oliveira-Monteiro, N. R. (2009). Questionário de estresse percebido para adolescentes (ASQ). Tradução e adaptação brasileira do “Adolescent Stress Questionnaire” (ASQ), Byrne, D. G., Davenport, S. C., & Mazanov, J. (2007). Profiles of

adolescent stress: The development of adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*, 30, 393–416. Não publicado.

Trianes, M. V., Muñoz, A. M., & Jimenez, M. (1997). *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Yeates, K. O., & Selman, R. L. (1989). Social Competence in school: towards an integrative developmental model for intervention. *Developmental Review*, 9, 64-100.

Yunes, M. A. M., Miranda, A. T., & Cuello, S. E. S. (2004). Um olhar ecológico para riscos e oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In Koller, S.H. (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 197-218). São Paulo: Casa do Psicólogo.

OS COMPORTAMENTOS SEXUAIS NOS JOVENS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS PORTUGUESES

NATÁLIA DOS SANTOS PISSARRA NOGUEIRA PACHECO & HENRIQUE PEREIRA

O tema da sexualidade não se limita ao biológico, engloba algo bem mais complexo, porque tal assunto abrange valores e crenças existentes nas diferentes culturas. A sexualidade humana é influenciada e varia consoante os factores culturais e sociais.

Segundo Laplanche (1991), para a teoria psicanalítica a sexualidade não diz respeito só às actividades e ao prazer ligados ao funcionamento do aparelho genital, mas refere-se a toda uma rede de actividades e excitações que estão presentes nos seres humanos desde tenra idade. A forma como a sexualidade se expressa varia ao longo da vida do ser humano.

Enquanto campo de estudo, a sexualidade passou a ser delimitada a partir do século XVIII, quando passaram a proliferar discursos específicos a respeito dos corpos e do sexo (Foucault, 1976).

A sexualidade tem sido um assunto tabu durante várias gerações assim como acontece com a violência, as drogas ou outros temas que são impregnados de crenças e mitos, o que dificulta a discussão na sociedade. Essa dificuldade começa frequentemente no ambiente familiar, sendo a discussão sobre sexualidade negada; mas também poderá ocorrer ainda nas instituições de ensino, em sua grande maioria pouco abertas e preparadas para a abordagem do tema. As instituições sociais por vezes ainda reforçam os papéis tradicionalmente reservados a cada sexo – o homem no mercado de trabalho e a mulher como reprodutora, mantendo o chamado duplo padrão sexual. Por outras palavras, as leis intemporais que cristalizam a diferença entre géneros mantêm-se ao longo dos tempos, no limite dos espaços, no seio das culturas, na génese das sociedades, (re)vestindo várias faces coloridas pela semântica e pelos códigos próprios de cada época (Ramos, Carvalho & Leal, 2005).

A sexualidade não é algo uniforme, tem vários aspectos, sendo uma constante descoberta. Ela está directamente ligada ao exercício da cidadania, pelo respeito por si e pelo outro, nas questões de género, saúde e no direito à informação e ao conhecimento, pois a orientação sexual procura desvincular a sexualidade de mitos, tabus e preconceitos. A função do sexo tem que ser vista enquadrada dentro do projecto pessoal de cada um. Cada pessoa pode exercer a sua sexualidade consoante os seus valores, a sua idade, a sua cultura.

Na medida em que foi ficando clara a complexa dimensão social da relação entre sexualidade e saúde, as pesquisas e as intervenções relacionadas com temas como violência sexual, gravidez não

planeada e risco de infecção pelo VIH, entre outros, tornaram-se preocupações centrais dos pesquisadores em todo o mundo.

As manifestações da sexualidade afloram principalmente na adolescência e é comum que a sociedade, família e escola fechem os olhos para isso. A família, que é responsável por uma boa parcela da educação sexual das crianças e jovens, traz proibições e valores associados à sexualidade que, nos seus discursos, gestos e expressões, são aprendidos pelas crianças e jovens.

Além da família e da escola, fontes como *os média*, os livros e pessoas de fora da família como por exemplo os grupos de pares, também influenciam directamente e decisivamente na formação sexual das crianças e dos jovens, até mesmo dos adultos.

Com a adolescência aparecem várias transformações corporais e novamente o próprio corpo, e agora o corpo de outras pessoas, passa a ser alvo de máxima atenção, sendo a fonte de investigação e de prazer, muitas vezes através da masturbação. A adolescência, que significa crescer para a maturidade, é um período de transição que acarreta mudanças físicas e psicológicas no indivíduo. Também a autonomia está definida como uma habilidade para pensar, sentir, tomar decisões e agir por conta própria (Fleming, 2004).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde, a adolescência corresponde ao período que vai dos 10 aos 19 anos, aproximadamente. É a fase de descobertas e busca de uma identidade pessoal, período em que estão presentes todas as fases da maturação e que nem de longe pode ser confundido com a puberdade, que é parte da adolescência, período em que ocorre maturação sexual, em que se dão mudanças biológicas que tornam o indivíduo apto à procriação. No geral a fase da puberdade está completa por volta dos 18 anos – as modificações físicas relacionadas com esta fase implicam na interrupção do crescimento ósseo, desenvolvimento dos órgãos reprodutivos e caracteres secundários como o surgimento de pêlos, seios, tom de voz, entre outras. A juventude é banalmente considerada como a melhor fase de desenvolvimento, mas ao mesmo tempo como uma fase de grande risco. Algumas concepções, muito difundidas pelos mass médias apresentam os jovens como vulneráveis e com dificuldades em gerir as suas vidas. Domina a ideia de comportamentos desregrados e de risco, com relacionamentos curtos e frequentes, os quais são carregados de preconceitos que a investigação procura esclarecer.

Os jovens que ingressam no Ensino Superior encontram-se nesta faixa etária. Mesmo os mais velhos, poderão deparar-se com a responsabilidade de estar fora de casa, sem controlo externo, nomeadamente por parte dos pais. A multiplicidade de ofertas de experiências novas pode ser encarada de forma tentadora e aliciante. De certo modo, o ingresso na universidade é uma nova etapa de autonomização e crescimento, em particular para os jovens oriundos de outras regiões do país e que saíram de casa para estudar.

O comportamento sexual dos jovens mudou dramaticamente durante as duas últimas décadas. Têm acesso a uma actividade coital cada vez mais cedo e o comportamento sexual dos jovens faz parte de um Estilo de Vida, no qual se incluem condutas tais como: consumo de tabaco, álcool e drogas, que têm determinantes sócio culturais. A iniciação precoce em comportamentos sexuais tem sido associada a um conjunto de consequências negativas e de comportamentos de risco.

É sabido que a informação é necessária, mas ela só por si é insuficiente para se poder deduzir que provoca mudanças de atitudes e de hábitos. Existe um conjunto de crenças que podem constituir um obstáculo à prevenção desses comportamentos.

MÉTODO

Participantes

A nossa amostra pretende ser de cerca de 600 estudantes, tendo este estudo preliminar 249 respostas. Os estudantes que responderam frequentam qualquer estabelecimento de Ensino Superior do nosso país. São alunos de todos os cursos e todos os anos, excluindo alunos do 3º Ciclo, que podem apresentar características pouco representativas para a amostra em causa, uma vez que poderão encontrar-se numa faixa etária bastante mais alta.

Material

Com o objectivo de aprofundar o estudo das práticas sexuais dos jovens e tentar perceber como se sentem em relação às mesmas, foram utilizados para o efeito:

- Um Questionário Sócio-demográfico elaborado para o efeito,
 - Questionário sobre as Práticas Sexuais Actuais (Nogueira & Pereira, 2009),
- e também os seguintes embora não estejam contemplados no presente estudo:
- Escala de Fantasias Sexuais (Wilson 1978) adaptada por Freire, 2008,
 - Grelha de Orientação Sexual de Klein (Pereira, Leal & Maroco, 2009),
 - Questionário de Crenças e Informação Sexual (Adams e col, 1996, adaptado de P. Nobre, 2001),
 - Questionário de Problemas Sexuais (Nogueira & Pereira, 2009).
 - Inventário de Saúde Mental (Ribeiro, P., 2001).

Procedimento

Foi elaborado um questionário on-line, a fim de permitir uma maior abrangência da população estudantil. Foi solicitado, por correio electrónico, às Associações de Estudantes, Universidades e outras Instituições de Ensino Superior do país, que reencaminhassem o pedido de colaboração no estudo aos seus estudantes. O tempo médio para responder ao questionário foi cerca de 30 minutos.

RESULTADOS

Ao analisarmos os Dados sócio-demográficos, verificamos que a idade média da população que respondeu é de aproximadamente 21 anos, havendo heterogeneidade na representatividade entre géneros (78,7% mulheres e 21,3% homens). Cerca de 73,1 % dos inquiridos consideram-se católicos, seguidos de 18,5 % agnósticos.

Relativamente à instituição de ensino frequentada, 84,7 % dos alunos pertencem a Universidades Públicas (211), 14,1% são de Institutos Públicos (35) e 1,2 % são de Universidades Privadas (3).

A área científica dos cursos mais representativos nesta amostra é das ciências da saúde com 46,2 % do total das respostas. O ano em que se encontram é em 17,7 % dos casos no 1º ano, 24,9 % no 2º ano, 26,1% no 3º ano, 31,3% são alunos de 2º ciclo. Somente 14,9% são trabalhadores estudantes. Em relação à habitação, 53 vivem em casa própria, 153 em casa alugada ou partilhada e 25 em residência universitária.

Ao analisarmos a questão sobre com quem vivem os estudantes na residência de origem, podemos observar que a maioria dos inquiridos vive com os pais (92,4%), sendo que na zona universitária, 58,2 % vivem com amigos.

Preferências reprodutivas

Quanto ao início da vida sexual, 61% considera que deveria ocorrer entre os 16 e os 18 anos.

De salientar é o facto de existir uma acentuada convergência em relação ao casamento, tendo 78,7% respondido que concordam com o casamento, enquanto apenas 6,8 % discordam com o mesmo. Os inquiridos consideram que o casamento deveria acontecer após iniciar a vida laboral (48,7%) e após namorarem algum tempo (25,4%)

No que diz respeito à melhor forma de compromisso entre duas pessoas, responderam:

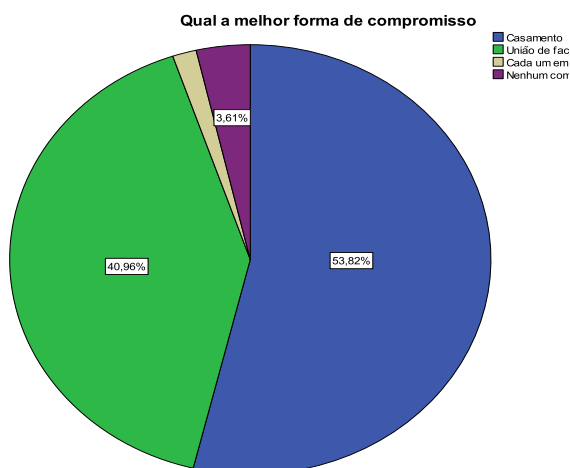


GRÁFICO 1: Melhor forma de compromisso
casamento

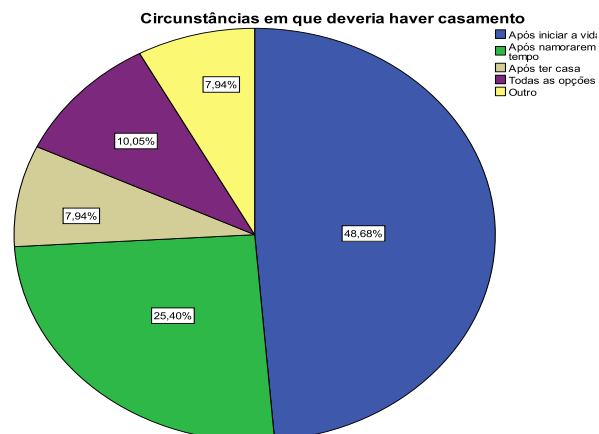


GRÁFICO 2: Circunstâncias do

De novo, o casamento aparece como sendo a primeira escolha (53,8%).

Chama-se a atenção para a percentagem de jovens que gostariam de ter filhos (90,4%), sendo que 73,1% gostariam de ter 2 a 3 filhos.

Início da vida sexual

Os principais resultados evidenciam que 87,1% já iniciaram a sua vida sexual, sendo 63% entre os 16 e 18 anos.

As razões apontadas para concretizarem a sua 1ª relação foram, em 53% das situações o amor, a atracção e o prazer.

Consideram que a 1ª relação foi importante ou muito importante (57%) e utilizaram um preservativo masculino (69,9%), dos quais 128 foram obtidos no centro de saúde (51,4%), o que demonstra uma atitude de percepção de risco.

A relação existente entre os parceiros era uma relação de namoro em 117 dos casos (71,1%).

Práticas Sexuais Actuais

Ao avaliarmos as Práticas Sexuais Actuais, verificamos que para os jovens questionados, a idade média da primeira ejaculação ou menstruação é de 12,52 anos.

Constata-se que 65,9 % dos inquiridos admitem masturbar-se e dizem sentir-se satisfeitos com tal (57%).

A primeira pessoa por quem se sentiram atraídos foi um amigo (86,3).

Ao apreciarmos os resultados obtidos nas questões que remetem para a dimensão da orientação sexual, 40 admitem já se terem sentido atraídos por alguém do mesmo sexo, e 51 terão tido fantasias com alguém do mesmo sexo, embora apenas 34 tenham tido contacto físico com os mesmos.

No que remete à vida amorosa, no momento actual, 170 dos jovens inquiridos afirmam ter namorado(a).

A média de início do namoro é 15,3 anos, com 11 anos de idade mínima e 21 de máxima.

Relativamente às actividades sexuais que possam praticar, as respostas apresentam-se da seguinte maneira:

QUADRO 1: Actividades sexuais praticadas

	Nun ca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempr e
Carícias na pele	4,0	0,8	8,4	30,9	55,8
Beijos superficiais	2,8	3,2	7,2	30,9	55,8
Beijos profundos, com a língua	4,4	3,2	8,0	33,3	51,0
Carícias nos genitais	6,0	6,4	17,3	34,9	35,3
Penetração de um pénis numa boca	33,3	20,5	22,1	17,7	6,4
Penetração de um pénis numa vagina	12,9	3,2	7,2	36,5	40,2
Penetração de um pénis num ânus	69,9	20,9	6,0	2,0	1,2
Colocação de uma boca num pénis	28,9	17,7	23,7	22,5	7,2
Colocação de uma boca numa vagina	29,3	14,5	28,1	22,5	5,6
Colocação de uma boca num ânus	86,3	10,0	1,6	1,2	0,8

34% já tiveram relações sob efeito de substâncias psicoactivas (28% álcool, 6% cannabis), sendo que 5% costumam fazê-lo.

DISCUSSÃO

Algumas conclusões podem ser retiradas, embora de forma limitada.

- Verificámos que a idade média da população que respondeu é de aproximadamente 21 anos, havendo grande heterogeneidade na representatividade entre géneros (78,7% mulheres e 21,3% homens);
- A grande maioria concorda com o casamento (78,7%) e deseja filhos (90,4%);
- Os principais resultados evidenciam que mais de 87% destes jovens já iniciaram a sua vida sexual, tendo quase 70% utilizado um preservativo masculino na sua primeira relação sexual;
- A idade da sua primeira relação sexual é, em quase 30 % dos casos de 18 anos, em quase 18% é de 17 anos e em 17% é de 16 anos; ou seja 63% destes jovens teve relações pela primeira vez entre os 16 e 18 anos;
- A primeira relação sexual ocorre em mais de 71,36 % na própria casa ou na do parceiro(a);

- Quase 70% admitem masturbar-se e sentirem-se satisfeitos com este comportamento;
- Em relação à orientação sexual, as respostas vão no sentido de não terem nunca sentido atracção pelo mesmo sexo (81,1%), não terem tido fantasias com o mesmo sexo (77,1%), não terem tido contacto com o mesmo sexo (86,3%);
- No que concerne às práticas sexuais, constata-se que os comportamentos que aparecem com valores mais elevados são os comportamentos considerados convencionais, tais como carícias na pele e nos órgãos genitais, beijos superficiais e profundos, penetração de um pénis numa vagina.

De um modo geral, parece-nos que os conteúdos temáticos indicam posições conservadoras quanto às representações de género, valores familiares e práticas sexuais. Todavia, os conteúdos analisados neste trabalho, abrangeram somente aspectos relacionados com os dados sócio-demográficos e as práticas sexuais dos inquiridos. Recordamos por fim, que esta investigação ainda se encontra numa fase preliminar, visto que irá abranger uma amostra final de cerca de 600 participantes. Tendo neste momento 249 participantes, consideramos que os resultados obtidos apenas nos esclarecem um pouco acerca dos comportamentos sexuais dos jovens estudantes universitários portugueses, não nos permitindo ainda, chegar a afirmações conclusivas.

REFERÊNCIAS

- Alferes, V. (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais – Para uma Psicologia Social da Sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Cannavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto.
- Fleming, M. (2004). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento. Porto
- Fonseca, L., Soares, C., & Machado Vaz, J.(coord.), (2003). *A Sexologia: Perspectiva multidisciplinar I*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Foucault, M. (1976). *História da Sexualidade I – A Vontade de Saber*. Lisboa: Relógio d'Água Editores.
- Garton, S. (2009). *História da Sexualidade da Antiguidade à Revolução Sexual*. Editorial Estampa, Lda. Lisboa
- Gomes, F. A. (2006). *Paixão, amor e sexo*. Ed. Dom Quixote, Lisboa
- Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário (1ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.

- Laplanche, J. (1991). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.-Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Mottier, V. (2010). *Sexualidade. Uma breve introdução*. Texto editores. Lisboa
- Nobre, P.(2006). *Disfunções sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2007) *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*, 1ª Ed., Coimbra: Quarteto Editora.
- Ramos, V., Carvalho, C. e Leal, I.(2005). *Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual*. *Análise Psicológica*, 23, 173-185.

ANÁLISE DA MUDANÇA ESTRUTURAL EM PSICANÁLISE USANDO O SPC

TELMO PAIVA, ANTÓNIO PAZO PIRES, ANTÓNIO GONZALEZ, MARIANA SÁ & MARTA LOPES

O principal objectivo da psicanálise, assim como das psicoterapias de orientação psicanalítica, é alcançar mudanças na estrutura psíquica. De acordo com Knut e Høglend (2008) ainda não há uma forma aceite pela generalidade de apurar estas mudanças e uma das razões para esse aparente fracasso é que a psicoterapia psicodinâmica apresenta mudanças para além da sintomatologia que ainda não podem ser medidas de forma válida e confiável (Huber, Brandl & Klug, 2004). É neste contexto que Lundin e Waldron (2004) afirmam que um passo para superar alguns dos obstáculos que dificultam a investigação sobre o processo e o resultado da psicanálise é o desenvolvimento de instrumentos e métodos que possam de forma confiável e precisa capturar e operacionalizar as complexidades envolvidas.

Um aspecto importante da pesquisa nesta área é encontrar/criar uma abordagem destinada a medir a mudança estrutural, no entanto os termos estrutura psicológica e mudança estrutural são problemáticos e em grande parte isso deve-se ao facto de não haver consenso teórico relativamente a estes conceitos psicanalíticos (Wallerstein, 1994). Em resposta a este dilema Wallerstein (1986), a partir da investigação na Psychotherapy Research Project da Menninger Foundation, propõe o uso de um conjunto de constructos psicológicos teoricamente neutros, as capacidades psicológicas, que quando avaliados em conjunto devem reflectir a estrutura psicológica. O objectivo foi descrever um conjunto de dimensões que sejam aceites por todas as perspectivas psicanalíticas e fornecer uma descrição exhaustiva do funcionamento pessoal (DeWitt, Milbrath & Wallerstein, 1999). O resultado deste trabalho é o Scales of Psychological Capacities (SPC; Wallerstein, n.d.) que consiste numa medida de avaliação generalizada da estrutura psicológica, livre de qualquer especificidade teórica e que apresenta qualidades psicométricas bem fundadas (Huber, Brandl & Klug, 2004).

Em Portugal a investigação em psicoterapias é praticamente nula, por um lado devido à ausência de uma cultura de pesquisa e validação da prática clínica mas por outro lado também pela falta de recursos, tanto humanos como materiais, aspectos estes que se acentuam nas psicoterapias dinâmicas. Deste modo, e em resposta a estas necessidades, vimos apresentar a versão portuguesa do SPC.

O objectivo surge em resposta à ausência de trabalhos experimentais utilizando o SPC, que inicialmente foi construído para avaliar a partir de amostras de funcionamento do paciente obtidas através de uma entrevista clínica especialmente construída para esse fim (DeWitt, Milbrath & Wallerstein 1999). No nosso caso propomo-nos aplicar o SPC a notas de sessões, analisando desta forma a mudança estrutural ao longo de uma psicanálise.

MÉTODO

Participantes

A Maria tem 43 anos, vive sozinha, é divorciada e não tem filhos. É a filha mais velha de uma fratria de 4 irmãos, órfã de mãe com 2 anos e meio, ficando a viver com o pai e os avós paternos, com os quais mantinha uma relação muito próxima. Quando Maria tem 10 anos, o pai casa-se novamente, indo viver com a nova mulher, o que terá representado um choque muito grande para a filha. No ano seguinte ao pai casar, Maria foi para um colégio interno e, por essa altura, também nasceu um novo irmão, fruto do 2º casamento do pai.

Desde nova que a Maria foi manifestando sintomas de uma maior instabilidade/fragilidade, tendo sido levada a um psicólogo com 5/6 anos por apresentar enurese secundária. Para além disso, desde nova que apresenta sintomas claustrofóbicos, especialmente na aterragem dos aviões, quando as pessoas se põem de pé.

Esta fragilidade parece ter-se acentuado com a situação do divórcio e falecimento do pai (num passado recente), tendo nessa altura pedido à empresa para ir trabalhar uns tempos para fora do país. Um ano e meio depois de estar a morar fora, começou a sentir-me “muito mal, deprimida”, e motivada também pelos sintomas fóbicos, decidiu fazer psicoterapia. Esta psicoterapia psicanalítica, face a face e 3 vezes por semana, durou 1 ano e meio (altura em que voltou para Portugal). Com esta terapia, os sintomas fóbicos parecem ter desaparecido.

Um tempo depois de estar em Portugal, decidiu então voltar a procurar ajuda através de psicanálise com o segundo autor deste estudo. Esta procura terá sido motivada na altura por: sentimento de falta de sentido na vida, insatisfação geral (tanto do ponto de vista pessoal, como profissional), tristeza associada a períodos de grande irritabilidade, isolamento dos afectos, falta de confiança/segurança em si própria, necessidade excessiva de controlo (especialmente nas relações sociais), dificuldade em aproximar-se dos outros, assim como alguns comportamentos compulsivos, no que se refere ao dinheiro, à comida e à compra excessiva de livros, por exemplo. Para além disso, refere-se problemas de excesso de peso, dores de cabeça frequentes e falta de energia.

Maria acabou por fazer 3 anos e oito meses de análise, 3 vezes por semana, em sessões de 50 minutos. Ao longo da terapia, revela empenho e cooperação com o trabalho analítico, apresentando

uma boa capacidade de insight, respondendo com facilidade à associação livre. Tendo em conta os dados da análise, pode-se dizer que a sua estrutura psíquica de base é do foro neurótico, em que a sua problemática se centra fundamentalmente em torno de um conflito básico inerente a uma falha narcísica secundária – falha na identidade falo-narcísica. Percebe-se assim uma falha na constituição de objecto interno estável, seguro e consistente, que lhe permitisse a criação de uma identidade narcísica sólida. Esta fragilidade narcísica surge associada a um cunho depressivo marcante, expresso por sentimentos de abandono, um grande medo da perda do amor do objecto, reflectindo-se numa dinâmica psíquica em torno de duas variáveis contrárias: procura do amor do objecto /medo da dependência deste amor; medo do abandono.

Material

O instrumento utilizado foi a tradução portuguesa (Pires, Lopes, & Paiva, aceite para publicação) da escala *Scales of Psychological Capacities (SPC)*, desenvolvido por Robert Wallerstein em 1986, no âmbito do projecto de pesquisa em psicoterapia (PRP) da Fundação Menninger. Tal como afirma Sundin (2004), estas escalas representariam uma forma de medir a mudança psicológica, desenvolvidas no sentido de encontrar um instrumento que pudesse ser usado tanto por clínicos como por investigadores, de diferentes escolas e modelos psicoterapêuticos. Estas escalas permitiriam o estabelecimento de uma linguagem comum entre estes diferentes profissionais, criando uma ligação entre o fenómeno observado pelos clínicos e os conceitos teoricamente propostos, estimulando o diálogo entre clínicos e investigadores.

Tal como refere De Witt, Milbrath, e Wallerstein (1999), o objectivo na construção das escalas seria descrever um conjunto de dimensões, aderentes e aceites por qualquer perspectiva psicanalítica, no sentido de permitirem uma relativa compreensão descritiva do funcionamento de determinado sujeito. Estas “competências” deveriam ser conceitos acessíveis a todos, facilmente inferíveis a partir de comportamentos observáveis, incluindo estados mentais descritos e sentimentos. Estas competências psicológicas contrastam pois com os recursos que estão latentes, ou por alguma razão bloqueados à acessibilidade ou atrasados no seu desenvolvimento (Sundin, 2004).

Refere-se ainda que estas escalas foram desenvolvidas no sentido de serem usadas com pessoas cujo teste da realidade não estivesse comprometido; não sendo por isso suposto que fossem utilizadas com sujeitos com funcionamento psicótico. Porém, o seu uso não deve pressupor o despiste de condições psicopatológicas em si, devendo ser usadas para aceder a uma série de atributos com relevância tanto para a psicopatologia, como para o funcionamento dito normal (De Witt et al., 1991).

Wallerstein (1991) refere que este conjunto de competências psicológicas foi construído com base em elementos fundamentais do funcionamento psicológico, de acordo com a teoria psicanalítica, tendo em conta os seguintes aspectos: a utilização eficaz e manuseamento dos movimentos libidinais e agressivos; o controle e modulação do impulso e do afecto; o parentesco dos objectos; a diferenciação

e integridade do funcionamento do self; a integridade e efectividade no funcionamento do ego ideal e do super-ego; a questão da mestria e adaptação efectiva. As escalas comportam assim 17 competências psicológicas, as quais estão divididas em 3 grandes grupos, que constituem 3 sub-escalas do SPC: atributos do self; regulação do self; e relação com os outros. No que se refere à sub-escala atributos do self, referente a características internas, mais pessoais do sujeito, estão incluídas as competências: coerência pessoal; auto-estima; excitação pela vida; esperança; flexibilidade; atribuição de responsabilidade; persistência; compromisso com os padrões e valores. A sub-escala regulação do self, por sua vez, a qual diz respeito à regulação que o sujeito faz dos seus comportamentos e da sua experiência, engloba as competências: regulação do afecto; regulação do impulso; regulação da experiência sexual; afirmação pessoal. Por fim, a sub-escala relação com os outros, a qual remete para a capacidade do sujeito de se aproximar livremente dos outros e se relacionar, inclui as competências: empatia; confiança; confiança em si próprio e nos outros; compromisso nos relacionamentos; reciprocidade (De Witt, 2007).

Dentre estas 17 dimensões, 14 dividem-se em outras duas sub-dimensões, 2 em três subdimensões e 1 não está dividida. O acesso a estas 36 sub-dimensões ocorre através de uma hora gravada de entrevista clínica, em conjunto com uma a duas horas de entrevista semi-estruturada de SPC, com questões de probabilidade, desenvolvidas pelos autores do teste. Este processo cuidadoso é necessário, para que se evite o simples acesso aos sintomas, em vez da estrutura (Klug & Huber, 2009). O material é cotado para cada sub-dimensão numa escala de 4 pontos, que vai do valor 0 (funcionamento normal ou completamente adaptativo) até ao valor 3 (funcionamento seriamente e claramente perturbado). As dimensões estão construídas para que uma sub-dimensão cubra vários graus de funcionamento inibido e outra, vários graus de funcionamento exagerado. Ambas as direcções (sub-dimensões) devem ser acessíveis simultaneamente (Huber et al., 2005).

No que se refere à fiabilidade e validade dos testes, muitos estudos foram desenvolvidos no sentido de avaliar esta questão. Refira-se o estudo elaborado por Sundin & Bengt-Ake (1994), como primeiro estudo a avaliar a fiabilidade do SPC, em que se comprovou a possibilidade de obter uma avaliação razoavelmente fiável das competências psicológicas de pacientes psiquiátricos internados. Neste mesmo estudo, verificou-se que a consistência interna da escala é bastante elevada (0,84), revelando-se uma boa medida de psicopatologia. Outro estudo muito referido na avaliação da validade do conteúdo do SPC é o desenvolvido por De Witt, Hartley, Rosenberg, Zilberg e Wallerstein, (1991), em que 62 juízes de todo o mundo, experientes no que diz respeito à teoria psicanalítica e à investigação clínica, foram interrogados sobre o grau de abrangência e clareza do conjunto de competências psicológicas, concluindo-se que, no seu conjunto, o SPC seria um instrumento satisfatório e útil no estudo da mudança estrutural. Refira-se ainda o estudo de Lundin e Waldron (2004), o qual vem comprovar a fiabilidade interna da escala, quando aplicada a sessões reais de psicanálise gravadas; o de Huber, Brandl e Klug (2004), em que, através de diferentes grupos de diagnóstico, comprovou-se a

fidelidade entre juízes, assim como a validade do mesmo na avaliação da estrutura psíquica; o de De Witt, Milbrath, Wallerstein, (1999), o qual vem confirmar exactamente esta questão da fidelidade entre juízes, assim como a validade do SPC; assim como o de Huber, Henrich, & Klug (2005), o qual comprova a estabilidade do teste através de um estudo de teste-reteste com uma amostra de 20 pacientes deprimidos, assim como a sensibilidade do mesmo à mudança, através de uma comparação pré e pós terapia.

Procedimento

Na nossa investigação foram utilizadas notas de sessões, distribuídas em 4 diferentes períodos, cada um destes constituído por 24 sessões. 1º período - primeiros 2 meses de análise (1º- 24ª sessão); 2º período - 1 ano depois (127ª- 151ª sessão); 3º período - 2 anos depois (261ª-285ª sessão); 4º período - 2 últimos meses de análise (359ª- 383ª sessão).

Este espaçamento de um ano entre os 4 períodos corresponde ao que considerámos o intervalo de tempo adequado e suficientemente alargado (tendo em conta a duração da análise), permitindo que se pudessem avaliar mudanças efectivas nas competências psicológicas do sujeito.

A análise em 4 períodos diferentes permitiu avaliar a evolução do sujeito em termos das suas competências psicológicas ao longo do trabalho analítico e deste modo inferir a existências de mudanças na estrutura psíquica ao longo da análise.

RESULTADOS

De seguida vamos apresentar a evolução geral no funcionamento do sujeito ao longo da análise. No 1º período analisado, referente aos dois primeiros meses de análise, a maioria das dimensões (10 das 17) do SPC apresentaram resultados elevados, com pontuação 3 em alguma das suas sub-dimensões, o que reflecte uma perturbação acentuada no funcionamento para estas dimensões. Essas dimensões foram *Esperança*; *Gosto pela vida*; *Persistência*; *Compromisso nos relacionamentos*; *Reciprocidade*; *Confiança*; *Regulação do afecto*; *Regulação do impulso*; *Afirmação pessoal*; *Confiança em si próprio e nos outros*. Destas dimensões a *Confiança em si próprio e nos outros* e a *Gosto pela vida* apresentaram desvios em mais que uma subdimensão.

No 2º período analisado, 1 ano após o 1º período, verificaram-se ligeiras melhorias, somente para uma sub-dimensão, na dimensão *Gosto pela vida*, comparando com o período anterior. Também se verificaram pequenas melhorias nas dimensões *Esperança*, *Persistência*, *Compromisso nos relacionamentos*, *Reciprocidade*, *Regulação do afecto* e *Afirmação pessoal*. No entanto houve uma ligeira regressão na dimensão *Auto-estima*, verificando-se no sujeito um nível baixo de respeito pessoal global.

Entre o 2º e o 3º (dois anos e meio de terapia) períodos, observou-se uma evolução muito positiva na paciente, para a grande maioria das competências psicológicas. Nenhuma das dimensões apresenta uma pontuação de 3 valores, o que indica que não existe uma perturbação muito acentuada no funcionamento das mesmas.

De um modo geral, não houve uma grande alteração entre o 3º e 4º períodos, não havendo qualquer tipo de perturbação mais acentuada nas dimensões (nenhuma com pontuação 3), sendo que a pontuação para a maioria das variáveis situa-se entre 1 e 0.

A comparação dos resultados do SPC, para as 17 dimensões e respectivas sub-dimensões, entre o 1º e o 4º período (início e fim da análise) pode-se dizer que, em termos gerais, houve uma grande evolução no funcionamento das competências psicológicas do indivíduo ao longo da análise.

Verifica-se assim que no 1º período, havia uma perturbação acentuada (com classificação 3) no funcionamento da maioria das variáveis, enquanto no 4º período não existe qualquer variável com uma perturbação tão marcante, em que a classificação das variáveis ronda 1 e 0, o que remete para um funcionamento “normal” com algumas fragilidades que podem facilmente ser superadas pelo próprio.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objectivo principal testar a aplicabilidade do SPC (versão portuguesa) a notas de sessões de forma a verificar a existência de mudança estrutural ao longo de uma terapia. A existência de um instrumento que permite analisar a mudança estrutural ao longo de uma terapia é bastante útil em várias dimensões, tanto empíricas, tais como avaliar a eficácia geral da psicanálise ou momentos críticos da mesma, como operacionais, permitindo um terapeuta ter acesso aos efeitos que a análise pode estar, ou não, a surtir no paciente. Para avaliar esta mudança estrutural procurou-se perceber quais as mudanças ocorridas nas competências psicológicas do sujeito em diferentes períodos da análise.

Tendo em conta os resultados apresentados anteriormente, pode-se dizer que houve uma evolução notável no funcionamento das competências psicológicas do indivíduo. A primeira mudança ao nível das competências do sujeito, embora relevante, é apenas subtil, o que é expectável, dado que, tal como afirma Dewald (1972), citado por Meissner (2000), a mudança estrutural em psicanálise é um processo lento, operado em pequenos passos. Começa assim por manifestar-se em termos *micro estruturais*, antes que possa ser identificada alguma mudança efectiva na estrutura psíquica total. Neste caso a mudança mais “drástica” no funcionamento das competências surge no 3º período, após dois anos e meio de terapia. Após este período e até ao fim da terapia a maioria das variáveis permanece estável, no entanto algumas competências sofrem uma regressão ligeira no seu funcionamento, que surgem normalmente relacionadas com uma expressão emocional por vezes exagerada, reivindicação dos seus direitos e vontades, preocupando-se menos com os outros.

Tendo em conta os dados acima, pode-se de facto postular que terá existido uma mudança estrutural na paciente, a qual se terá tornado mais efectiva após 2 anos e meio de terapia. Deste modo, e considerando o objectivo deste estudo, pode-se dizer que a aplicação do SPC a notas de sessão permitiu concluir que foram produzidas mudanças significativas na estrutura psíquica do sujeito.

Quanto à qualidade do material usado, o qual era composto por notas do terapeuta, torna-se importante realçar o facto de, apesar do terapeuta deter uma posição privilegiada na compreensão de dimensões importantes do processo terapêutico (muito mais do que qualquer juiz independente), não deixa de ser um participante activo e investido neste processo, perdendo-se muita da objectividade necessária para uma avaliação científica deste tipo. Esta limitação mostra-se particularmente importante neste caso, dado que, segundo a metodologia de aplicação do SPC, este pressupunha a existência de uma entrevista clínica semi-estrutura com o terapeuta e posterior entrevista do SPC, de forma a recolher toda a informação necessária sobre as competências psicológicas do paciente.

Deste modo, propomo-nos em estudos futuros, a fim de obter uma maior validação em termos metodológicos, que a informação recolhida e posterior aplicação do SPC, seja baseada em gravações áudio ou vídeo das sessões, de forma a obter informação mais fidedigna.

Finalmente, pode-se dizer que apesar de este estudo ter apresentado resultados interessantes, importantes no estudo da eficácia da psicanálise através da utilização do SPC, trata-se apenas de um estudo de caso, pelo que a sua generalização pode ser questionável. Torna-se fulcral que a investigação continue, com estudos cada vez mais válidos e fiáveis em termos metodológicos, de forma a que o SPC, na sua versão portuguesa, se torne num instrumento válido e credível.

REFERÊNCIAS

- De Witt, K. N., Hartley, D. E., Rosenberg, S. E., Zilberg, N. J., & Wallerstein, R. S. (1991). Scales of psychological capacities: development of an assessment approach. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 14 (2), 343-362.
- De Witt, K. N., Milbrath, C., & Wallerstein, R. S. (1999). Scales of psychological capacities: support for a measure of structural change. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 22 (3), 453-480.
- Hagtvet, K. A., & Høglend, P. A. (2008). Assessing Precision of Change Scores in Psychodynamic Psychotherapy: A Generalizability Theory Approach. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 41 (3), 162-178
- Huber, D., Brandl, T., & Klug, G. (2004). The scales of psychological capacities: measuring beyond symptoms. *Psychotherapy Research*, 14 (1), 89-106.

- Lundin, J., & Waldron, S. (2004). Assessing outcomes of psychoanalyses by applying standard outcome rating scales to recorded psychoanalytic sessions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52 (4), 1228-1230.
- Meissner, W.W. (2000). The structural principle in psychoanalysis: II. structure formation and structural change. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 23 (3), 283-330.
- Pires, A & Lopes, M., & Paiva, T. (aceite para publicação) Tradução portuguesa das Scales of Psychological Capacities (SPC). Se...não! *Revista de Psicanálise, Psicoterapia e Desenvolvimento Humano*.
- Sundin, E., Armelius, B., & Nilsson, T. (1994). Reliability studies of scales of psychological capacities: a new method to assess psychological change. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 17 (4), 591-615.
- Wallerstein, R. S. (1994). Psychotherapy research and its implications for a theory of therapeutic change: a forty-year overview. *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 120-142.
- Zilberg, N. J., Wallerstein, R. S., De Witt, K. N., Hartley, D., & Rosenberg, S. E. (1991). A conceptual analysis and strategy for assessing structural change. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 14 (2), 317-342.

INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS FAMILIARES NOS AUTO-CUIDADOS EM DIABÉTICOS TIPO 2

SUSANA PEDRAS, M. GRAÇA PEREIRA & GABRIELA FERREIRA

A incidência da diabetes tem aumentado na população mundial sendo considerada, por isso, uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade na actualidade (Duarte, 2004) bem como um problema de saúde pública (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2009). De acordo com um estudo conduzido pela SPD (2009), a diabetes atinge já 11,7% da população portuguesa, dos quais cerca de 90% padecem de diabetes tipo 2, e 23% apresentam pré-diabetes. A diabetes é considerada a doença mais exigente ao nível psicológico e comportamental, dado que 95% da gestão e cuidados da diabetes são realizados pelo paciente (Cox & Gonder-Frederick, 1992). Os estudos indicam que a não adesão ao tratamento é um dos principais problemas da diabetes (Asefzadeh, Asefzadeh, & Javadi, 2005) e que numa amostra de 44 mil diabéticos, 75% não comia em intervalos regulares nem seguiam a dieta recomendada e 67% relatavam uma frequência dos níveis de auto monitorização abaixo da recomendada (Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson, & Selby, 2000).

Neste sentido, as variáveis familiares, como o ajustamento marital e o suporte do parceiro, parecem desempenhar um papel fundamental na adesão aos auto-cuidados na diabetes. Os estudos são consensuais quando sugerem que os indivíduos que relatam um melhor ajustamento marital apresentam uma maior satisfação com vários aspectos da sua adaptação à doença (tratamento, aparência, actividade), sentem um menor impacto da diabetes e experienciam menor distress emocional associado à diabetes (Trief, Himes, Orendorff, & Weinstock, 2001; Trief, Ploutz-Snyder, Britton, & Weinstock, 2004; Trief, Wade, Britton, & Weinstock, 2002).

Também o suporte do parceiro é determinante no lidar e gerir uma doença crónica (Ruddy & McDaniel, 2002) particularmente o suporte positivo (elogiar, encorajar, lembrar) em detrimento do suporte negativo (criticar, pressionar). Inevitavelmente a doença crónica num dos parceiros gera stress e tensões na família obrigando a uma adaptação por parte dos restantes elementos e a um processo de colaboração e entajuda no casal (Fisher et al., 1998; Ruddy & McDaniel, 2002).

A morbilidade psicológica encontra-se associada a um controlo glicémico pobre, hiperglicemia e um aumento das complicações da diabetes (Lloyd, Dyert, & Barnett, 2000; Papelbaum et al., 2011).

A prevalência da depressão nos indivíduos com diabetes varia entre 15-20%, comparados com 2 a 9% na população geral (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001). Já a ansiedade parece não exercer tanto impacto uma vez que a diferença no risco de não adesão entre os pacientes ansiosos e os não ansiosos é apenas de 4% (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000).

Neste sentido, os objectivos do presente estudo foram: 1) avaliar a relação entre o ajustamento conjugal, suporte do parceiro, stress familiar, morbidade psicológica e adesão aos auto-cuidados e 2) conhecer os preditores da adesão à dieta e à auto-monitorização da glicose na diabetes tipo 2.

MÉTODO

Participantes

Neste estudo participaram 361 diabéticos tipo 2 e respetivos parceiros recolhidos em vários centros de saúde. 150 são do sexo feminino e 211 do sexo masculino, casados, com uma média de idades de 59 anos (D.P.= 10.5) e 4 anos de escolaridade (D.P.=0.9). 52% dos diabéticos estavam diagnosticados há pelo menos seis meses e 36% entre 7 e 12 meses. Possuir doença oncológica foi critério de exclusão da amostra.

Material

Escala Revista de Auto-cuidados com a Diabetes – Revised Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (RSDSCA) (Versão em estudo: Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000; Versão Portuguesa de Pereira, Costa & Castro, 2008). Avalia níveis de auto-cuidados e gestão nos diferentes componentes do regime da diabetes e é constituída por 11 itens. Resultados elevados correspondem a maior adesão aos comportamentos de auto-cuidados da diabetes. O alfa de Cronbach na presente amostra foi de .96 para a escala dieta geral e de .94 para a escala adesão à auto-monitorização.

Escala Revista de Ajustamento Diádico – Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) (Busby, Christensen, Crane, & Larson, 1995; Versão Portuguesa de Pereira, 2004). O RDAS é uma escala de 14 itens divididos em três subescalas: Consenso Diádico, Satisfação Diádica e Coesão Diádica. Resultados elevados correspondem a mais Ajustamento Conjugal. Neste estudo utilizou-se a escala total que apresentou um alfa de Cronbach de .75.

Escala de Avaliação pessoal da Crise Familiar - Family Crisis-oriented Personal Evaluation Scale (F-COPES) (McCubbin, Olson, & Larsen, 1987; versão Portuguesa de Mendes & Relvas, 1999). Avalia o coping familiar, sendo constituída por 29 itens organizados em 5 subescalas: Procura de Suporte Social, Reenquadramento, Procura de Suporte Espiritual, Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda e Avaliação Passiva. Neste estudo apenas se utilizou a escala total,

cujo alfa de Cronbach foi de .75. Resultados elevados indicam maior utilização de estratégias de coping familiar.

Questionário Multidimensional da Diabetes – Multidimensional Diabetes Questionnaire (MDQ) (Talbot, Nouwen, Gingras, Gosselin, & Audet, 1997; Versão Portuguesa de Pereira & Castro, 2008). Na versão original o questionário é constituído por três secções. Neste estudo apenas se utilizou a secção II. Esta escala avalia a frequência de comportamentos de suporte positivos e negativos do parceiro nos auto-cuidados da diabetes (adesão à medicação, dieta, controlo glicémico, exercício e cuidado com os pés). Resultados elevados correspondem a elevados níveis de comportamentos de suporte positivo ou negativo, respetivamente. O alfa de Cronbach foi de .85 para o suporte positivo e de .77 para o suporte negativo, nos pacientes. *Inventário Familiar de Eventos e Mudanças de Vida - Family Inventory of Life Events (FILE)* (McCubbin, Patterson, & Wilson, 1981; Versão Portuguesa de Vaz Serra, Firmino, Ramalheira, & Canavarro, 1990). Avalia o stress e as tensões na família, sendo constituído por 71 itens e nove subescalas. Resultados elevados correspondem a maior stress familiar. Neste estudo apenas foi utilizada a escala total. O alfa de Cronbach foi de .83.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia, & Silva, 1999). Avalia a depressão e a ansiedade numa escala de 14 itens. Pontuações elevadas indicam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, respetivamente. No presente estudo utilizou-se a escala total, cujo alfa de Chronbach foi de .86 para os pacientes e .87 para os parceiros.

Procedimento

Os diabéticos foram entrevistados no final da consulta médica/enfermagem de rotina no centro de saúde a que pertencem após assinarem um consentimento informado. A participação foi voluntária.

Ao nível da predição da adesão à dieta e auto-monitorização da glicose realizaram-se regressões hierárquicas, em que no 1º bloco foram introduzidas as variáveis sócio-demográficas e no 2º bloco as variáveis psicossociais.

RESULTADOS

Preditores da Adesão à Dieta

Os resultados revelam que ser do sexo masculino, ter mais idade, melhor ajustamento, menos stress familiar, maior suporte positivo do parceiro e menos morbilidade psicológica no parceiro predizem maior adesão do diabético à dieta. O modelo explica 13.3% da variância. (Quadro 1).

Preditores da Adesão à Auto-Monitorização da Glicose

Duração do diagnóstico inferior a 6 meses, menor morbidade psicológica e maior suporte positivo do parceiro predizem maior adesão do diabético à auto-monitorização da glicose. O modelo explica 20.7% da variância. (Quadro 1).

Variáveis	Preditores							
	Adesão à dieta				Adesão à auto-monitorização da glicose			
	Δ	B	SE	β	Δ	B	SE B	β
Bloco 1	.				.			
Sexo do diabético		.87	.61	.097		.306	.636	.033
Idade do diabético		.06	.02	.159*		-	.030	-.073
Duração do diagnóstico		-	.61	.000		-	.634	-.173*
				R² aj.: .021				R² aj.: .023
Bloco 2	.				.			
Sexo do diabético		1.3	.61	.146*		-	.615	-.009
Idade do diabético		.06	.02	.141*		-	.028	-.062
Duração do diagnóstico		-	.58	-.034		-	.581	-.147*
Ajustamento conjugal		.07	.03	.129		-	.039	-.122
Stress familiar (FILE)		-	.06	-.164*		-	.066	-.102
Coping familiar (F-COPES)		.03	.02	.100		.014	.023	.039
Suporte positivo (MDQ)		.05	.02	.156*		.170	.024	.448***
Morbidade psicológica		-	.03	-		-	.039	-.008
				R² aj.: .133				R² aj.:

Preditores da Adesão à Dieta e da Auto-Monitorização da Glicose

*p<.05, ***p<.001

DISCUSSÃO

Ajustamento marital, apoio positivo do parceiro, menor stress familiar e menor morbidade do parceiro são preditores do comportamento de adesão à dieta, no diabético. De facto, são vários os estudos que encontraram uma relação entre ajustamento marital, suporte do parceiro e melhor adaptação à diabetes em particular na promoção da adesão do diabético (Schokker et al, 2010; Stephens, Rook, Franks, Khan, & Iida, 2010; Trief et al., 2002). Estes estudos enfatizam o suporte fornecido pelo parceiro como exercendo um impacto positivo na adesão à dieta. De facto, o parceiro

desempenha um papel fundamental na compra dos ingredientes, na preparação e confecção dos alimentos e refeições, no lembrar o diabético de comer várias vezes ao dia (Fisher, 2006; Ruddy & McDaniel, 2002; Trief et al., 2001; 2002; 2004). Em relação à morbilidade, os estudos indicam que o parceiro pode apresentar sintomas de distress e níveis de ansiedade e depressão tão elevados como os do paciente (Fisher, Chesla, Skaff, Mullan, & Kanter, 2002). Como os pacientes deprimidos aderem três vezes menos do que os não deprimidos (DiMatteo et al., 2000), é normal que ao coabitarem com um parceiro deprimido ou ansioso a probabilidade de não aderir às recomendações médicas como a dieta e à auto-monitorização da glicose aumente (Lloyd et al., 2000; Papelbaum et al., 2011). No que diz respeito ao stress familiar, este revelou-se um preditor negativo da adesão aos auto-cuidados, enfatizando assim o papel do stress na gestão da diabetes, mesmo na presença do apoio do parceiro (Marcy, Britton, & Harrison, 2011).

Relativamente aos preditores da auto-monitorização da glicose verificamos que os pacientes diagnosticados há menos de seis meses aderem menos a este comportamento. Este resultado pode explicar-se pelo facto do diabético ter menos experiência com este comportamento no seu reportório. Menor morbilidade psicológica do parceiro e apoio positivo revelaram-se fundamentais. De facto, o apoio do parceiro é importante na adesão aos auto-cuidados dado que pode amortecer o stress com a gestão da diabetes. Franks, Lucas, Stephens e Rook (2010) verificaram que os parceiros e não só os diabéticos apresentam morbilidade psicológica por estarem ambos envolvidos na gestão da diabetes e expostos às mesmas preocupações e stressores.

Interessantemente, o suporte do parceiro, seja positivo (relembrar, elogiar ou encorajar) ou negativo (pressionar ou o criticar) é importante na monitorização da glicose (Fisher, 2006). Este resultado levanta a hipótese do suporte positivo compensar os efeitos do suporte negativo tal como já foi sugerido por outros autores (Schokker et al., 2010) exercendo assim também eficácia na adesão.

Tendo em conta os resultados do presente estudo, a intervenção psicológica deve ir no sentido de aumentar a promoção da adesão nos diabéticos recém diagnosticados (até 6 meses). Assim, torna-se necessário aumentar o suporte do parceiro clarificando as estratégias mais instrumentais na adesão do diabético aos comportamentos de auto-cuidados. A capacidade do casal se organizar e gerir as exigências da diabetes, diminuindo o stress familiar e envolvendo o parceiro, são áreas fundamentais que devem fazer parte dos programas educacionais e de intervenção na promoção da adesão na diabetes tipo 2.

REFERÊNCIAS

Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069- 1078.

- Asefzadeh, S., Asefzadeh, M., & Javadi, H.(2005). Care management: adherence to therapies among patients at Bu-Alicina Clinic. *Research Journal of Medicine and Medical Sciences*,10, 343-348.
- Busby, D.M., Christensen, C., Crabe, D.R., & Larson, J.H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distress and non distressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289-308.
- Cox, D., & Gonder-Frederick, L. (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 628-638.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-210.
- Duarte, R. (Ed.). (2004). *Diabetologia clínica*. Lisboa: Lidel.
- Fisher, L. (2006). Family relationships and diabetes care during the adult years. *Diabetes Spectrum*, 19(2), 71-74.
- Fisher, L., Chesla, C.A., Bartz, R.J., Gilliss, C., Skaff, M.A., Sabogal, F.,... Lutz, C.P. (1998). The family and type 2 diabetes: a framework for intervention. *Diabetes Educator*, 24, 599–607
- Fisher, L., Chesla, C.A., Skaff, M., Mullan, J.T., & Kanter, R.A. (2002). Depression and anxiety among partners of European-American and Latino patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 1564-1570
- Franks, M., Lucas, T., Stephens, M., & Rook, K. (2010). Diabetes distress and depressive symptoms: A dyadic investigation of older patients and their spouses. *Family Relations*, 59, 599-610.
- Karter, A.J., Ferrara, A., Darbinian, J.A., Ackerson, L.M., & Selby, J.V. (2000). Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes, *Diabetes Care*, 23(4), 477–83
- Lloyd, C.E., Dyert, P.H., & Barnett, A.H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*, 17, 198- 202.
- Marcy, T.R., Britton, M.L., & Harrison, D. (2011). Identification of barriers to appropriated dietary behavior in low-income patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Therapy*, 1(2), 1-1
- McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1987). Family crisis oriented personal evaluation scales (F-COPES). In McCubbin, H. I., & Thompson, A. I. (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice* (pp. 195-207). Madison, WI: University of Wisconsin-Madison.
- McCubbin, H., Patterson, J., & Wilson, (1981). *FILE—Family Inventory of Life Events and Changes*. St. Paul: University of Minnesota
- Papelbaum, M., Moreira, R., Coutinho, W., Kupfer, R., Zagury, L., Freitas, S.,...J. Appolinario (2011). Depression, glycemic control and type 2 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 3(26), 1-17.

- Ruddy, N., & McDaniel, S.H. (2002). Couple therapy and medical issues: working with couples facing illness. In Gurman A.S., & Jacobson, N.S. (Eds.). *Clinical handbook of couple therapy* (3^a ed)(pp. 699–716). New York: Guilford.
- Schokker, M.C., Stuive, I., Bouma, J., Keers, J.C., Links, T.P, Wolffenbuttel, B.,...Hagedoorn, M. (2010). Support behavior and relationship satisfactions in couples dealing with diabetes: Main and Moderating effects. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 578-586.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD] (2009). *Estudo da prevalência de diabetes em Portugal*. [On-line]. Disponível em <http://www.spd.pt/>
- Stephens, M.A., Rook, K.S., Franks, M.M., Khan, C., & Iida, M. (2010). Spouses use of social control to improve diabetic patients dietary adherence. *Families, Systems, & Health*, 28(3), 199-208.
- Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Gosselin, M., & Audet, J. (1997). The assessment of diabetes related cognitive and social factors: The Multidimensional Diabetes Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 291-312.
- Toobert, D.J., Hampson, S.E., & Glasgow, R.E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23, 943-950.
- Trief, P.M., Himes, C.L., Orendorff, R., & Weinstock, R. (2001). The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1384-1389.
- Trief, P.M., Ploutz-Snyder, R., Britton, K.D., & Weinstock, R. (2004). The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regimen. *Diabetes Care*, 27, 148-154.
- Trief, P.M., Wade, M.J., Britton, K.D., & Weinstock, R.S. (2002). A prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 25(7), 1154-1158.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO SEGUNDO O MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

LUIZA PEDRO 1, J. PAIS-RIBEIRO 2 & J. PÁSCOA PINHEIRO 3

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica do sistema nervoso central, que afeta com maior frequência adultos jovens, no auge de sua carreira profissional e desenvolvimento pessoal, sem cura e de causas desconhecidas (Composta & Coles, 2002; MS Canada, 2011). Os sintomas e sinais mais comuns são a fadiga, fraqueza muscular, alterações da sensibilidade, ataxia, alterações do equilíbrio, dificuldades na marcha, dificuldades de memória, alterações cognitivas e dificuldades na resolução de problemas (Composta & Coles, 2002; Grima, et al, 2000; Henze, 2005; Kesselring, 2003; MSIF, 2011). A MS é uma doença progressiva e imprevisível, resultando nalguns casos, em incapacidades e limitações de actividade vida diária, causando danos irreparáveis para os indivíduos. Esta doença pode surgir através de surtos ou de uma forma progressiva.

A progressão da EM depende, da gravidade em que ocorrem os processos de inflamação dos neurónios e do ritmo da desmielinização. Estão definidos 4 subgrupos de doença: O subgrupo recidivas-remissões (surtos), resulta de um processo inflamatório súbito na mielina dos neurónios afectados originando um conjunto de sintomas neurológicos em situação de surto. Quando a inflamação diminui, existe uma recuperação que pode não ser total ou parcial. Este subgrupo encontra-se normalmente no primeiro estágio da doença em cerca de 85% a 90% dos indivíduos com EM. O subgrupo de EM progressiva secundária, inicia-se com a forma clínica de recidivas-remissão, mas posteriormente instala-se uma perda gradual das funções. A forma progressiva primária ocorre quando há desmielinização lenta, discreta mas progressiva, havendo instalação gradual dos sintomas e a perda de funções. Neste caso não aparecem surtos, no entanto, num período de alguns anos, vai-se instalando gradualmente a doença com a perda progressiva de funções. E por último, existe a forma benigna que ocorre através de um único surto, e durante vários anos não existem mais manifestações da doença (Composta & Coles, 2002; Henze, 2005; Kesselring, 2003; Mitchell, Léon, Gonzalez, & Navarro, 2005; MSIF, 2011).

Sendo progressivamente incapacitante, estima-se que aproximadamente 50% das pessoas com EM usam um auxiliar de marcha cerca de 15 anos após o início da doença (Grima, et al., 2000).

1-ESTESL-I. Politécnico Lisboa; 2- FPCE-U. Porto; 3- FMU. Coimbra/HUC.

Nos últimos anos, os avanços da medicina e da tecnologia (ex: a utilização da ressonância magnética) levaram ao diagnóstico cada vez mais precoce e à utilização de novos medicamentos que têm ajudado a modificar o curso da doença, no sentido de retardar a progressiva incapacidade (Composta & Coles, 2001; Grima, et al, 2000; Henze, 2005; Kesselring, 2003; MSIF, 2011). Os tratamentos para controlar a progressão da doença, nos estádios iniciais desta, têm demonstrado grande eficácia e estão mais facilmente disponíveis (MSIF, 2011). Assim, cada vez mais, os doentes mantêm a funcionalidade durante períodos de tempo mais prolongados, proporcionando estilos de vida mais activos (MSIF, 2011). Desta forma parece pertinente a implementação de programas que visem melhorar, ou manter uma actividade física que facilite a funcionalidade destes indivíduos.

Diversos autores defendem a implementação de programas de intervenção constituídos pela integração entre os componentes físicos, psíquicos e sociais (Ford & Urban, 1998). Para estes autores as pessoas são vistas como um sistema vivo integrado num contexto, e a abordagem perante uma situação de doença deve inserir-se numa perspectiva de auto-organização, e de auto-construção de sistemas de controlo. Defendem que a vida física é baseada em processos de organização e coordenação do funcionamento de todos os componentes biológicos e psicológicos. Os aspectos psicológicos são representados em forma de processos baseados na construção, manutenção e realização das funções psicológicas, de modo a dirigir, organizar e avaliar as interações individuais com os seus contextos ambientais. O Homem é uma organização integrada, em vários níveis, de estruturas físicas, funções biológicas, psicológicas, e comportamentais numa dinâmica ambiental. Cada indivíduo está integrado num sistema auto-regulado que cria e mantém a organização. Quando existe uma situação de desestabilização do sistema (aparecimento de uma doença, ou situações súbitas de surtos) vai alterar-se esta dinâmica e, por conseguinte, existe uma necessidade de reorganização auto-regulada do sistema. Este modelo conceptual suporta o modelo de auto-regulação tal como Maes e Karoly, (2005) propõem.

Há um conjunto de teorias que promovem a mudança de comportamento no sentido da promoção de estilos de vida mais saudáveis (como o aumento da actividade física), elas são, entre outras, a Teoria de Aprendizagem Social (Bandura, 1986), o Modelo de Crenças em Saúde (Janz & Becker, 1984), a Teoria da Acção Planeada (Ajzen & Fishbein, 1980), o Modelo do Transteórico (Prochaska, Di Clemente & Norcross, 1992). Todos estes modelos reconhecem a importância da motivação nas mudanças de comportamento. Miller e Rollnick (1991) desenvolveram programas de intervenção tendo por base, quatro princípios gerais da entrevista motivacional que sustentam as suas especificidades técnicas e estratégias. Eles sugerem os seguintes princípios que devem existir nos programas para desenvolver a motivação dos participantes: expressar empatia, estimular a discrepância, evitar a argumentação, minimizar as resistências, e promover a auto-eficácia.

Segundo Carver e Scheier, (1998), e Vohs e Baumeister (2004). A auto-regulação é uma abordagem facilitadora para os indivíduos alterarem os seus pensamentos, sentimentos, desejos e acções, na

perspectiva de alcançar os seus objectivos. Assim, a auto-regulação refere-se ao indivíduo, enquanto agente activo na tomada de decisão das mudanças relativas aos seus comportamentos de saúde. Na perspectiva de Maes e Karoly (2005) auto-regulação é um processo sistemático do comportamento humano que envolve a definição de metas pessoais e comportamentais para orientar a prossecução de metas estabelecidas, num processo orientado, e de estratégias, feedback e auto-avaliação, da parte do indivíduo com a doença. A auto-regulação pode ser definida como uma sequência de acções e/ou processos de orientação para atingir um objectivo pessoal. Este modelo íntegra três fases processuais: numa primeira fase, os indivíduos devem estabelecer as metas que pretendem alcançar, numa segunda fase é necessário procurar objectivos activos no sentido de implementar estratégias para alcançar as metas pré-estabelecidas, numa terceira fase é importante a realização/consecução dos objectivos pretendidos, bem como a sua manutenção dos. Em todas estas fases estão envolvidos aspectos emocionais e cognitivos do indivíduo (Maes & Karoly, 2005)

Propomos neste estudo, um programa de intervenção para doentes com EM, tendo como objetivo melhorar a sua atividade física, utilizando como base conceptual o modelo de auto regulação.

Este programa de intervenção, tem como objetivo a promoção de estratégias de eficácia para alcançar objetivos. Neste caso, o objetivo principal é melhorar a atividade física e a participação dos indivíduos com EM.

MÉTODO

Este estudo é quasi-experimental de comparação entre um grupo de intervenção e outro de controlo.

Participantes

O grupo experimental é constituído por 8 a 10 pessoas com diagnóstico de EM á mais de um ano. Têm com critérios de inclusão serem indivíduos que vivem na comunidade, sem alterações cognitivas, com níveis no Expanded Disability Status Scale (EDSS- Kurtzke, 1983) até 6 (alterações neurológicas moderadas).

Material

As variáveis em estudo são: variáveis demográficas (idade, sexo, profissão, estado civil, escolaridade), variáveis de doença (percepção de gravidade da doença, EDSS, anos de diagnóstico e existência de auxiliares de marcha); e variáveis de resultado serão: a qualidade de vida, a satisfação com a vida, a fadiga, o bem-estar psicológico e a Eficácia pessoal para alcançar objetivos

A intervenção visa definir, implementar, e manter, objetivos de atividade física/funcionalidade/participação. A alteração das variáveis de intervenção deverá influenciar as variáveis de resultado.

Os instrumentos utilizados são:

- Questionário demográfico, da doença e da funcionalidade
- Escala de Gravidade de Fadiga (Krupp, LaRocca, Muir-Nash, & Steinberg, 1989).
- Satisfação com a Vida, mais especificamente a Escala de Bem Estar Pessoal desenvolvida por (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008)
- Inventário de Saúde Mental (Pais-Ribeiro, 2001). Este Inventário é constituído por duas dimensões: bem-estar psicológico e distresse. Para o nosso estudo utilizamos a dimensão bem-estar psicológico.
- Qualidade de Vida: Multiple Sclerosis Quality of Life (MSQoL-54), desenvolvida por (Vickrey, Hays, Harooni, Myers & Ellison, 1995), processo de validação para população portuguesa em progresso.
- Questionário de Eficácia pessoal para alcançar objetivos

Procedimento

O programa de intervenção é desenvolvido em grupos de 8 a 10 pessoas com EM, durante 7 sessões semanais com cerca de 90 minutos cada. Cada sessão é dinamizada em três partes distintas. A primeira parte tem como objectivo dinamizar em grupo uma discussão acerca de uma temática que reflita incapacidade ou limitação á atividade física, bem como a discussão de estratégias para minimizar essas limitações. Numa segunda parte, realiza-se uma sessão de exercícios, associados à temática que foi dinamizada anteriormente. Numa terceira parte pede-se aos participantes que estabeleçam objetivos e estratégias individuais que serão realizadas até á próxima sessão.

Cada sessão pretende desenvolver uma temática importante para o grupo, relacionada com a promoção da atividade física, numa perspetiva holística de dinâmica de grupo, onde são abordados os aspetos fisico-funcionais, os aspectos psicológicos e os aspectos de interação social, de forma a promover a implementação de estratégias de eficácia pessoal para alcançar objetivos.

Os aspectos físicos que são desenvolvidos ao longo das sessões, através de um conjunto de exercícios apropriados para esta população, vão ao encontro dos estudos para a promoção a atividade física em população com EM (Dalgas, Stenager & Ingermann- Hansen, 2008; Howe & Gomperts, 2006; Mostert & Kesselring, 2002)

RESULTADOS

No final do programa de intervenção, pretende-se que os indivíduos com EM, tenham adquirido perícias específicas para melhorar a sua actividade física de forma a melhorar a sua funcionalidade e participação, de acordo com os seus interesses, limitações, recursos pessoais e ambientais, ao seu ritmo pessoal, e de acordo com as estratégias que propuseram.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and social behavior. EnglewoodCliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1998). On the Self-regulation of Behavior. New York: Cambridge University Press.
- Compston, A., & Coles, A. (2002). Multiple Sclerosis. *Lancet*, 359, 1221–1231.
- Dalgas, U., Stenager, E., & Ingermann- Hansen (2008). Multiple sclerosis and physical exercise: recommendations for the application of resistance, endurance and combined training. *Multiple Sclerosis*, 14, 35-53
- Emmons, K. M., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings. *Opportunities and limitations. American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 68-74
- Ford, D., & Urban, H. (1998). *Contemporary Models of Psychotherapy: A Comparative Analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Grima, D.T., Torrance, G.W., Francis, G., Rice, G., Rosner, A.J., & Lafortune, L. (2006). Cost and health related quality of life consequences of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 6, 91–98.
- Henze, T. (2005). Managing specific symptoms in people with multiple sclerosis. *The International Multiple Sclerosis Journal*, 12, 60-68.
- Howe, J., & Gomperts M. (2006). Aerobic testing and training for persons with multiple sclerosis: a review with clinical recommendations. *Physiotherapy Canadian*, 58, 259–270.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 11– 47.

- Kesselring, J. (2003). Blue Books of Practical Neurology Multiple Sclerosis. In: W. McDonald & J. Noseworthy (Eds.). *Complications of Multiple Sclerosis: fatigue; spasticity; ataxia; pain; and bowel, bladder, and sexual dysfunction* (pp.217-302). Butterworth-Heinemann (USA).
- Krupp, L., LaRocca, N., Muir-Nash, J., & Steinberg, A.(1989).The Fatigue Severity Scale Application to Patients With Multiple Sclerosis and Systemic Lupus Erythematosus. *Archives of neurology*, 46, 1121-1123
- Kurtzke, J.F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33 (11), 1444–1452
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: a review. *Applied Psychology*, 54, 267–99.
- Miller, W.R., & Rollnick, S.R.(1991) *Motivational interviewing: preparing people to change behaviour*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, A., Léon, J., Gonzalez, J., & Navarro,J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurology*, 4, 556-566.
- Mostert, S., & Kesselring, J. (2002). Effects of a short-term exercise training program on aerobic fitness, fatigue, health perception and activity level of subjects with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 8, 161–68.
- Multiple Sclerosis International Federation (MSIF). (2011). Available from: URL: http://www.msif.org/language_choice.html (accessed November 2011)
- Multiple Sclerosis Society of Canada (MS Canada). (2011). Available from: URL: <http://www.mssociety.ca/en/default.htm> (accessed November 2011).
- Pais-Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008) O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 505-508). Lisboa: ISPA
- Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Rietberg, M.B., Brooks, D., Uitdehaag, B.M., & Kwakkel, G. (2005). Exercise therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database Systematic Reviews* (1). CD003980.

Vickrey, B., Hays, R., Harooni, R., Myers, L., & Ellison, W. (1995). A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, 4, 187-206.

Vohs, K.D., & Baumeister, R.F. (2004). Understanding self-regulation: An introduction. In R.F. Baumeister and K.D. Vohs (Eds), *Handbook of Self regulation. Research, Theory, and Applications* (pp. 1–9). New York: Guilford.

APOIO PSICOPEDAGÓGICO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES ONCOLÓGICOS DA CASA RONALD MCDONALD DO ABC

IVETE PELLEGRINO ROSA & MARIA ELENA DE GOUVÊA

Neste trabalho apresentamos a reflexão e análise de uma experiência do trabalho pedagógico vividas por duas professoras do curso de Pedagogia do Centro Universitário Fundação Santo André na orientação de professores voluntários e alunos dos cursos de licenciaturas atuando como professores junto às crianças e adolescentes oncológicos da Casa Ronald McDonald do ABC.

O processo de intervenção, atualmente denominado por apoio por meio de kits pedagógicos, resulta da experiência de orientação de estudantes-professores atuando em serviço.

Procuramos delimitar o trabalho pedagógico realizado e destacamos os referenciais conceituais que guiam nossas ações para poder apresentar os diferentes papéis que ocupam cada membro desta equipe de professores atuantes na área de Educação e Saúde.

O TRABALHO COMO ATIVIDADE EXTENSIONISTA

A Casa Ronald McDonald do ABC está localizada no campus da Fundação ABC e no terreno contíguo fica o campus da Fundação Santo André. A Casa abriga as crianças e jovens que se tratam de câncer.

Nosso trabalho começou em 2006 e tem sido uma experiência muito enriquecedora na formação dos professores-alunos no campo da Pedagogia Hospitalar.

Dessa forma, a Fundação Santo André que oferece os cursos de formação docente do Centro Universitário cumpre com seu papel extensionista e social. O trabalho extensionista oferece a oportunidade de aprendizagem recíproca, tanto para aqueles que ensinam, como para aqueles que aprendem, ‘a extensão tem trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico’ (P.N.E.U., 2000-2001, p.5).

REFLEXÕES ACERCA DA TEMÁTICA

As reuniões entre as professoras-supervisoras com os professores-alunos têm sido o espaço de trocas e o momento de expressão, que também incluem a manifestação de possíveis conflitos, da revisão e resignificação, tanto das ações pessoais como na forma de intervir.

Essa equipe pedagógica expõe e se expõe diante do desafio que é a situação de propiciar uma aprendizagem significativa para os alunos crianças ou jovens oncológicos.

Este trabalho também se caracteriza por termos duas áreas em intersecção, a Educação e a Saúde, muitas vezes a equipe necessita de informações acerca de elementos da Saúde,

Considerando esse contexto da Pedagogia Hospitalar, o trabalho junto aos alunos oncológicos visa respeitar as diversidades e as necessidades específicas de cada criança em diferentes momentos. Os tipos de intervenção procuram ser flexibilizados afim de que a aprendizagem ocorra de modo prazeroso. A equipe pedagógica considera as mudanças que ocorrem no dia-a-dia de seus alunos, sabendo que tais mudanças podem impactar, tanto na forma de atuar ao ensinar, como na forma sob a qual as crianças ou jovens oncológicos se disponibilizam para aprender.

Torna-se muito importante que a prática educativa seja feita a partir de um conceito de criança que aprende.

O CONCEITO DE ALUNO

Sabemos que a atitude do professor junto aos seus alunos é sempre decorrente da concepção que tem em seu imaginário e isto é o que vai determinar sua forma de compreender a criança e de sentir suas possibilidades para poder intervir.

Muitas crianças que vivem estados de saúde prejudicados por doenças, estão fora da escola, quer seja pelos preconceitos que vivem e enfrentam ou pela exclusão provocada por elementos de ordem social (Nucci, 2002). Considerando o abandono às questões que tratam de crianças mais fragilizadas, acreditamos que a oportunidade de aprender pode alimentar o desejo de crescer e de se desenvolver dessas crianças. E esse é o conceito de criança que permeia o trabalho educativo que vemos desenvolvendo com crianças oncológicas.

A EQUIPE PSICOPEDAGÓGICA

A Equipe Psicopedagógica está composta por duas professoras do Curso de Pedagogia, pedagoga e psicóloga, professores e alunos do curso de Pedagogia e de outras licenciaturas, professores voluntários formados e especializados em Pedagogia Hospitalar e em Educação Especial.

A professora supervisora e pedagoga promove um espaço de formação docente aos professores-alunos, apoia o grupo de professores voluntários e professores-alunos, na discussão de recursos. Identifica os tipos de apoio escolar mais imediatos que devem ser desenvolvidos. Apoia o grupo de professores voluntários e professores-alunos em atividades que possam enriquecer toda a comunidade educativa. A professora supervisora e psicóloga orienta os alunos-professores na sondagem ou exploração inicial das áreas de conhecimento na identificação de possibilidades ou de necessidades. Participa da elaboração de projetos ou de planeamento de intervenção. Participa da gestão dos conflitos da equipe pedagógica. Orienta e assessora estudos de aprofundamento e dá suporte à pesquisa literária. Ambas professoras orientam o desenvolvimento de Projetos de intervenção e a confecção de material concreto de uso nos projetos.

O trabalho pedagógico utiliza como diretriz os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), quando a criança frequenta a escola é utilizado seu material como referência. Os trabalhos da Equipe são interrelacionados, buscando como meta o aperfeiçoamento e procurando fazer com que elas tenham conexões claras com os objetivos dos trabalhos ou das atividades desenvolvidas.

ALGUNS ASPECTOS DA INTERVENÇÃO

Tendo em vista as tarefas desenvolvidas pelos membros da equipe pedagógica e associando o conceito de aluno ao trabalho, entendemos que os Projetos de intervenção devem utilizar de preferência material concreto como jogos, ou faz-de-conta, ou contar histórias que inclui a presença do resgate de ações humanizadas, sem perder de vista o papel do professor que ensina e desafia na promoção do conhecimento e da autonomia de seus alunos.

Apresentaremos uma experiência de Apoio Psicopedagógico por meio do desenvolvimento de kits, tendo em vista que muitas vezes as crianças ou os jovens atendidos permanecem no programa educativo por pouco tempo.

DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

Passamos a trabalhar com as crianças individualmente, por vezes é possível fazer uma intervenção em grupo de três ou mesmo duas crianças, o que tem se mostrado bastante eficaz para a aprendizagem (Pellegrino-Rosa & Gouvêa, 2007).

Aprendemos que muitas vezes o trabalho deveria começar e se encerrar no próprio encontro, eventualmente ter mais de um encontro.

O professor precisa se inserir na Equipe de profissionais do hospital, pois muitas vezes ele é a ponte entre o discurso técnico de alguns profissionais e o discurso leigo da criança, conforme as experiências relatadas por Fontes (2005).

Compreender as pessoas através das relações que vão se estabelecendo é o fio condutor do processo nesse momento, assim, agregamos o fator humano ao conceito de criança que cresce e se desenvolve como guia da ação da professora, conforme as palavras de Guedes (1981):

O professor, agindo como facilitador, através de uma atitude autêntica de respeito, aceitação e confiança, favorecerá o desenvolvimento das capacidades cognitivas e de autodeterminação do aluno. Porém, esta é uma atitude que só pode ser adotada por professores que vivenciem uma postura existencial e humanista de relacionamento interpessoal. Significa a decorrência de uma atitude de não-autoritarismo, de convicção e crença nas potencialidades de crescimento pessoal do estudante. (p. 14)

Esse encontro é o que abre a possibilidade de se realizar o Apoio Psicopedagógico, a intervenção que consideramos adequada àquelas crianças. É uma forma profissional de intervir junto a criança que pensa, sente, cresce e se desenvolve, um ser humano em potencial.

CARACTERIZANDO O APOIO PSICOPEDAGÓGICO

O Apoio Escolar é uma oportunidade para que o vínculo com a aprendizagem seja mantido. Para o desenvolvimento dos encontros, as crianças são estimuladas em exercitar, pode ser que o Projeto contemple atividades com as mãos no sentido psicomotor. O Projeto, ou o kit-pedagógico, pode ser uma história contada sobre uma temática significativa à ela, então, o Projeto vai estimular as representações e a simbolização.

O Apoio objetiva acompanhar a criança que mesmo doente está crescendo e se desenvolvendo. O Apoio acredita que ao estimular e proporcionar tarefas escolares está também colocando novos horizontes para cada uma delas pensar. A intenção é que o Apoio mantenha aceso o desejo de buscar e conquistar novas aprendizagens, iniciando com atividades que a criança pode fazer, continuando com atividades que precisa do professor e suas orientações, e, gradativamente, a criança vai subindo nos degraus do conhecimento, sem experimentar fracasso.

É esse o momento que a criança fica distante dos procedimentos médicos e clínicos habituais, e, assim se volta para o horizonte e vê que há muitas coisas a ser aprendida, e, isto é um sinal de saúde. (Fontes, 2005).

Na hora do Apoio a professora traz um material novo, mas, é um material próximo do momento de aprendizagem da criança, um material que ela pode se envolver, se interessar, e, com as orientações da professora poderá se transformar porque aprendeu.

De acordo com as ideias sócio-interacionistas de Vygotsky (1988) as funções mentais têm conexões externas ou sociais, há um trabalho interpessoal conjugado com um momento intrapessoal. O Apoio Psicopedagógico cuida do vínculo professor-criança, as intervenções são preparadas para a criança poder fazer e se sentir desafiada, para de fato, crescer. São evitadas as situações de aprendizagem que a criança não consiga fazer, para evitar o sentimento de fracasso.

Um kit pedagógico traz um conjunto de atividades que podem ser difíceis para a criança dominar sozinha, mas as tarefas podem ser realizadas com a orientação da professora. Assim, um kit traz tarefas com um limite e exigência que vão desde as mais básicas para as mais complexas. Entendemos que o ensino na Zona de Desenvolvimento Proximal reflete o conceito de ensino adequado ao processo de desenvolvimento dessas crianças. Esses são os passos de apoio que se insere no conceito de andaime (*scaffolding*) (De Vriès, 2005). Assim, temos desenvolvidos o que chamamos de kit-pedagógico ilustrado brevemente com imagens.



Figura 1 - O brinquedo de encaixe e a exploração do espaço



Figura 2 - A professora está presente e ao lado da aluna

Acreditamos que no momento em que o material passa a fazer sentido à criança, ela passa a perceber a situação pedagógica como positiva. Essa é uma condição importante que nutre os estados motivacionais e facilita o processo que conduz uma criança que se desenvolva, cresça, pense e tenha sentimentos.

REFERÊNCIAS

Brasil, MEC-SESu (2000-2001). *Plano Nacional de Extensão Universitária* (P.N.E.U). Elaborado pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Desporto..

Brasil, MEC (1998). *Parâmetros Curriculares Nacionais* (PCNs).

De Vriès, P. (2005). Lessons from home: scaffolding vocal improvisation and song acquisition in a 2-year-old. *Early Childhood Education Journal*, 3, (2) 307-312.

Fontes, R. (2005). O desafio da Educação no hospital. *Presença Pedagógica*, 11(64), 21-29.

Guedes, S.P. (1981). *Educação, Pessoa e Liberdade* – Propostas rogerianas para uma práxis psicopedagógica centrada no aluno. São Paulo: Moraes, 2ª ed.

Nucci, N.A.G. (2002). *A Criança com Leucemia na Escola*. Campinas, SP: Pleno.

Pellegrino-Rosa, I. & Gouvêa, M.E. (2007). Aprendizagem Significativa de Alunos Internos da Casa Ronald McDonald do ABC Paulista. Comunicação apresentada no VI Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, Vitória, Espírito Santo. *Anais da Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento*.

Vygotsky, L.S. (1988). *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 2ª ed.

CAPACIDADE PARA TRABALHO, EMOÇÕES E DECISÃO DE DISPARO EM POLÍCIAS

ALEXANDRA PEREIRA, CARLOS SILVA & ANABELA PEREIRA

Os profissionais da polícia são um grupo que está exposto a uma rotina que frequentemente e cumulativamente envolve incidentes traumáticos com ameaças à segurança pessoal (Mayhew, 2001).

Tendo como base literatura científica atual são muitos os desafios organizacionais que aumentam o stresse da polícia nomeadamente horas extra, carga excessiva de trabalho, o trabalho por turnos e a rotatividade do mesmo, as políticas dos departamentos e o conflito trabalho/família (Fischer et al. 2006). Todos estes fatores de risco comprometem a saúde física, mental, comportamental e interpessoal, bem como o rendimento no trabalho (Anderson, Litzenberger, & Plecas, 2002).

Os efeitos comportamentais e interpessoais incluem o isolamento social, o aumento dos conflitos na família, o aumento das taxas de absentismo, reformas antecipadas e conflitos com colegas e superiores (Duxbury & Higgins, 2002).

A capacidade que um polícia tem em distinguir se deve ou não agir (ex. disparar) a para de emoções negativas associadas (ex. medo, cólera, etc) depende da sua capacidade de funcionamento executivo, nomeadamente da sua memória de trabalho (Correl, Park, Judd, & Wittenbrink, & Sadler, 2007)

Um exemplo disto pode ser o problema de disparar ou não disparar num alvo humano, no qual o participante deve decidir de forma adequada (Correl et al. 2007). Num estudo revisto, e apesar de não medir directamente a capacidade de funcionamento executivo revelou que, apesar dos polícias e civis apresentarem semelhantes preconceitos sociais, os polícias apresentam um maior controlo na decisão de disparar, sendo mesmo capazes de inibir o comportamento disparando num outro tipo de alvo, que não o humano (Correl et al. 2007). Isto demonstra que o funcionamento executivo, nomeadamente a *memória de trabalho* (que permite processar múltiplos itens de informação em simultâneo enquanto for necessário para se tomar uma decisão) pode desempenhar um papel na prevenção individual (Heider et al. 2007).

A história comportamental e as capacidades de funcionamento executivo influenciam o modo como o sujeito avalia a sua capacidade para o trabalho (Eby, Butts, Lockwood, 2003; Kern, Friedman, Martin, Reynolds, Luong, 2009; Marqueze, Voltz, Borges, Moreno, 2008), pelo que constitui outra variável compósita importante neste domínio.

Neste sentido, a avaliação da capacidade para o trabalho, da memória de trabalho (no âmbito do funcionamento executivo) e das emoções, face a uma tarefa de simulação de situação de risco de disparo, serão uma mais valia para a selecção e recrutamento de policiais, bem como para a avaliação periódica dos referidos profissionais a fim de intervir com programas promotores da capacidade de trabalho de decisão eficiente em situações de risco.

Este artigo tem como objetivo dar a conhecer à comunidade científica um projeto de doutoramento a desenvolver na Universidade de Aveiro durante os próximos 4 anos.

Este trabalho tem por objectivo estudar em que medida as variáveis “capacidade para o trabalho” e “memória de trabalho” predizem o grau de desempenho de policiais previamente expostos a situações de alto risco em que tiveram que disparar sobre alvos humanos, numa tarefa de simulação de decisão de disparo sobre um alvo humano, bem como as emoções negativas activadas, comparando com policiais que não estiveram envolvidos em situações em que tiveram de disparar sobre alvos humanos. Como objectivos específicos, numa sub-amostra de polícias que vivenciaram um acontecimento traumático (em que tiveram de disparar sobre alvo humano), pretendemos [1] avaliar o índice de capacidade para o trabalho, [2] a memória de trabalho, [3] as emoções negativas activadas (mediante auto-avaliação e medidas psicofisiológicas – EMG e ECG) e [4] o comportamento de escolha (disparar ou não) - *shooting*.

Pretendemos repetir este estudo com uma sub-amostra de policiais que não estiveram envolvidos em situações em que tivessem disparado sobre alvos humanos.

MÉTODO

Participantes

A amostra (60 policiais) será constituída por 2 sub-amostras de agentes policiais masculinos, portugueses: - Uma de 30 policiais que participaram em situações de risco e tiveram que disparar sobre alvos humanos – Grupo de Disparo; - Outra de 30 policiais que não recorreram ao disparo – Grupo de Não Disparo, emparelhados quanto à idade, habilitações e anos de serviço.

- Critérios de exclusão

Auto-indicação de consumo de álcool, substâncias ilícitas e medicação psicotrópica.

Humor deprimido (avaliado pelo BDI)

Ansiedade-Traço Elevada (avaliada pelo STAI).

Material

Beck Depression Inventory (BDI - Ponciano et al. 2005) é um inventário de auto-resposta que avalia a gravidade da sintomatologia depressiva, numa dimensão cognitiva e biológica. É constituído por 4 afirmações ordenadas segundo a severidade dos sintomas. Os resultados em cada item variam de 0 a 3, perfazendo um resultado total entre 0 a 63 pontos.

O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y2, Silva, 1998)- É um instrumento de auto-resposta que avalia a ansiedade-traço (STAI-Y2). A STAI-Y2 é constituída por uma escala tipo Likert de 4 pontos. Os valores variam entre 20 e 80 pontos, sendo que os valores mais altos correspondem a maiores níveis de ansiedade.

Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT, 2001 – Silva et al.), reflete o quão bem está ou estará um trabalhador presentemente ou num futuro próximo e quão é capaz de executar um trabalho em função das exigências do mesmo, tendo em consideração o estado de saúde geral, as capacidades físicas e mentais. Os resultados variam numa pontuação de 7 – 49 pontos, sendo distribuídos por sete subescalas. Através do ICT recolheremos os dados sociodemográficos relevantes (e.g idade, estado civil).

Automated operation span task – OPSPAN (Unsworth, et al., 2005), (autorização já concedida pelos autores para traduzir e adaptar à língua portuguesa) tem sido utilizada para prever o desempenho em termos de memória de trabalho. A tarefa é computadorizada e realizada através do clique no botão do rato do computador. A sessão de treino para esta tarefa está dividida em três momentos: no primeiro, através de uma sequência de letras no monitor o participante deverá recordá-las pela mesma ordem em que foram apresentadas (cada visualização de 800ms). O participante verá uma matriz de 4 x 3 letras (F, H, J; K, L, N; P, Q, R; S, T e Y). Seguidamente os participantes irão praticar uma tarefa matemática, na qual verão uma equação (e.g $(1 \times 2) + 1 = ?$) que terão de resolver rapidamente. No monitor aparecerão duas caixas com “verdadeiro” ou “falso”. Depois o programa evolui para os ensaios reais: três séries de cada conjunto que variam entre 3 a 7 elementos, perfazendo um total de 75 letras e 75 problemas matemáticos. A ordem das tarefas é aleatória para cada participante. Na conclusão da tarefa, o programa forma 5 resultados: pontuação geral, número total de respostas certas, erros matemáticos, erros de velocidade e precisão.

Positive and Negative affect Shedule – PANAS (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) -A PANAS é uma escala constituída por um grupo de 20 emoções (20 itens) subdivididas em duas subescalas: afeto positivo e afeto negativo. O sujeito deve assinalar em que medida experienciou cada emoção *durante as últimas semanas*, numa escala tipo Likert de 5 pontos.

Vídeo – Ameaça relevante-Os polícias assistirão a um vídeo de treino fornecido pela polícia que exibirá cenas reais de uma tarefa usual – “*operação stop*” – que resultará num tiroteio, fatal para um polícia. Estes 10 minutos de vídeo foram concebidos para provocar afeto negativo e/ou excitação. Os primeiros minutos mostram uma interação amigável entre polícia e suspeito, enquanto os restantes minutos apresentam a situação de disparo fatal. Os índices fisiológicos de afetos negativos e excitação serão avaliados durante um segmento de 1 minuto a partir da linha de base e as partes de ameaça do vídeo.

Shooting task (Correll et al. 2002), esta tarefa será aplicada após o vídeo sendo, já autorizada e enviada pelos autores. É constituída por 80 slides apresentados sequencialmente no computador em 850ms. Cada slide apresenta um homem com uma arma ou com um objeto neutro (e.g telemóvel). O participante deverá decidir rapidamente se o sujeito está a segurar numa arma ou num objeto neutro.

Poligrafia: EMG e ECG -Para avaliar a valência emocional usaremos o nível de actividade do músculo *corrugator supercilii* associado a uma maior valência negativa. E o *zygomaticus major* associado a uma maior valência positiva.

Para avaliar o *arousal* usaremos o eletrocardiograma (ECG) através da colocação de dois eléctrodos segundo o *modelo do triângulo de Eithoven* e determinaremos os intervalos entre respostas *R* para avaliar o *arousal* (Kleider et al., 2010). As tarefas serão realizadas através da BIOPAC MP 100, equipado com software *Acknowledge*.

Procedimento

Depois dos pedidos de autorização às entidades competentes, os participantes irão realizar as tarefas individualmente no laboratório *Psylab* da Universidade de Aveiro e cada sessão durará 90 minutos aproximadamente e será utilizado o software E. prime.

Numa primeira etapa serão explicados os objetivos do estudo aos participantes e o consentimento informado. Posteriormente serão aplicados o BDI e o STAI para exclusão de participantes.

Aos não excluídos numa segunda etapa aplicar-se-á o ICT e seguidamente a *OPSAN*.

Na terceira etapa os participantes serão ligados ao Biopac que registará as medidas periféricas de EMG e ECG e será feito um registo para *baseline*, preparando-os para a visualização do vídeo. A seguir o participante irá responder à PANAS antes de assistir ao vídeo, através do qual se pretende criar tensão nos agentes da polícia, e imediatamente depois da visualização do vídeo. Na quarta fase os agentes receberão instruções relativas à *Shooting-Task*, na qual serão solicitados a responder como se estivessem num campo de tiro da forma mais rápida e precisa possível.

Os dados serão tratados utilizando os programas AcKnowledge do BIOPAC M100, SPSS e Excel.

REFERÊNCIAS

- Anderson, S., Litzenberger, R. & Plecas, D. (2002). Physical evidence of police officer stress. *Policing: An international Journal of Police strategies & Management*, 25 (2), 399-405.
- Correll, J., Park, B., Judd, C. M., & Wittenbrink, B. (2002). The police officer's dilemma: Using ethnicity to disambiguate potentially threatening individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1314–1329.
- Correll, J., Park, B., Judd, C. M., & Wittenbrink, B., & Sadler, M. S. (2007). Across the thin blue line: Police officers and racial bias in the decision to shoot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (6), 1006-1023.
- Duxbury, L. & Higgins, C. (2002). *The 2001 work-life balance study: Key findings RCMP regular members*. Ottawa, RCMP Human Resources.
- Eby, L., Butts, M. & Lockwood, A. (2003). Predictors of success in the area of the boundaryless career. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 689-708.
- Galinha, I., Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 219-227.
- Kern, K., Friedman, S., Martin, R., Reynolds, A. & Luong G. (2009) Conscientiousness, Career Success, and Longevity: A Lifespan Analysis. *Ann Behav Med*, 37: 154-156.
- Kleider, H., Parrot, D., & King, T. (2010). Shooting behaviour: How working memory and negative emotionality influence police officers shoot decisions. *Applied Cognitive Psychology*, 24 (5), 707-717.
- Marqueze, C., Voltz, P., Borges, N., & Moreno, R. (2008). A 2-year follow-up study of work ability among college educators. *Applied Ergonomics*, 39, 640-645.
- Mayhew, C. (2001). Occupational health & safety risks faced by police officers. *Australian Institute of Criminology Trends & Issues*, 196, 1-6.
- Ponciano, E., Cardoso, I. & Pereira, A. (2005). Adaptação de uma Versão Experimental em Língua Portuguesa do *Beck Depression Inventory - Second Edition* (BDI-II) em Estudantes do Ensino Superior. In A. Pereira & E. Motta (Eds), *Ação Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção*. *Actas do Congresso Nacional* (pp. 329-338). Coimbra: SASUC Edições,.
- Silva, C., Rodrigues, V., Sousa, C., Cotrim, T., Rodrigues, P., & Pereira A. (2001). Índice de Capacidade para o Trabalho: Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. In Silva

CF. *Manual para a Medição do Trabalho* (POCTI/ESP/40743/2001). Lisboa: Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Silva, D.R., & Campos, R. (1998) Alguns Dados Normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - Forma Y (STAI-Y) de Spielberger, para a População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.

Unsworth, N. Heitz, R., Schrock, J., & Engle, R. (2005). An automated version of the operation span task. *Behavior Research Methods*, 37(3), 498-505.

ADOÇÃO E QUEIXAS NA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE CRIANÇAS

ANDREA KOTZIAN PEREIRA & MARIA LUCIA TIELLET NUNES

A idéia de que as crianças adotadas podem estar mais expostas do aquelas não adotadas em relação às dificuldades psicológicas é alvo discussões com posicionamentos controversos. Tornam-se necessárias pesquisas sobre a existência ou não de queixas peculiares às crianças adotadas em atendimento psicoterápico. Na literatura sobre adoção, a maior parte dos estudos dedica-se aos pais adotivos, aos pretendentes à adoção e aos aspectos sociais que interferem nos problemas das crianças, com menor número de artigos sobre às crianças adotadas e seus aspectos emocionais (Gunnar & Dulmen, 2007; Levinzon, 2000; Ribeiro, 2002).

Há controvérsia e falta de consenso nos estudos quando tais crianças são comparadas entre si. De um lado, pesquisadores buscam comprovar a inexistência destas diferenças (Ebrahim, 2001; Levy & Jonathan, 2004; Souza, 2008) e, de outro, estudiosos que atribuem as dificuldades vivenciadas pelas crianças adotadas a sua condição (Espinosa, Yuraszeck & Salas, 2004; Fu-I & Matarazzo, 2001).

A idade em que se dá a adoção pode ser fator determinante no desenvolvimento do adotado: quanto maior a idade, maior será a incidência de problemas, segundo Chisholm (1998). Enquanto as crianças adotadas precocemente têm à disposição uma mãe adotiva para eleger como principal figura de apego, a criança adotada com mais de dois anos de idade dependerá do tipo de experiência anterior que estabeleceu com a figura materna.

Será a adoção um fator determinante na problemática apresentada por estas crianças que buscam atendimento em uma clínica-escola? As queixas apresentadas pelas crianças adotadas diferem das queixas referenciadas pelas crianças não adotadas, no momento da busca de atendimento psicoterápico? A idade da adoção tem uma relação direta com as queixas apresentadas por estas crianças?

O objetivo aqui foi investigar a associação entre as queixas apresentadas pelas crianças adotadas e pelas crianças não adotadas no momento da busca de atendimento psicoterápico; busca averiguar a associação entre o período da adoção e as queixas.

Quanto à idade da adoção, a mesma é precoce quando se dá antes dos dois anos de idade e tardia após esta idade (Pilotti, 1988).

MÉTODO

O estudo é quantitativo, retrospectivo, descritivo, a partir de material arquivado, portanto, documental. A coleta de dados foi realizada nos prontuários de duas instituições de Porto Alegre, RS, Brasil, que autorizaram a pesquisa: Contemporâneo-Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (Contemporâneo)-e Centro de Estudos e Atendimento de Psicoterapia da Infância e Adolescência (CEAPIA), instituições de pós-graduação no ensino em psicanálise e formam especialistas em psicoterapia psicanalítica de crianças.

Participantes

Informações de prontuários de 158 crianças adotadas, com idades de 18 meses a 12 anos foram comparadas com aquelas de 158 crianças não adotadas, emparelhadas por sexo e idade. Como critério de exclusão, considerou-se prontuários com ausência de registro de queixas e aqueles referentes à segunda procura por atendimento do mesmo paciente em outro momento.

Material

O formulário utilizado para a coleta foi elaborado com base nos dados contidos nos prontuários das instituições, adequados ao tema estudado. As variáveis de interesse são: sexo, idade, escolaridade, fonte de encaminhamento, queixas do responsável, queixas na triagem, queixas avaliadas pelo terapeuta, ser ou não adotado e idade da adoção. Em relação às queixas, as mesmas foram classificadas por duplas de avaliadores que trabalharam individualmente. Após, cada avaliador se reunia com o seu par para confrontar a classificação avaliada e discuti-la. Em caso de dúvida, um terceiro auxiliava a tomar a decisão. Para tal análise e classificação, foram usadas as escalas do *Child Behavior Check-List-CBCL* (Achenbach, 2001); além das escalas do CBCL, foi criada uma nona escala para contemplar os problemas de aprendizagem, em função de ser um registro muito frequente nos prontuários. Os dados foram analisados pelo SPSS 17.0: em estatística descritiva (médias, frequências e porcentagens); e de associação entre variáveis (qui-quadrado).

RESULTADOS

Em relação à caracterização da amostra estudada, há maior frequência do sexo masculino (60,1%). A maioria dos adotados, segundo dados do Ministério Público do Rio Grande do Sul (2010), é do sexo feminino. Cassin, 2000; Weber (2003) e Mariano (2004) também referem a preferência dos

pretendentes à adoção meninas, Poe serem vistas como dóceis e com mais facilidade de adaptação ao contexto familiar e social.

Observa-se uma maior concentração de crianças na faixa etária entre seis anos e seis meses a sete anos e cinco meses (16,5%), seguida das crianças com idades entre sete anos e seis meses e oito anos e cinco meses (15,8%), período esse associado ao ingresso na escola. Crianças em idade escolar (67,1%) que buscam atendimento psicoterápico são o dobro das crianças em idade pré-escolar (32,9%) e as escolas são as fontes de encaminhamento mais habitual (25,9%), usual na literatura brasileira (Campezatto E Nunes, 2007; Cunha e Benetti, 2009; Gastaud, Kruse, Merg e Nunes, 2009). Existe maior frequência de crianças adotadas e não adotadas que residem com ambos os pais (54,5 % e 59,5%, respectivamente), sendo que 44,2 % das crianças adotadas e 38,6 % das crianças não adotadas; a maioria (90,46%) dos pretendentes à adoção no Rio Grande do Sul é representada por casais (Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, 2010).

O Comportamento Agressivo é a queixa mais frequente entre adotados e não adotados (29,1% e 26,6%, respectivamente), seguido de Problemas de Atenção (20,2% e 17,7%, respectivamente). Ainda, de interesse, figura em terceiro lugar, no caso dos adotados, a queixa relativa a problemas de aprendizagem. Do ponto de vista estatístico, calculada, através do teste do qui-quadrado, a associação entre queixas e o fato de ser a criança adotada ou não, o resultado não é significativo ($\chi^2=11,890$; $df=8$; $p=0,156$).

A inexistência de associação significativa entre queixas e o fato de ser adotado é concordante com alguns estudos (Ebrahim, 2001; Levy & Jonathan, 2004; Souza, 2008) que apontam que as dificuldades emocionais apresentadas pelos filhos adotivos não são pertinentes a sua condição. Os autores, que assim se posicionam, afirmam que os problemas apresentados pelos filhos adotivos estão diretamente relacionados aos seus pais adotivos, já que a experiência da criança e a qualidade do vínculo, que se estabelecer, dependerão de como a relação parental desenvolver-se-á. O desenvolvimento da criança adotada está, pois, diretamente relacionado à história, à idade em que ocorreu a adoção, assim como ao nível de privação física e psicológica que a criança sofreu na gestação e, depois, na relação com os pais adotivos (Levinzon, 2004).

Autores como Garma, Greco & Moreno (1985) descrevem, no entanto, um incremento na agressividade em crianças adotadas. O comportamento agressivo nestas crianças (Wieder, 1996; Levinzon, 2000) é atribuído a baixa tolerância à frustração em decorrência de uma fragilidade superegóica, resultando em atitudes permissivas por parte dos pais adotivos. Pode-se, contudo, entender este comportamento também pela falta de controle, proibições e disciplinas por parte dos pais adotivos, em decorrência do temor da perda de seu filho adotado para os pais biológicos (Pereira & Nunes, 2010).

No que diz respeito às queixas em relação à aprendizagem apresentadas pelas crianças adotadas, de fato, elas se encontram com uma frequência maior do que nas crianças não adotadas, apesar de não

existir associação significativa entre as mesmas. Klein (1921) menciona que o impulso para pesquisar o desconhecido, assim como a curiosidade natural conduzem a criança na busca do aprendizado, porém quando tais impulsos encontram oposição, a criança tende a reprimir os seus questionamentos. Pode, dessa forma, demonstrar aversão ao ato de pesquisar, uma vez que a criança teme encontrar algo proibido, neste caso, os segredos que permeiam a adoção. Estas queixas, somadas às dificuldades de atenção, apresentam relação significativa nas crianças na faixa etária de sete a nove anos, segundo Correia & Pinto (2008). Conforme o autor, este é o período em que estas crianças se defrontam com as exigências do contexto social, de modo que os resultados podem estar relacionados diretamente com o desenvolvimento da criança e os períodos de crises normativas que acontecem durante a sua vida.

Observa-se uma maior concentração de crianças adotadas precocemente, ou seja, até dois anos de idade (48,10%) que buscam atendimento psicoterápico. As crianças adotadas tardiamente, após os dois anos de idade, perfazem 25,32% da amostra. A ausência de registro da idade da adoção das crianças corresponde a 26,58% da amostra pesquisada, podendo indicar dificuldade dos pais ou responsáveis em abordar este aspecto, assim como dos terapeutas em coletar estes dados da história do paciente. A excessiva preocupação com a origem biológica está relacionada aos sentimentos vivenciados pelos adultos podendo, por conseguinte, representar uma preocupação para as crianças adotadas. Não obstante, entende-se que os problemas apresentados pelos filhos adotivos estão relacionados aos pais adotivos, pois a ligação emocional entre pais e filhos dá-se pela relação afetiva que se estabelece (Hamad, 2002; Levinzon, 2004).

Não há associação significativa, do ponto de vista estatístico, entre queixas e idade em que a criança foi adotada ($\chi^2 = 13,563$; $df = 24$; $p = 0,956$). Embora o presente estudo não tenha revelado diferenças significativas entre queixas e idade da adoção, nos casos de adoções tardias é considerado o fato de a criança ter sofrido rejeições, o que pode gerar futuros problemas no seu desenvolvimento. Sabe-se que estes estudos sofrem influência de aspectos subjetivos, uma vez que muitos pais podem negar as dificuldades apresentadas por seus filhos. Nesse aspecto, Steinhauer (1992) sugere que a adoção ocorra na idade mais prematura possível, visando a minimizar os riscos que este processo pode ocasionar. Não se pode desconsiderar que o desenvolvimento psicossocial e afetivo de cada criança depende de múltiplos fatores e, no caso da adoção, está diretamente relacionada também à atitude dos pais adotivos e à situação da adoção.

DISCUSSÃO

Comparar as queixas apresentadas pelas crianças adotadas com as queixas trazidas pelas crianças não adotadas que buscam atendimento psicoterápico em clínicas-escolas possibilitou, na amostra estudada, desmistificar a ideia de que filhos adotados apresentam dificuldades que são pertinentes a sua condição decorrente de um abandono sofrido anteriormente.

Embora parte da literatura aponte associação entre queixas e o fato da criança ser adotada, nesta pesquisa isto não ocorreu: não houve diferença significativa entre as queixas apresentadas pelas crianças adotadas e pelas crianças não adotadas, nem entre queixas e idade da adoção. Estes dados possibilitam alguns questionamentos: O que faz com que as crianças que possuem a condição da adoção não apresentem queixas diferenciadas das crianças que não são adotadas? Por que as crianças adotadas precocemente e as adotadas tardiamente não apresentam diferença significativa em relação às queixas no momento da busca de atendimento psicoterápico?

Cyrulnik (2009) refere que, diante da perda, do sofrimento e da adversidade, algumas estratégias são possíveis: entregar-se ao sofrimento assumindo o papel da vítima ou fazer uso do sofrimento para transcendê-lo. A diferença destas atitudes é atribuída à capacidade de resiliência de cada criança, ou seja, a capacidade de lidar com problemas e superar obstáculos. Fatores constitucionais de cada criança precisam ser considerados, assim como o ambiente no qual a dupla mãe/filho está inserida.

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao método de pesquisa utilizado, já que faz uso de documentos que nem sempre são preenchidos na íntegra. Outro aspecto a ser considerado diz respeito à falta de informações nos prontuários sobre a adoção e a idade em que ela se efetivou, ocorrendo, nestes casos, perdas amostrais. Pode-se ponderar também a interferência dos fatores culturais e econômicos no desenvolvimento das crianças, os quais não foram considerados neste estudo. Sugere-se que novos estudos com amostras maiores possam ser realizados para verificar com maior profundidade os aspectos abordados, no intuito de possibilitar uma maior compreensão em relação aos aspectos emocionais apresentados pelas crianças adotadas.

Não resta dúvida que é fundamental que os pretendentes à adoção possam estar cientes e preparados para receber e acolher uma criança adotada. Diversos estudos (Dolto, 1998; Ducatti, 2003; Santos, 2004; Weber, 1999) preconizam a necessidade de preparação psicológica para a adoção, já que, como afirma Winnicott (1953/1997), mesmo que uma adoção seja bem-sucedida, existe algo diferente do usual tanto para os pais quanto para a criança. Independente da atitude dos pais adotivos, ao referir o comportamento das crianças adotadas, nenhuma generalização é possível, uma vez que as experiências vivenciadas são singulares e cada trajetória é única (Winnicott, 1953/1997).

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the child Behavior Checklist/6-18 and 2001 Profile*. Burlington: Department of Psychiatry University of Lermont.
- Campezatto, P. v. M., Saraiva, L. A., Ferreira, J., Steibel, D., Rosa, L., Oliveira, J., & Castro, M. G. K. (2007). Caracterização sociodemográfica da clientela serviço de atendimento Instituto de Ensino e

- Pesquisa em Psicoterapia. *Revista do IEPP: Psicoterapia psicanalítica/Instituto de Ensino e pesquisa em Psicoterapia*, 9 (9),158-175.
- Cassin, W. (2000). *O psicólogo judiciário e a cultura da adoção: Limites, contradições e perspectivas*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69(4), 1092-1106.
- Correia, K., & Pinto, M. A. (2008). Stress, coping e adaptação na transição para o segundo ciclo de escolaridade: efeitos de um programa de intervenção. *Aletheia* 27(1), 7-22.
- Cunha, T. R. S., & Benetti, S. P. C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59, 117-127.
- Cyrulnik, B. (2009). *Autobiografia de um Espantalho. Histórias de resiliência: o retorno à vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dolto, F. (1998). *Destinos de Crianças: adoção, família, trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ducatti, M. (2003). *A Tessitura Inconsciente da Adoção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ebrahim, S. G. (2001). Adoção tardia: Altruísmo, maturidade e estabilidade emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 73-80.
- Espinoza, J., Yuraszeck, J., & Salas, C. (2004). Adopción: Una familia para un niño o una forma de hacer familia. *Revista chilena de pediatría*, 75(1), 13-21
- Fu-I, L., & Matarazzo, E. B. (2001). Prevalência da adoção intra e extrafamiliar em amostras clínica e não-clínica de crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 149-155.
- Garma, E. G., Garma, C., Greco, N., & Moreno, C. M. (1985). *Más Allá de la Adopción*. Buenos Aires: Epsilon.
- Gastaud, M. B., Kruse, L. M., Merg, M. G., & Nunes, M. L. T. (2009). Psicoterapia psicanalítica de crianças realizada em instituição: dados empíricos. *Contemporânea-psicanálise e transdisciplinaridade*, 8, 61-86.
- Gunnar, M. R., Dulmen, M. M. H., & International Adoption Project Team (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Developmental Psychopathology*, 19, 129-148.
- Hamad, N. (2002). *A criança adotiva e suas famílias*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Klein, M. (1981). A neurose na Criança. In Klein, M. *Psicanálise da Criança*. (pp.139-158). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1921).
- Levinzon, G. K. (2000). *A criança adotiva na psicoterapia psicanalítica*. São Paulo: Escuta

- Levinzon, G. K. (2004). *Adoção Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Levy, L., & Jonathan, E. G. (2004). A criança adotada no imaginário social. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 35(1), 61-68.
- Mariano, F. N. (2004). *O cenário jurídico: A análise de processos de adoção no município de Ribeirão Preto (1991-2000)*. Dissertação não publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. (2010). *Registros de Adoção – Estatísticas*. Retirado em 17 de agosto 2010 no http://jij.tj.rs.gov.br/jij_site/jij_site.home.
- Pereira, A. K., & Nunes, M. L. T. (2010). Fantasias dos Pais Adotivos. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 9 (1), 36-44.
- Pilotti, F. J. (1988). *Manual de Procedimento para a formação da família adotiva*. Montevideu: Instituto Interamericano da criança.
- Ribeiro, R. K. S. M. (2002). *Ansiedade e Agressividade em filhos biológicos e adotados avaliados na idade de 4 a 12 anos*. Dissertação de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Santos, M. A. (2004). Percepções de pais acerca de uma experiência em grupo de apoio a adotantes: uma construção sistêmica. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analítica Grupais do Estado de São Paulo*, 5(5), 29-36.
- Santos, E.O.L.; Silves, E.F.M. (2006), Crianças Enuréticas e Crianças Encaminhadas para Clínicas-Escola: Um Estudo Comparativo da Percepção de seus Pais, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 277-282.
- Souza, H. P. (2008). *Adoção: exercício da fertilidade afetiva*. São Paulo: Paulinas.
- Steinhauer, P. D. (1992). Adoção. In B. D. Garfinkel & e. al. (Eds.), *Transtornos Psiquiátricos na infância e na adolescência* (pp. 363-372). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Weber, L. N. D. (1999). *Laços de Ternura: Pesquisas e histórias de adoção*. Curitiba: Juruá.
- Weber, L. N. D. (2003). *Pais e Filhos por adoção no Brasil*. Curitiba: Juruá.
- Wieder, H. M. D. (1996). Problemas especiais na psicanálise de crianças adotadas. In J. Glenn. *Psicanálise e Psicoterapia de Crianças* (pp. 339-350). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1997). Duas crianças adotadas. In D. W. Winnicott *Pensando sobre crianças* (M. Veronese, Trad., 115-125). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1953).

A HOMOSSEXUALIDADE E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ALUNOS NO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO

DANIELLE DUQUE DE SOUZA PEREIRA 1 & GRAZIELA RAUPP PEREIRA 1, 2

A sexualidade nos remete a uma dimensão ontológica do ser humano que abrange toda a sua amplitude cultural e histórica. Somente o homem é capaz de lidar com sua sexualidade numa postura de constantes (re) descobertas ao longo da vida a partir de suas relações interpessoais e interssexuais com o outro, ligadas ao prazer, aos sentimentos e ao bem-estar pessoal e social. Nesse sentido, este artigo se propõe a discutir questões acerca da homossexualidade, um tema considerado ainda, tabu e alvo de discriminação, preconceito e, muitas vezes, silenciado em escolas do mundo inteiro “devido” a razões que evidenciam não apenas a falta informação, mas a exigência de deixarmos ao lado julgamentos de valor em prol de uma educação mais humana. Para além disso, os homossexuais, ainda não têm o seu lugar em nossa sociedade, tendo que renegar sua orientação sexual para alcançar os mesmos direitos que os cidadãos heterossexuais. Pensamos que um trabalho árduo de educação voltada para a saúde e sexualidade deve ser efetivado junto ao ambiente escolar como um todo (constituído por discentes, pais, docentes e comunidade escolar). Julgamos este ser um espaço que detém o dever de ampliar conhecimentos a nível global e holístico do ser humano onde toda a equipe deve estar e, mais ainda, *se sentir* preparada para lidar com os anseios e questionamentos de crianças e jovens sem passar uma imagem *errada/preconceituosa/impura/pecaminosa* das questões ligadas ao sexo e a sexualidade. Esta é uma componente presente em todos os seres humanos logo, se aprendermos desde de muito cedo a compreendê-la como algo natural e integrante de cada um de nós, veremos adultos mais compreensivos consigo mesmo e com os outros.

Nossos questionamentos se voltam para os licenciandos de diversos cursos de uma universidade pública portuguesa, sobre a homossexualidade. Estes, que possuem em suas mãos o poder de (não) perpetuar práticas de exclusão e discriminação. Assim são objetivos, verificar o que pensam sobre a homossexualidade e a população com orientação homossexual, assim como seus modos de vida, de acordo com os seguintes objetivos: 1) Identificar os mitos e estereótipos que os alunos trazem consigo a respeito da homossexualidade; 2) Diagnosticar as idéias (pré) concebidas sobre a homossexualidade e o sujeito homossexual que tiveram influência das instituições: família, escola, igreja e país; 3) Compreender o que o público-alvo pensa sobre os direitos e deveres da população homossexual.

1-Universidade de Aveiro; 2- Universidade do Estado de Santa Catarina.

MÉTODO

Participantes

Realizámos um estudo empírico, exploratório e quantitativo por meio da aplicação de questionários com uma amostra de 394 licenciandos (este grupo se caracteriza por adolescentes/ jovens adultos, sendo 270 do sexo feminino e 124 do sexo masculino), de todas as áreas do conhecimento: Humanidades e Sociais; Ciências Duras e Exatas; Ciências da Saúde e Biológicas, a fim de responder as nossas hipóteses de estudo globalmente, ou seja, por um viés educacional, sociocultural e político.

Material

Os jovens foram questionados sobre quais agentes contribuíram na formação (e informação) acerca de suas sexualidades.

Procedimento

A análise do instrumento metodológico foi realizada pelo programa *Statistical Package od Social Science* – SPSS, versão 17,0 para *Windows*.

RESULTADOS

As aferições apontam influência: os *pais* (51%), os *amigos* (50%), o *companheiro habitual* (38%), a *imprensa/ televisão* (32%). Em contrapartida, os agentes menos votados como influências na formação de suas sexualidades foram: *Igreja*, 313 (79,5%); *Avós*, 279 (70,8%); *Tios*, 269 (68,3%); *Companheiro ocasional*, 256 (64,9%); *Primos*, 229 (58,1%); *Irmãos*, 210 (53,3%); *Professores*, 119 (30,2%).

O que nos chama bastante atenção é o quantitativo de 182 (46,2%) alunos anunciarem que receberam *pouca* influência dos professores e, 119 (30,2%) dizem não terem recebido *nenhuma* influência. Cotidianamente surgem inúmeras situações associadas a sexualidade na escola que exigem uma posição mais segura do professor. Ele deve estar preparado para não reforçar preconceitos, estereótipos e responder aos anseios de seus alunos da melhor forma possível tendo em conta a dimensão plural do ser humano, que vem sendo construída desde muito pequenos.

Perguntamos se os inqueridos participaram de algum curso/conferência sobre Educação Sexual nos últimos 3 anos e 316 (80,2%) afirmam não ter participado contra os 78 (19,8%) alunos que participaram. Este resultado notabiliza o pouco incentivo por parte das instituições educacionais

portuguesas, salvo exceções por parte do Estado, em dar maior importância aos temas relacionados à sexualidade nas escolas e nas próprias universidades. Isto é preocupante, principalmente nos dias atuais, quando os jovens são confrontados com uma intensidade de informações. Época em que o papel de formador de mentalidades tem sido protagonizado pela mídia e ultrapassa também a escola que aos poucos perde, ou ao menos, divide suas atenções no setor educacional.

Constatamos também que a Igreja teve, e continua mantendo, papel fundamental na construção das representações sociais sobre a sexualidade na sociedade portuguesa, marcadamente muito católica. Apesar disso, nos deparamos com 62 (15,7%) jovens que aferiram ter recebido pouca influência na (in) formação acerca da sexualidade e, surpreendentemente, 313 (79,5%) estudantes declaram não ter recebido nenhuma influência neste sentido da Igreja.

A aparente “contradição” do modo de ser/viver dos homossexuais evidenciam um embate aos ideais de ser humano que a Igreja/sociedade/instituições de ensino e saúde privilegiam e cultuam. O que põe em causa a percepção da realidade dos portugueses, e por consequência, da geração de jovens acerca dos mitos e estereótipos; ideias (pré) concebidas; direitos humanos referentes a população homossexual.

A heteronormatividade ainda “dita as regras” em Portugal e, somente a partir destes dados não podemos ter certezas sobre a orientação sexual destes jovens. As representações sociais em torno da homossexualidade atualmente em Portugal possuem um carácter muito negativo. Percebemos ainda, que este é um tema, no qual as pessoas se sentem pouco a vontade para falar, ainda mais no que condiz à si mesmo.

Em outro momento do inquérito buscamos perceber a opinião dos jovens sobre a seguinte informação “*sentir atracção por alguém do mesmo sexo é o mesmo que homossexualidade*”. As respostas demonstram que 130 (33%) não concordam e nem discordam; 67 (17%) concordam e 18 (4,5%) concordam totalmente.

Em relação ao total de alunos da amostra 394 (100%), vemos que 272 (69%) universitários afirmam que o relacionamento íntimo com alguém do mesmo sexo se deve a uma *decisão pessoal*, em contrapartida, 80 (20,3%) estudantes dizem que é *biologicamente determinado*. Os demais 42 (10,7%) inquiridos se distribuem nas demais opções que contribuem para relacionar-se intimamente com alguém do mesmo sexo, sendo: 2 (0,5%) expressam a *falta de religiosidade*; 5 (1,3%) atribuem à *doença mental*; 12 (3,05%) referem-se à *trauma de infância*; 12 (3,05%) aferem a *nenhuma das opções* mencionadas; 11 (2,8%) dizem haver *outras opções* que contribuem para relacionar-se intimamente com alguém do mesmo sexo.

Com relação ao questionamento “*Consideras que as pessoas com orientação homossexual encontram dificuldades nos dias actuais?*”, um total de 338 (85,8%) inquiridos disseram que sim, 30

(7,6%) julgaram que não e 26 (6,6%) aferiram não saber. As *maiores* dificuldades nomeadas são: em primeiro lugar com 317 respostas, apontam a *discriminação social*; em segundo lugar com 251 respostas, aferem a *rejeição da família*; em terceiro lugar com 148 respostas, dizem ser o *bullying*; em quarto lugar o fator *instabilidade emocional* surge com 123 respostas.

Em contrapartida, as *menores* dificuldades enfrentadas pelas pessoas com orientação homossexual nos dias atuais são: a *falta de direitos* com 68 respostas; em seguida 84 alunos aferem a *vida dupla*; e, 110 estudantes nomeiam a *auto-aceitação*. Estes dados nos levam a refletir acerca de um possível descaso sobre o tema.

A rejeição às pessoas com orientação homossexual de ambos os sexos mostra-se elevada a partir do momento em que verificamos as respostas dos inquiridos por sexo. Constatamos que as mulheres da amostra possuem mais preconceitos no que refere-se às lésbicas e os homens da amostra possuem mais preconceitos no que concerne aos *gays*. Interessante também é perceber como pouquíssimos jovens inquiridos consideram a possibilidade de se enamorar por pessoas com orientação homossexual, na medida que estes são homens e mulheres são iguais a todos, inclusive aparentemente. Consideramos que os inquiridos julgam que, em geral, *gays* e lésbicas apresentam atitudes e maneirismos do sexo oposto, ou seja, as possibilidades de envolvimento emocional e físico se anulam a partir do momento em que se “detecta” comportamentos que “fogem do padrão social”.

É latente que as respostas aferidas, no tocante aos direitos da população homossexual, são voltadas para uma certa limitação, reafirmando a discriminação, de pessoas que “não devem viver como as demais por serem diferentes”. Apesar de 288 (73,1%) jovens discordarem totalmente da opção “*a orientação sexual devia ser considerada na procura por uma vaga de emprego*” e, ainda demonstrando a mesma tendência, diante de 315 (80%) discordarem totalmente da situação “*os indivíduos homossexuais deviam ser proibidos de exercer um cargo público*”, verifica-se opiniões divididas na opção “*as leis nacionais deveriam ser decretadas para proteger os homossexuais da discriminação*”. Em conformidade com esta afirmação obtivemos: 10 (2,5%) jovens com discordância total; 32 (8,1%) somente discordam; 110 (28%) não concordam e nem discordam; 165 (42%) concordam; 77 (19,5%) concordam totalmente.

A limitação aos homossexuais se mostra aparente quando adentramos no âmbito dos direitos a serem pais/mães seja com filhos biológicos ou adotivos (a este percebe-se rejeição mais aparente). Interessante ver que um grande grupo de 131 (33%) inquiridos não concorda *e nem discorda* que a homossexualidade compromete a constituição de famílias, mas 139 (35,3%) jovens tendem para *concordar e concordar totalmente* com esta afirmação. De acordo com o quadro 2, com a escala *Likert* de 5 pontos, no qual os inquiridos aferem: 1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não concordo nem discordo; 4- concordo; 5- concordo totalmente, verifica-se:

Quadro 1: Opinião dos inquiridos acerca dos direitos e deveres das pessoas com orientação homossexual

Opções sobre os direitos dos homossexuais/ escala likert	1	2	3	4	5	T total
Os casais homossexuais deviam ter tanto direito quanto os casais heterossexuais na adoção de crianças	7	8	1	5	5	39
Devia ser proibido que casais homossexuais tivessem filhos biológicos	9	1	28	4	2	39
Uma pessoa homossexual pode ser bom pai/mãe	14	7	50	1	2	4
A homossexualidade compromete a constituição de famílias	1	9	7	1	1	39
Concordo com a aprovação do Projeto de Lei nº 7/XI/1º que garante o direito do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo	2	6	2	28	63	4
	4	0	31	13	6	4
	3	3	1	1	1	39
	5	1	11	03	14	4

Os inquiridos acreditam que a homossexualidade compromete a constituição de famílias a partir do momento que envolve-se terceiros, como filhos. De acordo com narrativas aferidas por inquiridos: *“um casal anormal segundo as diretrizes sociais, mas que merecem o mesmo respeito e os mesmos direitos que um casal heterossexual usufrui, desde que não impliquem terceiros”* (estudante de Bioquímica, sexo masculino); *“Algo imoral, doentio e sem nexo. Não me importo sobre as suas orientações desde que não o demonstrem em público e que não tenham filhos”* (estudante de Turismo, sexo feminino).

Em Portugal, ainda não há possibilidade de adoção por casais homossexuais, mas os debates se iniciam aos poucos. Acreditamos que as instituições de modo geral (governamentais, de saúde) inclusive, educacionais possuem um papel relevante na disseminação de *ideias que atribuem à heterossexualidade e à homossexualidade o mesmo valor*. Da mesma forma, a maioria dos inquiridos demonstram ter a mesma opinião com 64% de jovens que concordam tal afirmação. Ainda, 82% deles indicam necessidade de maior apoio aos jovens homossexuais, por parte dos adultos, da mesma forma que apoiam jovens heterossexuais em serviços de saúde, escolas, etc.

A figura do *professor* nos parece estar estanque a este processo, consoante as respostas aferidas na situação *“deveria haver mais formação nos cursos superiores de futuros professores acerca da homossexualidade”*, onde temos 18 (4,6%) em discordância total; 33 (8,4%) discordam; 161 (41%) não concordam e nem discordam; 133 (34%) concordam e apenas 49 (12%) concordam totalmente com aplicação desta medida. É importante ter em conta que o professor (seja do ciclo básico, ou universitário) possui o poder de disseminar valores numa posição na qual há dificuldades em se manter a neutralidade (Pedro,1997), em vista que estamos lidando com as vicissitudes que abrangem os meandros da sexualidade. Neste caso, em contexto português, onde se percebe um cariz mais tradicional e doutrinador com posturas marcadamente heteronormativas.

Ao “fechamos os olhos” para a urgência de medidas efetivas que promovam a igualdade, a cidadania e a democratização dos indivíduos em toda a totalidade corremos o perigo de regredir e

reforçar a discriminação. Vemos que, muitas vezes, há a tentativa de aceitação, mas verificamos muitas marcas negativas na subjetividade nos discursos dos jovens inquiridos: *“para mim um casal homossexual é uma doença. Esta doença é só curar quando o casal estiverem juntos, então com este já podem curar as doenças. Acho também que é normal”* (estudante de Turismo, sexo feminino); e ainda, *“para mim um casal homossexual é o que não irá ter realização completa ao longo de sua vida. Talvez as pessoas que chegam a isto o fazem porque se sentem pouco incluídas na sociedade face as pessoas que encontraram não tiveram poucas experiências. E pensam que é o melhor caminho para a felicidade”* (Administração Pública, sexo feminino).

Alguns mitos relacionados aos homossexuais foram averiguados neste trabalho, como sua associação com a SIDA, devido ao intenso contágio de jovens homossexuais com múltiplos parceiros da década de 80. Sabe-se que a doença não está diretamente ligada a nenhum grupo específico e o contágio depende unicamente de comportamentos e situações de risco que variam de acordo com cada indivíduo (Pereira, Amaral & Soares, 1997). Constatamos que 272 (69%) inquiridos *discordam totalmente* que a homossexualidade é a causa da SIDA:

Quadro 2: Opinião dos inquiridos acerca da relação entre homossexualidade, DST's e SIDA

Opções/ escala likert	1	2	3	4	5	T otal
O principal problema de saúde dos homossexuais são DST's	1	0	83	5	5	4
A população homossexual adquire com mais facilidades as DST's e a SIDA	7	2	64	9	2	4

Os números chamam muita atenção, por mais uma vez, nos depararmos com a necessidade de informação. Vemos que muitos jovens se colocam em posição de dúvida mediante *não concordar e nem discordar* das afirmações colocadas. Ainda presenciamos um grupo, embora pequeno, que concordam com tais afirmações. Sabemos que estes resultados podem estar ligados a concepções passadas que, no entanto, já foram postas em causa. Foi verificado que apesar dos jovens homossexuais serem grandes vítimas da SIDA há décadas atrás foram rapidamente identificados, na mesma época, hemofílicos, homens heterossexuais, mulheres e crianças vitimizadas (Caetano, 1993).

DISCUSSÃO

Através deste estudo, pode-se confirmar que o estigma ao homossexual ainda está muito presente, quer no âmbito escolar, quer na comunidade ou na sociedade em geral. Entretanto, é preciso avultar que a prática pedagógica do docente, bem como o seu entendimento do desenvolvimento da doença e as relações de afetividade entre professor/aluno, Estado/cidadão, sociedade/cidadão são fundamentais para um processo de aceitação ao homossexual visto com ódio e repúdio, geradores de violências.

Refletir acerca das implicações da homossexualidade foi o grande objetivo deste estudo, na possibilidade de se abrirem espaços de reflexão nas universidades, essenciais para a percepção de desafios que esta população escolar lhes coloca e para a importância da realização das necessárias transformações, quer ao nível dos comportamentos e atitudes, quer ao nível das instituições estatais e sociais.

Neste estudo ficou evidenciado que as adversidades enfrentadas pelos homossexuais, neste caso, são ainda hoje causa de exclusão social, impossibilitando a sua integração no processo educacional, sugerindo-se a necessidade de uma intervenção ao nível dos contextos das instituições de ensino. Através dos resultados aferidos, pode verificar-se que o facto de ser homossexual é uma realidade complexa com a qual é difícil lidar.

Acreditamos que a educação e a disseminação de informações é a única forma de caminhar para efetivas mudanças, tão necessárias. Escolas/universidades/sociedades são fortes agentes, em conjunto podem levar a mudança de ideologias e a desmistificação de ideais (pre)conceituosos. Este trabalho é um exemplo de que a informação, como unidade de ensino, é necessária para a reformulação das práticas utilizadas desde há muito tempo.

REFERÊNCIAS

- Caetano, M. (1993). *SIDA actual e perspectivas futuras*. Conferência apresentada na sessão de apresentação da Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida”. Lisboa: Fundação Portuguesa da Luta Contra a Sida.
- Louro, G. (2000). *Currículo, Género e Sexualidade*. Portugal: Porto Editora.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. RJ: Vozes.
- Pedro, A. P. S. (1997). *Educação e valores: o caso português numa perspectiva comparada: Canadá e Bélgica*. Dissertação de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, M. G., Amaral, V. & Soares, S. (1997). Identidades sociais e representações sociais dos adolescentes acerca da SIDA. *Análise Psicológica*, 4 (XV), 617-636.
- Pereira, G. R., Silva, C. F., Melo, S. M. M., & Weiss, M. (2010). A Educação Sexual Intencional: uma proposta em EaD para as realidades Brasil, Portugal e Argentina. In: *Congresso Iberico Ensino Superior em Mudança: Tensões e Possibilidades* (pp. 119-124). Braga: Universidade do Minho.
- Reis, M. A., Ferreira, A. G., Rabelo, A., Pereira, G. R., & Pinheiro, M. do R. (2009). Gender, sexuality and culturality on teachers’ training and practices in Portugal and Brazil. In: *Teaching and Learning*. Retrieved from www.iask-web.org/tl09/programme.html

A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL, A DEPRESSÃO E O AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA EM INDIVÍDUOS COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE

ANA FRANCISCA PEREIRA & FÁTIMA FELICIANO

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença reumática sistémica inflamatória, pertencente ao grupo das Espondiloartropatias Seronegativas (Branco, 2006; Hamilton-West & Quine, 2007). Segundo Rocha (2002), na população portuguesa existem cerca de três pessoas com EA por cada mil habitantes (prevalência de 0.2 a 0.3%), o que equivale dizer que em Portugal haverá cerca de vinte a trinta mil casos de indivíduos com esta doença. Esta doença é mais frequente em homens (numa proporção de cerca de 2,5-5 homens para uma mulher), no entanto, é uma patologia subdiagnosticada na mulher devido à sua menor expressão clínica e radiológica, quer articular axial e periférica, quer extra-articular (Branco, 2006).

O pico de incidência da doença situa-se entre os 15 e os 30 anos, salientando-se que nas mulheres esta tem maior incidência alguns anos mais tarde (Branco, 2006).

Face à realidade que a EA apresenta, os objetivos do presente estudo são: (1) perceber qual o ajustamento psicossocial dos indivíduos à EA; (2) compreender a relação entre a incapacidade funcional dos doentes e o ajustamento psicossocial dos mesmos à EA; (3) compreender a relação entre a presença de sintomatologia depressiva dos doentes com EA e o ajustamento psicossocial à mesma; (4) promover o conhecimento da realidade da EA; (5) proporcionar informação teórica e prática que mobilize e facilite a intervenção e acompanhamento psicológico nos doentes com EA.

METODOLOGIA

Participantes

A amostra alvo deste estudo envolveu 53 sócios da Associação Nacional de Espondilite Anquilosante (ANEA), mais propriamente os pertencentes aos núcleos de Viseu (n=22, 41.5%), de Ovar (n=11, 20.8%), de Lisboa (Zambujal) (n=11, 20.8%), e de Braga (n=9, 17%).

A amostra foi reunida através de um método de seleção não probabilística por conveniência, através das seguintes variáveis de inclusão: ter sido diagnosticado com EA; ser sócio da Associação Nacional de Espondilite Anquilosante (ANEA); ter idade igual ou superior a 20 anos; ter autorizado verbalmente a sua entrada no presente estudo através da assinatura do consentimento informado; ausência de gravidez; não se encontrar actualmente internado em qualquer estabelecimento hospitalar.

Material

Os instrumentos aplicados à amostra alvo de estudo, basearam-se em quatro escalas e questionários de autoaplicação: Questionário Sóciodemográfico e Clínico; Índice de Barthel (IB) (Araújo et al., 2007); Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2003); e Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença, versão de Autoavaliação (EAPD-AA) (Schildberger & Teixeira, 1994).

Procedimento

Após o pedido de autorização formal de aplicação dos instrumentos de recolha de dados aos presidentes da sede da ANEA e dos seus núcleos de Viseu, Ovar e Braga, bem como um pedido de autorização aos autores das versões portuguesas das escalas, foram enviados alguns formulários para cada núcleo da ANEA, que forneceram uma cópia a cada sócio para preencherem nas sessões de fisioterapia, bem como cartas de consentimento informado, que garantia o seu anonimato e os seus direitos enquanto participante do estudo.

Os dados recolhidos foram sujeitos a um tratamento estatístico através do *software* estatístico SPSS (*Statistic Package Social Science*) versão 17. Como não foi possível garantir a normalidade dos dados optou-se por realizar uma estatística não paramétrica. Após a análise estatística descritiva, foi aplicado um teste de correlação não paramétrico – Teste de Correlação de *Spearman*, teste este que permite verificar a relação linear entre duas variáveis contínuas, determinando o sentido da relação, que pode ser positiva ou negativa, assim como a força da relação (fraca, média e forte) (Fortin, 2009).

RESULTADOS

Independência funcional-A independência funcional é definida por Neri e Paschoal (2001; cit. por Gomes & Diogo, 2004) como a capacidade em realizar algo pelos seus próprios meios, vivendo o indivíduo assim sem necessitar de ajuda para a execução das actividades básicas e instrumentais da vida diária.

Relativamente ao Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), a amostra estudada obteve uma média de 19.25 (encontrando-se ainda no intervalo da Dependência Ligeira), embora a moda e a mediana sejam 20, que se traduzem numa independência funcional, com um desvio-padrão de 1.125.

Ainda que a parca a literatura nos faça esperar que os efeitos aversivos desta doença a nível do funcionamento social e da qualidade de vida possam conduzir a um nível de dependência nesta população (Hamilton-West & Quine, 2007), tal não foi verificado nesta amostra, o que se pode ficar a dever ao facto de esta ser uma amostra maioritariamente activa, apesar de apresentarem um diagnóstico estabelecido maioritariamente há mais de 16 anos.

A nossa reflexão leva-nos a considerar dois aspectos que poderão estar envolvidos: por um lado, os fatores socioeconómicos, por não existirem em Portugal suportes sociais que facilitem uma qualidade de vida da pessoa em termos de reforma, o que poderá influenciar uma atitude em prolongar a vida ativa; e, por outro lado, o clima, que poderá surgir como um factor facilitador de crises que poderão contribuir para uma incapacidade da doença reumática, como é o caso da EA. Estudos realizados por Patberg e Rasker (2004) e por Macfarlane e seus colegas (2010) demonstravam como a humidade e o frio se correlacionavam com queixas de dor e dor crónica em doenças reumáticas. Como Portugal é um país mais ameno e solarengo do que os países nórdicos retratados na investigação de Hamilton-West e Quine (2007), esta poderá ser uma forma de se compreenderem a discrepância dos resultados tão diferentes obtidos na amostra do presente estudo.

Depressão-Em relação à CES-D, a presente amostra apresentou uma média de 17.26, resultado este que se apresenta abaixo do ponto de corte apontado por Gonçalves e Fagulha (2003), a partir do qual se pode considerar que estes sujeitos em média não apresentam sintomatologia depressiva. No entanto apesar de 32 indivíduos se encontrarem abaixo do ponto de corte (60.4%), não apresentando assim sintomatologia depressiva significativa, 21 indivíduos que obtiveram resultados acima do ponto de corte (39.6%), o que concorre para uma elevada percentagem de prevalência de valores apontando para um possível diagnóstico de depressão.

Este valor tende a ser elevado em relação aos valores encontrados na população geral (20%), apontados por Gonçalves e Fagulha (2004), relativamente à percentagem de indivíduos que nos EUA recorrem ao médico de família com sintomas de depressão, o que parece ir ao encontro do que nos diz a literatura sobre a depressão ser uma das formas do indivíduo lidar com as características de imprevisibilidade e de dificuldade da doença reumática.

Como os indivíduos com EA frequentemente têm de lidar com a incerteza do diagnóstico e do prognóstico (McDermaid & Mior, 2000; cit. por Hamilton-West & Quine, 2007), este fenómeno vai ao encontro do descrito no modelo de *Learned Helplessness* (Abramson et al., 1978; cit. por Moore & Fresco, 2007) (*Desespero Aprendido*), segundo o qual a depressão pode surgir da imprevisibilidade da evolução e da dificuldade de controlo da sintomatologia, para além da expectativa de não existirem

respostas no reportório pessoal suficientemente capazes de alterar a situação de sofrimento em que o indivíduo se encontra nesse momento (Abramson et al., 1978; Peterson, 1982; cit. por Figueiredo et al., 2004).

Ajustamento psicossocial à Espondilite Anquilosante-O ajustamento psicossocial à doença crónica pode ser definido como «os meios psíquicos e comportamentais que um indivíduo é capaz de interpor entre uma agressão e o seu organismo, de modo a enfrentar o problema encontrado e a reduzir a importância do stress sofrido» (Doron & Françoise, 2001; cit. por Nunes, 2008, p.47).

Quanto à EAPD, a amostra apresentou uma média de 38.58, que se encontra abaixo do ponto de corte, valor este que é próximo da média obtida de 38.67, apontado no estudo de Schildberger e Teixeira (1994). Estes autores defendem que um resultado total igual ou superior a 55 revela um mau ajustamento psicossocial à doença, valor este que permite concluir que os indivíduos pertencentes à amostra não apresentam um mau ajustamento psicossocial global à EA, já que 42 elementos apresentam um valor inferior a 55 (79.2%), havendo 11 indivíduos (20.8%) com valores que expressam um pior ajustamento psicossocial à EA.

Em termos de domínios ou subescalas da EAPD, a Orientação para os Cuidados de Saúde surge, nesta amostra, como a subescala com maior peso no valor total, com uma média de 8.45. As subescalas que se seguem são o Relacionamento Conjugal e Familiar (M=6.89); as Perturbações Psicológicas (M=6.26); o Desempenho Vocacional (M=6.09); as Actividades de Tempo Livres (M=5.26); a Actividade Sexual (M=3.51); e, por último, o contacto com o Convívio com a Família Alargada (M=2.26), sendo estas últimas as que parecem oferecer menos preocupações. Os pesos das subescalas são semelhantes aos encontrados no estudo anteriormente referido, com ligeiras diferenças: a subescala Relacionamento Conjugal e Familiar encontrava-se entre a de Desempenho Vocacional e a de Actividades de Tempos Livres.

Relação entre a independência funcional e o ajustamento psicossocial à Espondilite Anquilosante-Através da correlação de *Spearman*, obteve-se uma correlação de $\rho = -0.422$, o que se traduz numa correlação moderada com o sentido negativo, o que significa que à medida que uma variável aumenta a outra diminui. Considerando que os valores do Índice de Barthel se deslocam no sentido de dependência (valores mais baixos) para a independência (valores mais altos) e que, por sua vez, os valores da Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença se deslocam no sentido de bom para um mau ajustamento psicossocial, é possível afirmar que, nesta amostra, perante estes dados, existe uma associação que revela que perante uma manifestação de uma maior dependência funcional acontece um mau ajustamento psicossocial à doença.

Ao realizar uma regressão linear, obteve-se um $r=0.353$ e um $r^2=0.124$, predizendo que o resultado obtido no Índice de Barthel (Independência Funcional) é o que influencia a relação entre as variáveis aqui estudadas.

Nesta amostra concreta, onde não é a dependência funcional que predomina, também se verifica que o ajustamento psicossocial se revela favorável, o que está de acordo com esta associação.

Relação entre a depressão e o ajustamento Psicossocial à Espondilite Anquilosante-Através da correlação de *Spearman*, obteve-se uma correlação de $\rho = 0.763$, o que se traduz numa correlação forte entre a depressão e o ajustamento psicossocial. Neste sentido, é possível afirmar que perante elevados níveis de sintomatologia depressiva se espera um pior ajustamento psicossocial à doença.

Ao realizar uma regressão linear, obteve-se um $r = 0.698$ e um $r^2 = 0.486$, predizendo que o resultado obtido na Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença é o que influencia a relação entre as variáveis aqui estudadas, da forma que se tem vindo a referir. Esta associação vai ao encontro do estudo de Barlow e colegas (1993, cit. por Martinsdale et al., 2006), no qual os doentes com E.A. estudados apresentavam simultaneamente sintomas depressivos, um *locus* de controlo interno e pouca confiança no suporte social.

Relativamente à presente amostra, tanto os níveis de sintomatologia depressiva, como de ajustamento psicossocial à doença demonstram ser favoráveis, o que está de acordo com a associação encontrada.

Possíveis factores de risco-Através dos resultados obtidos foi possível apresentar um esboço de um possível perfil de risco para os doentes com EA, limitado perante o reduzido tamanho da amostra, sendo necessário apostar numa amostra mais representativa para tornar estes valores mais significativos; e encontrar um perfil de risco mais aprofundado que nos permita intervir preventivamente.

Assim, os factores de risco para possíveis problemas psicopatológicos aqui esboçados, são: ser do sexo feminino; pertencer ao núcleo de Braga; ter como habilitações literárias o 1º Ciclo; ser viúvo; viver apenas com os filhos ou com outros membros da família (por exemplo: viver com os sogros); não se encontrar no activo (por exemplo: estar reformado ou desempregado); ter sido diagnosticado com outras doenças para além da EA; ter sido diagnosticado há mais de 21 anos (mais precisamente, num intervalo entre 21 e 25 anos).

DISCUSSÃO

A amostra estudada não apresentou, em média, dependência funcional grave, sintomatologia depressiva ou um mau ajustamento psicossocial à doença. Dado que estes resultados não correspondem ao esperado pela literatura, eles poderão ser atribuídos ao facto de esta ser uma amostra maioritariamente activa, apesar de um diagnóstico estabelecido maioritariamente há mais de 16 anos, assim como à situação de necessidade de autonomia no nosso país (mais fraco suporte

socioeconómico) e ao clima com temperaturas mais amenas (favorecendo menor aparecimento de crises).

Os resultados obtidos demonstraram a existência de uma correlação negativa moderada (-0.422) entre a independência funcional e o ajustamento psicossocial e uma correlação positiva forte (0.763) entre a depressão e o ajustamento psicossocial à doença. Através destes resultados, é possível concluir que a dependência funcional é moderadamente preditora de um pior ajustamento psicossocial, como esta é fortemente preditora de valores mais elevados de sintomatologia depressiva.

Neste sentido, destaca-se a pertinência de criar e promover programas de intervenção e apoio psicoterapêutico a esta população, bem como informar convenientemente os técnicos de saúde e os portadores de EA da realidade da doença, para que, a longo prazo, seja possível contribuir para uma melhoria dos níveis de ajustamento psicossocial e, consequentemente, a uma melhor adaptação do doente (Dias, 1997; cit. por Nunes, 2008).

Assim, pretendemos e pensamos ter conseguido dar um pequeno passo no sentido de compreensão e de podermos contribuir com alguma informação útil a todos os envolvidos que permita actuações mais específicas e personalizadas.

REFERÊNCIAS

- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Branco, J. C. (2006). *Grandes Síndromes em Reumatologia*. Lisboa: Lidel.
- Figueiredo, M., Soares, V., Cardoso, R. M., João, M. A., & Dias, S. (2004). Artrite reumatóide: Um estudo sobre a importância na artrite reumatóide da depressão e do ajustamento psicossocial à doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(6), 13-25.
- Fortin, M.-F. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (C.E.S.-D.). In, M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa – Volume I* (pp.33-43). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20, 13-27.

- Gomes, G. C., & Diogo, M. J. D. (2004). Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In, A. L. Neri (Coord.), *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice* (pp. 107-132). São Paulo: Alínea Editora.
- Hamilton-West, K. E., & Quine, L. (2007). Effects of written emotional disclosure on health outcomes in patients with Ankylosing Spondylitis. *Psychology and Health*, 22 (6), 637-657.
- Macfarlane, T. V., Mcbeth, J., Jones, G. T., Nicholl, B., & Macfarlane, G. J. (2010). Whether the weather influences the pain? Results from the EpiFunD Study in North West England. *Rheumatology Advance Access*. Retirado em 6 de Julho de 2010, de <http://rheumatology.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/keq099>.
- Martindale, J., Smith, J., Sutton, C.J., Grennan, D., Goodacre, L., & Goodacre, J.A. (2006). Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. *Reumatology*, 45, 1288-1293.
- Moore, M. T., & Fresco, D. M. (2007). Depressive realism and attributional style: Implications for individuals at risk for depression. *Behavior Therapy*, 38, 144–154.
- Nunes, A. M. P. V. L. (2008). *Ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde – Instrumentos publicados em português*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Patberg, W. R., & Rasker, J. J. (2004). Weather effects in rheumatoid arthritis: From controversy to consensus. A review. *The Journal of Rheumatology*, 31(7), 1327-1334.
- Rocha, F. G. (2002). *Manual da espondilite anquilosante*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Schildberger, R., & Teixeira, J. A. C. (1994). Qualidade de vida em sujeitos com espondilite anquilosante (estudo exploratório). *Análise Psicológica*, XII (1), 375-379.

A INCLUSÃO: *STRESS* E *BURNOUT* EM PROFESSORES PORTUGUESES

ANDREIA PEREIRA 1, IVONE PATRÃO 1 & JOANA SANTOS-RITA 2

Ser professor é stressante. Como afirmam Gold e Roth (1993) a docência é uma das três profissões mais stressantes, sendo percepcionada como muito exigente pelos professores (Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002).

Actualmente, os desafios educativos são cada vez maiores e mais permanentes face a uma realidade mais mutável e exigente. Sendo o protagonista e instrumento de uma realidade em contínua transformação, espera-se que o professor seja o agente activo de mudança, adaptando-se às crescentes exigências subjacentes às reformas educativas e que têm repercussões no seu reconhecimento social (Durán, Extremera, Motalbán & Rey, 2005).

Desta forma, não é surpresa quando a docência é considerada uma profissão com elevados níveis de ansiedade e *stress* (Capelo, Pocinho & Jesus, 2009; Marques Pinto, Lima & Lopes da Silva, 2003). Considerado como um caso de stress ocupacional prolongado, o *burnout* tem sido identificado como um tipo de resposta crónica ao impacto negativo cumulativo e a longo-prazo do trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), estando a profissão docente associada a elevados níveis deste fenómeno (Boyle, Borg, Falzon & Baglioni, 1995; Chan & Hui, 1995).

As pesquisas têm indicado diversos stressores ocupacionais no ensino. Também a passagem da ideia de integração à de escola inclusiva trouxe grandes problemas às escolas e aos professores, nomeadamente de ordem prática. A escola inclusiva defende a reestruturação das escolas no sentido de responder às necessidades de todas as crianças, reconhecendo que estas mudanças organizacionais e metodológicas funcionariam como mais-valias mesmo junto daquelas crianças que não apresentassem dificuldades (Ainscow, 1998). Neste sentido, a reforma das necessidades educativas especiais (NEE) incide, maioritariamente, na procura de respostas adequadas a todas as crianças no sistema de ensino regular. Assim, o professor depara-se com um aumento de responsabilidade sem que, em muitas situações, tenha as condições necessárias para uma resposta adequada (Carlotto, 2002), apresentando os professores de alunos com NEE níveis mais elevados de stress e maior risco de desenvolver *burnout* (Strassmeier, 1992).

1 -ISPA – Instituto Universitário – Lisboa, Portugal; 2. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Lisboa, Portugal.

Embora seja um problema social de pertinência extrema (Carlotto, 2002), muitos professores reagem de forma eficaz às dificuldades profissionais, o que aparenta relacionar-se com a auto-eficácia docente que medeia o mal-estar (Brouwers, Evers & Tomic, 2001).

A preponderância desta investigação resulta das afirmações de que o mal-estar na profissão docente é mais elevado do que noutras profissões (Jesus, 2000; Punch & Tuetteman, 1990), nomeadamente em professores que leccionem a crianças com NEE (Strassmeier, 1992). Tendo repercussões negativas ao nível psicológico e educacional, o mal-estar pode conduzir a sentimentos de insatisfação, desejo de abandonar a docência, cansaço físico permanente, auto-culpabilização, *stress*, absentismo, ansiedade ou depressões (Esteve, 1999). Neste estudo o mal-estar foi conceptualizado de uma forma integradora das diversas perspectivas psicológicas (Lopes, 2001), sendo operacionalizado em ansiedade, *stress*, depressão e *burnout*.

Face ao exposto, este estudo pretende avaliar os níveis de *burnout* em professores portugueses assim como os seus antecedentes organizacionais e laborais; os níveis de *stress*, ansiedade e depressão e quais as correlações destes com o *burnout*; explorar o papel da auto-eficácia e examinar quais as diferenças entre professores que leccionam a alunos com NEE e os que não leccionam em termos de *burnout*, *stress*, ansiedade, depressão e auto-eficácia.

MÉTODO

Participantes

A amostra total deste estudo é constituída por 325 docentes portugueses, seleccionados por conveniência, que se encontravam em exercício durante o primeiro trimestre de 2011 e que aceitaram colaborar no preenchimento do protocolo.

Destes 325 participantes, 75.7% são do sexo feminino e 24.3% do sexo masculino. Na sua maioria, estes docentes são casados ou vivem em união de facto (61.5%), têm filhos (69.2%), uma licenciatura (83.1%), pertencem à Função Pública (66.5%) e leccionam em tempo total (93.2%). O tempo médio de docência é de 17.54 anos, sendo o tempo médio na actual escola de 9.12 anos. A maioria dos professores deste estudo também lecciona a alunos com NEE (66.2%), exercendo em média durante 19.77 horas por semana. No que concerne ao nível de ensino, 19.4% dos docentes leccionam ao 1º ciclo, 24.9% ao 2º ciclo, 26.8% ao 3º ciclo e 28.9% dos professores leccionam no ensino secundário.

Material

Nesta investigação foram utilizados quatro instrumentos, a saber:

- Questionário de Dados Sócio-demográficos e Profissionais (Pereira & Patrão, 2011), construído para este estudo e que visa a recolha de algumas informações sociodemográficas e profissionais dos participantes;

- *Cuestionario Burnout Profesorado – Revisado – CPB-R* (Moreno-Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000; versão portuguesa de Patrão & Santos Rita, 2009), constituído por 66 itens, subdivididos em seis dimensões, a saber: 1) *Stress* de papel (Byrne, 1994; Lee & Ashforth, 1996), 2) *Burnout* que engloba o Esgotamento Emocional, a Despersonalização e a Falta de Realização (Maslach & Jackson, 1981, 1986), 3) Supervisão (Dworkin, 1987; Farber, 1991; Iwanicki, 1983; Lee & Ashforth, 1996), 4) Condições Organizacionais, 5) Preocupações Profissionais e 6) Falta de Reconhecimento Profissional (Belcastro, Gold & Grant, 1982; Greenglass, Burke & Konarsky, 1998). É um instrumento de auto-avaliação, com uma escala de Likert de 5 pontos e ponto de corte de 2.5;

- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, versão reduzida – EADS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), sendo administrada uma versão reduzida de 21 itens para avaliação das dimensões Ansiedade, *Stress* e Depressão. Os autores sugerem que os resultados mais elevados em cada dimensão correspondem a estados afectivos mais negativos (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004);

- Escala de Avaliação da Auto-eficácia Geral – Como eu Sou (Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs & Rogers, 1982; adaptada para português de Portugal por Ribeiro, 1995). A escala adaptada por Ribeiro (1995) e utilizada neste estudo tem 15 itens que se dividem por três sub-escalas: Iniciação e Persistência – IP (6 itens); Eficácia perante a Adversidade – EPA (5 itens); e Eficácia Social – ES (4 itens). Recorreu-se a uma escala tipo Likert de 7 pontos, com respostas desde “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”. Quanto mais baixa for a nota, menor a percepção de eficácia.

No global, a maioria das dimensões tem um alfa de Cronbach considerado aceitável/bom (Maroco & Garcia-Marques, 2006): *Stress* de Papel ($\alpha=.83$), *Burnout* ($\alpha=.85$), Esgotamento Emocional ($\alpha=.88$), Despersonalização ($\alpha=.71$), Falta de Realização ($\alpha=.64$), Supervisão ($\alpha=.79$), Preocupações Profissionais ($\alpha=.81$), Falta de Reconhecimento Profissional ($\alpha=.75$), Ansiedade ($\alpha=.83$), Depressão ($\alpha=.91$), *Stress* ($\alpha=.90$), Iniciação e Persistência ($\alpha=.78$); Eficácia perante a Adversidade ($\alpha=.72$).

Procedimentos

No início deste estudo foi realizada uma pesquisa e recolha bibliográfica temática em diferentes bases de dados, centrada nas palavras *burnout*, *teachers*, *self-efficacy*.

Após a realização dum pré-teste, o presente estudo foi submetido a aprovação da Direcção-Geral da Inovação e do Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação. Os questionários desta

investigação estavam incluídos num protocolo mais vasto que incluía outras variáveis, sendo solicitada autorização aos autores portugueses das escalas utilizadas.

Assim, a recolha de dados foi feita através de questionários de auto-relato, sendo os questionários administrados de forma individual após o consentimento informado do participante e respeitando as normas propostas pelos autores.

Após a recolha dos dados, estes foram analisados e tratados a partir do software IBM-SPSS Statistics (v. 19.0.1, SPSS Inc, Chicago, IL) sendo inicialmente efectuada uma análise descritiva das variáveis sócio-demográficas e profissionais. Uma vez que a amostra não apresenta distribuição normal, realizaram-se correlações de Spearman e o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis pelo menos ordinais que tinham dois ou mais grupos (Maroco, 2010). Foram utilizados níveis de significância de .01 e .05 para as correlações de Spearman e .05 no que diz respeito às restantes conclusões.

RESULTADOS

Em geral, os professores desta amostra apresentaram baixos níveis médios Ansiedade ($M=.37$; $DP=.44$), *Stress*, ($M=.89$; $DP=.60$), Depressão ($M=.53$; $DP=.59$) e *Burnout* ($M=2.30$; $DP=.58$) e valores altos de Auto-eficácia Geral, observando-se os valores mais altos na Eficácia Perante a Adversidade ($M=5.9206$; $DP=.75$).

Nas dimensões do *Burnout* destacam-se níveis elevados de *Stress* de Papel ($M=2.85$; $DP=.72$), Condições Organizacionais ($M=2.78$; $DP=.52$), Falta de Reconhecimento Profissional ($M=2.86$; $DP=.95$), Falta de Realização ($M=2.91$; $DP=.71$) e Supervisão ($M=2.95$; $DP=.69$), sendo o valor mais elevado o presente nesta última.

Verificaram-se também correlações negativas entre o *Burnout* e a Auto-eficácia ($p=.001$ para Iniciação e Persistência, $p=.001$ para Eficácia Perante a Adversidade e $p=.001$ para Eficácia Social, respectivamente e com $p < .01$), sugerindo-a enquanto variável mediadora, assim como que professores em *Burnout* se encontram mais propensos a desenvolver elevados níveis de Ansiedade, Depressão e *Stress* (respectivamente $p=.001$, $p=.001$ e $p=.001$ para $p < .01$).

Como se pode observar no quadro seguinte (Quadro 1) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em termos de ansiedade, exaustão emocional, *burnout* e preocupações profissionais em função de leccionar a alunos com necessidades educativas especiais (valores mais elevados em professores que leccionam a alunos com NEE).

Quadro 1: Diferenças em função de leccionar a alunos com NEE (n=325)

	Alunos com NEE	N (%)	Média das Ordens	Teste K-W (p<0.05)	Graus de Liberdade	p
Ansiedade	[0]	110 (33.8%)	.3091	7.461	2	.02
	[1-4]	167 (51.4%)	.4053			
	[5-8]	48 (14.8%)	.4111			
Exaustão Emocional	[0]	110 (33.8%)	1.9227	6.012	2	.04
	[1-4]	167 (51.4%)	2.1446			
	[5-8]	48 (14.8%)	2.1071			
Burnout	[0]	110 (33.8%)	2.1890	8.591	2	.01
	[1-4]	167 (51.4%)	2.3519			
	[5-8]	48 (14.8%)	2.3588			
Preocupações	[0]	110 (33.8%)	2.0283	6.054	2	.04
	[1-4]	167 (51.4%)	2.2631			
Profissionais	[5-8]	48 (14.8%)	2.1497			

DISCUSSÃO

Em geral, os professores desta amostra apresentaram baixos níveis médios de *Burnout*, *Stress*, Ansiedade e Depressão e valores altos de Auto-eficácia Geral, resultados análogos aos obtidos noutros estudos (Prieto Ursúa & Bermejo Toro, 2006; Rita et al., 2010;).

Os valores médios mais elevados em termos de Condições Organizacionais, Stress de Papel, Falta de Reconhecimento Profissional, Falta de Realização sugerem que os professores vêem os recursos como inadequados (Brissie et al., 1988) e percebem falta de condições da escola, podendo utilizar estratégias como a rotina ou o absentismo laboral para aliviar a tensão exercida (Kyriacou, 1998), nomeadamente em relação ao Stress de Papel (Moreno-Jiménez et al., 2000). De facto, a exigência dos papéis multifacetados impostos ao professor, nomeadamente a esperada gestão de relações com toda a comunidade escolar, torna-se um factor de risco para o desenvolvimento de stress relacionado com o papel. A dimensão Supervisão foi a que apresentou maiores níveis médios neste estudo, o que remete para a importância do apoio superior (Burke & Greenglass, 1993). Outro resultado interessante de destacar é o facto de se encontrarem valores médios mais elevados em três dos quatro antecedentes do *burnout*, o que sugere que estes professores se encontram em maior risco de poder desenvolver esta síndrome (Moreno-Jiménez et al., 2000).

Os resultados sugerem também que a Ansiedade, o *Stress*, a Depressão e o *Burnout* estão associados entre si, sendo que professores ansiosos, com depressão ou em *stress* podem estar mais

propensos a desenvolver a síndrome de *burnout* e vice-versa. Acresce professores de alunos com NEE apresentam níveis mais elevados de ansiedade, preocupações profissionais, exaustão emocional e *burnout*, o que poderá estar relacionado as responsabilidades e exigências, em paralelo com a falta de formação especializada. Neste sentido, urge que esta mudança da perspectiva educacional não se cinja a auxiliar somente os alunos com NEE mas sim que envolva e apoie toda a comunidade escolar, nomeadamente professores, pessoal administrativo e os restantes alunos (Mantoan, 2003)

Em suma, adquire uma elevada pertinência ter atenção aos sintomas de alerta deste fenómeno idiossincrático, sensibilizando e motivando estes profissionais para que se percepcionem como agentes activos de mudança no contexto educativo e pedagógico. Sugere-se a exploração das necessidades reais da população de forma a se poderem desenhar e estruturar programas de intervenção preventivos e adequados, assim como uma promoção lata do desenvolvimento pessoal e organizacional através dos Serviços de Saúde Ocupacional.

REFERÊNCIAS

- Ainscow, M. (1998). Educação para todos: Torná-la uma realidade. In M. Ainscow, G. Porter, & M. Wang, *Caminhos para as escolas inclusivas* (pp. 13-31). Lisboa: Iie.
- Boyle, G. J., Borg, M. G., Falzon, J. M., & Baglioni Jr., A. J. (1995). A structural model of the dimensions of teacher stress. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 49-67.
- Brissie, J. S., Hoover-Dempsey, K. V., & Bassler, O. C. (1988). Individual, situational contributors to teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 82(2), 106-112.
- Brouwers, A., Evers, W. J. G., & Tomic, W. (2001). Self-efficacy in eliciting social support and burnout among secondary-school teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(7), 1474-1491.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. (1993). Work stress, role conflict, social support, and psychological burnout among teachers. *Psychological Reports*, 73, 371-380.
- Capelo, M., Pocinho, M., & Jesus, S. (2009). Stress, estratégias de coping e auto-eficácia em professores. *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*, (pp.643-658).
- Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Carlotto, M. S. (2002). A síndrome de burnout e o trabalho docente. *Revista Psicologia em Estudo*, 7(1), 21-29.
- Chan, D. W., & Hui, E. K. P. (1995). Burnout and coping among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 15-25.

- Durán, M. A., Extremera, N., Motalbán, M., & Rey, L. (2005). Engagement y Burnout en el ámbito docente: Análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 145-458.
- Gold, Y., & Roth, R. (1993). *Teachers managing stress and preventing burnout. The professional health solution*. London, England: The Falmer Press.
- Kyriacou, C. (1998). Teacher stress: Past and present. In J. Dunham, & V. Varma (Eds.), *Stress in teachers: Past, present and future* (pp. 1-13). London, England: Whurr.
- Lopes, A. (2001). *Mal-estar na docência? Visões, razões e soluções*. Porto: ASA Editores.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation.
- Mantoan, M. T. (2003). *Inclusão Escolar: O que é? Porquê? Como fazer?* São Paulo: Moderna, 59-91.
- Marques Pinto, A., Lima, M. L., & Lopes da Silva, A. (2003). Stress profissional em professores portugueses: Incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Moreno-Jiménez, B., Hernández, E. G., & Gutiérrez, J. L. G. (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: El CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(1), 331-349.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Prieto Ursúa, M., & Bermejo Toro, L. (2006). Contexto laboral y malestar docente en una muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(1), 45-74.
- Punch, K. F., & Tuettemann, E. (1990). Correlates of psychological distress among secondary school teachers. *British Educational Research Journal*, 16, 369-382.
- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In L. Almeida, & I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 163-176). Braga: APPORT.
- Rita, J. S., Patrão, I., & Sampaio, D. (2010). Burnout, stress profissional e ajustamento emocional em professores portugueses do ensino básico e secundário. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1151-1161.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.

Strassmeier, W. (1992). Stress amongst teachers of children with mental handicaps. *International Journal of Rehabilitation Research*, 15(3), 235-239.

EDUCAÇÃO SEXUAL E A FORMAÇÃO DE PROFESSORES: UMA PROPOSTA NO ENSINO A DISTÂNCIA PARA AS REALIDADES PORTUGUESA, ESPANHOLA, BRASILEIRA E ARGENTINA

*GRAZIELA RAUPP PEREIRA 1,2, RUI MARQUES VIEIRA 1, SONIA MARIA MARTINS DE MELO 3
& ISABEL CHAGAS 4*

O reconhecimento da educação sexual como componente fundamental do direito à educação e da reflexão sobre temas da sexualidade humana em meio escolar, representam momentos relevantes na história da saúde sexual dos jovens, bem como na formação inicial dos docentes sobre a temática (Melo, 2006; Pereira, et. al., 2010). Neste contexto, um regime de aplicação da Educação Sexual Intencional nas instituições de Ensino Superior constituirá mais um passo determinante para a saúde sexual como direito à informação científica.

Associada a essas questões emerge outra que se refere à formação de docentes em Educação Sexual para trabalhar com seus alunos. Todos esses questionamentos estão presentes no dia-a-dia da sala de aula onde os professores se confrontam com a realidade escolar. Desta forma, as instituições de ensino têm sido confrontadas diariamente, no intuito de tornar a questão da educação sexual e, nela a prevenção das DST/AIDS e a gravidez não planejada, entendida como um direito à saúde sexual, desmistificando preconceitos e tabus existentes na educação das pessoas (Figueiró, 2006; Melo, 2007; Pereira, et. al. 2010).

Os Direitos Sexuais são Direitos Humanos fundamentais e universais (Was, 2000). As proposições constantes na Declaração do Milénio (2000) das Nações Unidas e reafirmados na Conferência do Cairo (1994) e Declaração de Yogyakarta (2006) para a melhoria da educação e da saúde vêm conferir de importância a temática que envolve este estudo por trazer como eixos a educação sexual intencional e suas formas plurais de existir, a docência e sua formação como meio de superação aos silenciamentos nos currículos escolares e seus desdobramentos socioculturais viabilizadores de uma possível educação emancipatória e de promoção da saúde sexual e reprodutiva.

1 -Universidade de Aveiro; 2- Universidade do Estado de Santa Catarina; 3-Universidade de Lisboa; 4-Fundação Portuguesa
“A Comunidade contra a SIDA”

Sendo a educação sexual, hoje, concebida como sendo objeto de aprendizagem e uma das componentes do processo educativo global, integrado numa perspectiva de educação para a saúde (López, 2005), cabe ressaltar que estudos abordam que são poucas as instituições educacionais que oferecem conhecimentos propostos intencionalmente no currículo nessa área e apontam o despreparo ou a dificuldade dos docentes para exercer essa tarefa (Louro, 2000; Melo, 2007).

O que não é diferente em outros estudos (Reis, et. al., 2009; Sampaio, 2006; Vilar, 2006) que revelam que os docentes, quando indagados a respeito do tema, não escondem a sua desinformação e falta de preparação para atuar com sensibilidade pedagógica nesse tema, já que são sempre, saibam ou não, queiram ou não, educadores sexuais. Por essa vertente, a proposta de inclusão da educação sexual retoma com grande intensidade, fomentando a necessidade de profissionais qualificados para abordarem esta temática nas escolas.

Em Portugal, Espanha, Brasil e Argentina, a implantação da educação sexual como disciplina obrigatória nos currículos escolares, como espaço de reflexão e debates é mínima, sendo poucas as experiências. Aliada a essas questões emerge outra que se refere à formação de docentes em educação sexual para trabalhar com seus alunos. Todos esses questionamentos estão presentes no dia-a-dia da sala de aula onde os docentes se confrontam com a realidade escolar.

Nesse sentido, surgem os desafios desta proposta em ampliar e aprofundar na produção de novas metodologias em educação sexual com o uso das novas tecnologias de informação e comunicação no Ensino a Distância (EaD), de modo a conferir maiores progressos científicos nesta área. Entretanto, os resultados dos modelos de formação preconizados poderão ser influenciados pelas diferenças culturais (Candau, 2005; Foucault, 1998; Morgade, 2008; Nóvoa, 1995).

Uma Proposta no Ensino a Distância....

O Ensino Superior, enquanto espaço de partilha de conhecimentos, culturas, valores, transformações e desenvolvimento de competências pode e deve ser um lugar para a formação de docentes em educação sexual emancipatória intencional. Conscientemente ou não, no seu movimento diário, a influência dos docentes sobre a sexualidade quer através de ações de fiscalização quer de julgar atos inapropriados ou através das formas mais variadas, como a omissão de informações e à imposição de seus princípios, valores, preconceitos, crenças e mitos.

Relativamente à dimensão da nossa investigação emerge do nosso estudo uma proposta em Ensino a Distância (EaD) de educação sexual intencional como direito à informação, bem como à promoção da saúde sexual de portugueses, espanhóis, brasileiros e argentinos. Portanto, propomo-nos: (i) buscar quais concepções de educação sexual emancipatória e intencional devem integrar uma formação inicial de docentes no EaD, como direito à informação; (ii) possibilitar aos participantes uma discussão sobre os processos de formação e práticas docentes sobre o direito do aluno à informação, à promoção de saúde sexual e reprodutiva; (iii) perceber as marcas deixadas na construção dos

docentes, enquanto sujeitos sexuais, e as influências nas suas práticas pedagógicas; (iv) verificar até que ponto a lei em educação sexual em meio escolar nos países envolvidos nesta investigação contribui para a efetivação do processo ensino-aprendizagem dos alunos na promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista as diferenças de contexto social, histórico e cultural dos quatro países; (v) implementar estratégias eficazes na área da educação sexual visando práticas educativas emancipatórias e intencionais, com o uso de ferramentas em EaD, como uma proposta curricular de formação inicial de docentes; (vi) acompanhar a aplicação dos procedimentos subjacentes às tarefas anteriormente citadas e avaliar os resultados e suas implicações; (vii) comparar os efeitos destas ações em futuros docentes portugueses, espanhóis, brasileiros e argentinos.

Tendo em conta os fundamentos político pedagógico citado, pretendemos fazer um estudo correlacional e longitudinal sobre a formação inicial de docentes em educação sexual no Ensino a Distância e o seu impacto na prática pedagógica e no desenvolvimento curricular, comparando as realidades: portuguesa, espanhola, brasileira e argentina. Desta forma, persiste realizar um trabalho constante com os futuros docentes relativamente à educação sexual, alicerçada e de acordo com exemplos de intervenção empiricamente validados e a validar neste estudo.

Ambicionamos aferir a suposição global de que ampliaremos a conscientização dos sistemas de formação, relativamente à importância da educação sexual emancipatória e intencional na formação inicial dos docentes, visando à construção de um processo sistemático de reflexão e debate sobre o direito à informação e à promoção de saúde sexual e reprodutiva.

A metodologia se pautará na investigação/ação, de natureza correlacional e longitudinal, com uso de ferramentas em EaD.

Em cada país serão selecionadas duas Universidades públicas que tenham aceite participar no estudo. Não pretendemos fazer um levantamento exaustivo da temática em questão, mas desenvolver uma investigação que nos forneça informações que permitam caracterizar o ensino da formação inicial dos docentes em educação sexual mais em profundidade do que em extensão. Optamos por um estudo comparativo entre os quatro países tendo em vista as diferenças de contexto social, histórico e cultural. Nesse sentido, estamos considerando que o tema em questão está contemplado como legislação vigente na Argentina desde o ano de 2006 (*Ministerio Educación Buenos Aires*, 2009), em Portugal desde Agosto de 2009 (Ministério de Educação de Portugal, 2009) e em Espanha desde Março de 2010 (*Boletín Oficial Del Estado*, 2010). Cabe ressaltar que no Brasil, até então, não existe uma lei, sendo o tema encontrado nos Parâmetros Curriculares Nacionais (Brasil, 1997).

A amostra deste estudo será constituída por alunos universitários em formação para docente na modalidade em EaD dos cursos de Licenciatura de Educação Básica, sendo uma amostra intencional de cento e cinquenta sujeitos de cada país, num total de seiscentos sujeitos. Assim sendo, este projeto contempla o recrutamento, em cada um dos países, de setenta e cinco alunos, em formação para

docente de cada universidade; um estudo da legislação vigente sobre a temática em meio escolar, bem como um levantamento das concepções e representações de educação sexual e das necessidades formativas sentidas pelos futuros docentes no domínio promoção da saúde sexual e reprodutiva; o planejamento de uma proposta curricular/ação de formação inicial para docentes; execução da ação de formação como campo articulado de prática e investigação; avaliação da formação, com monitorização do impacto da formação inicial; proposta final de um modelo de formação inicial de docentes nas áreas da educação sexual, e nela a promoção para a saúde sexual e reprodutiva.

Serão utilizados na investigação, instrumentos de análise quantitativa e qualitativa, de acordo com as seguintes etapas de investigação: aplicação de um questionário de auto-avaliação das concepções de educação sexual emancipatória e intencional na formação inicial de docentes no EaD, como direito à informação, dos quatro países (Portugal, Espanha, Brasil e Argentina); aplicação de uma ação de formação (4 sessões) com futuros docentes tendo em conta uma discussão sobre os processos de formação e práticas docentes sobre o direito do aluno à informação, à promoção de saúde sexual e reprodutiva, com o uso de ferramentas em EaD, como uma proposta curricular de formação inicial de docentes e acompanhamento dos procedimentos subjacentes às tarefas anteriormente citadas e avaliação dos resultados e suas implicações, comparando os efeitos destas ações em futuros docentes portugueses, espanhóis, brasileiros e argentinos.

Dentro do plano das sessões com os futuros docentes estão previstos 4 encontros, a saber: sessão 1 (modalidade presencial): discussão dos objetivos e metodologia da ação de formação com a utilização de técnicas de dinâmica de grupos para a socialização dos participantes; bem como a utilização da ferramenta online; sessão 2 (modalidade a distância): Fórum de debates com os participantes sobre os processos de formação e práticas docentes na área da sexualidade, sobre o direito do aluno à informação, à promoção de saúde sexual e reprodutiva, de mecanismos de transmissão sexual de doenças e de comportamentos imunogênicos e patogênicos; sessão 3 (modalidade a distância): Desenvolvimento de competências na educação sexual com o uso de ferramentas inovadoras na EaD, tendo em conta as diferenças de contexto social, histórico e cultural dos quatro países e sessão 4 (modalidade a distância): Fórum de debate com os alunos (futuros docentes) sobre as contribuições da ação na formação inicial em educação sexual e avaliação da sua participação.

A análise dos dados será descritiva e inferencial dos dados quantitativos (SPSS) e através da análise de conteúdo (Nvivo). Com vista a uma maior solidez científica e abrangência dos resultados, utilizar-se-á por fim, a técnica da triangulação. Através desta técnica, procurar-se-á reunir as informações divergentes e convergentes, considerando as categorias de análise e inferência das informações que serão apreendidas, servindo para a máxima abrangência na descrição, explicação, compreensão dos conteúdos coletados, integralidade e validação dos resultados (Kelle, 2001; Risjord et al., 2002).

Como resultados esperados, pretendemos: identificar as concepções integrantes na educação sexual intencional na formação inicial de docentes, como direito à informação para a promoção da saúde sexual e reprodutiva e a necessidade de formação sobre a temática no EaD; sugerir estratégias de formação junto dos futuros docentes, para melhor lidar com a questão da educação sexual com seus futuros alunos; especificar as contribuições relativas a lei em educação sexual em meio escolar nos países envolvidos nesta investigação; implementar estratégias eficazes na área da educação sexual visando práticas educativas emancipatórias e intencionais, com o uso de ferramentas em EaD, como uma proposta curricular de formação inicial de docentes; verificar se as diferenças culturais dos quatro países (Portugal, Espanha, Brasil e Argentina) influenciam a eficácia da formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentar responder a uma lacuna constatada por diversos autores que referem que, sobretudo a formação inicial carece de propostas curriculares que inscrevam as questões da promoção da saúde sexual, a partir de um articulado de investigação e formação inicial em EaD em quatro países (Portugal, Espanha, Brasil e Argentina), constitui um aspecto inovador deste trabalho.

Na realidade, o processo de implementação da educação sexual nas escolas ainda apresenta várias dificuldades. Uma delas tem a ver com o carácter holístico da educação sexual que ainda representa um grande desafio para os professores. Por outro lado, ainda não existem na grande parte das universidades, disciplinas/ programas de educação sexual, envolvimento e motivação da instituição e pessoal docente, planos de formação de professores com as devidas orientações ao nível das metodologias a adotar e conteúdos a ser abordados e fornecimento dos recursos materiais necessários para que o processo se possa efetivar. Os documentos de política educativa são ainda ambíguos, insuficientes e desajustados da prática. Sabe-se que é preciso uma mudança de comportamento e atitudes por parte de todo o sistema educacional, e que esta demandará de tempo, devido às posturas e às condutas adotadas histórica e culturalmente na nossa sociedade.

Entendemos que esta proposta insere-se num entendimento amplo do direito dos alunos/professores à informação científica correta que lhes permitirá uma vida saudável e cidadã. Desta forma, espera-se que este estudo se constitua numa mais valia para os futuros professores de Portugal, Espanha, Brasil, Argentina e que venha a contribuir para corroborar outras vozes relativas à importância de se desenvolverem formações para professores em educação sexual intencional, nas mais diversas áreas educacionais.

REFERÊNCIAS

- Brasil (1997). Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: pluralidade cultural, orientação sexual/ Secretaria de Educação Fundamental*. Brasília: MEC/SEF.
- Boletín Oficial Del Estado (2010). Jueves 4 de Marzo de 2010, Sec.I. Espanha: Madrid, Núm. 55, 21002 – 21014.
- Candau, V. M.. (2005). *Rumo a uma nova didática* (16ª Ed). RJ: Editora Vozes.
- Figueiró, M. N. D. (2006). *Formação de educadores sexuais: adiar não é mais possível*. Campinas, SP: Mercado de Letras.
- López, F. (2005). *Educación Sexual*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Louro, G. L. (2000). *Currículo, Género e Sexualidade*. Portugal: Porto Editora.
- Kelle, U. (2001). Sociological explanations between micro and macro and the integration of qualitative and quantitative methods. Forum: *Qualitative Social Research*, 2 (1 - February).
- Melo, S. M. M. 9 (2008). Produção de novas metodologias e de materiais pedagógicos em educação sexual com o uso das novas tecnologias de informação e comunicação. In: Cláudio Benedito Gomide de Souza; Paulo Rennes Marçal Ribeiro (Org.). *Política, Gestão Educacional e Formação de Educadores: contribuições ibero-americanas para a educação* (1 Ed). Araraquara: Araraquara: FCL-UNESP Laboratório Editorial: Alcalá de Henares: Universidade de Alcalá, v. 1, 187.
- Melo, S. M. M. (2007). Formação do Educador a distância: interfaces com a educação sexual. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 18, 417-428.
- Melo, S. M. M., Brasil, C. S. D., & Freitas, M. (2006). Uma contribuição à formação de educadores: a inserção curricular da disciplina Educação e Sexualidade no Curso de pedagogia, na modalidade a distância, no CEAD/UDESC. In: Mary Neide Damico Figueró, Paulo Rennes Marçal Ribeiro. (Org.). *Sexualidade, cultura e educação sexual: propostas para reflexão*. Araraquara: Cultura Acadêmica, Laboratório Editorial da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP, 197-210.
- Melo, S. M. M. (2004). *Corpos no Espelho. A percepção da corporeidade em professoras*. Campinas, São Paulo: Mercado Letras.
- Ministério de Educação de Portugal (2009). *Diário da República, 1.ª série — N.º 151 — 6 de Agosto de 2009* ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto.
- Ministerio Educación (2009). *Educación Sexual em El Nivel Médio/ coordinado por Sandra Di Lorenzo*. 1ª Ed. – Buenos Aires:– Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

- Morgade, G. A. (2008) Educación, relaciones de género y sexualidad: caminos recorridos, nudos resistentes. In: Villa, Alejandro (comp.) *Sexualidad, relaciones de género y de generación: perspectivas histórico-culturales en educación*. Buenos Aires: Noveduc.
- Nóvoa, A. (1995). Formação de professores e profissão docente. In: Nóvoa, A. (Org.). *Os professores e sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 15-33.
- Pereira, G. R., Silva, C. F., Melo, S. M. M., & Weiss, M. (2010). A Educação Sexual Intencional: uma proposta em EaD para as realidades Brasil, Portugal e Argentina. In: *Congresso Iberico Ensino Superior em Mudança: Tensões e Possibilidades*, (pp. 119-124). Braga: Universidade do Minho,.
- Risjord, M. W., Dunbar, S. B., & Moloney, M. F. (2002). A new foundation for methodological triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 34 (3), 269-275.
- Reis, M. A., Ferreira, A. G., Rabelo, A., Pereira, G. R., & Pinheiro, M. do R. (2009). Gender, sexuality and culturality on teachers' training and practices in Portugal and Brazil. In: *Teaching and Learning*. Retrieved from www.iask-web.org/tl09/programme.html
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar*. Editorial Caminho, Lisboa.
- Vilar, D. (2006). Educação Sexual nas Escolas: um tema polémico? *Educação Sexual em Rede*, 2, 1-2.
- Was (2000). *Declaração dos direitos sexuais como direitos humanos*. Hong-Kong: WAS.

SAÚDE NA ESCOLA: AÇÕES DA PSICOLOGIA NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DOS SUJEITOS

ANA PAULA PETRONI 1, & VERA LUCIA TREVISAN DE SOUZA 2

O presente texto apresenta algumas reflexões derivadas de uma pesquisa de doutorado em andamento, em que se busca investigar a qualidade das relações na escola como produtoras de ambientes saudáveis favorecedores do desenvolvimento das pessoas. Focaliza, em específico, a equipe gestora, entendida como mediadora dos processos escolares, podendo intervir no ambiente caso desenvolva consciência sobre a importância de seu papel na promoção de um ensino de qualidade, o qual inclui relações saudáveis.

Essa investigação se dá no campo da Psicologia Escolar/Educacional e toma como base a Psicologia Histórico-cultural, por entendê-la como aporte que oferece lastro à compreensão do papel das relações e da mediação no desenvolvimento do sujeito. Intitulada “O Código de Acesso da Psicologia Escolar: trilhando caminhos com a equipe gestora”, a pesquisa se desenvolve em uma escola da rede municipal de ensino do município de Campinas, estado de São Paulo, Brasil, que tem sido campo de investigação e intervenção do grupo de pesquisa Processos de Constituição do Sujeito em práticas educativas, ao qual este estudo se vincula, já há cinco anos.

Ao longo de nossa permanência na escola temos observado que uma de suas principais demandas diz respeito a questões afetivas, isto é, a forma como os afetos influenciam as relações estabelecidas na escola. Pudemos observar a ausência de diálogo entre os sujeitos, sobretudo no enfrentamento dos conflitos existentes: falava-se muito dos problemas na escola, mas não com as pessoas envolvidas neles.

Wallon (1979) entende a escola como sendo um meio, que deve ser entendido como o conjunto das condições que permitem o desenvolvimento e a existência dos sujeitos, sendo exemplos, a família, a escola, o meio natural. Portanto, são vários os meios em que o sujeito se insere ao longo de seu desenvolvimento, levando-se em consideração que ele já nasce inserido em um meio social, de cujas produções culturais se apropriará ao longo de seu desenvolvimento.

1 - Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Financiamento: CAPES; 2 - Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Vigotski (2010) também ressalta a importância de considerar o meio como fonte do desenvolvimento humano, isto é, o meio não assume a prevalência no processo de constituição do sujeito no sentido de determinar sua constituição, mas é **fonte** de seu desenvolvimento, ou seja, é onde o sujeito encontra o que precisa para se desenvolver. Contudo, a relação do sujeito com o meio nesse processo dependerá da maneira singular como ele vivencia determinada situação social, o que, por sua vez, depende da qualidade das mediações feitas pelo outro. Nas palavras do autor:

...o meio, nesse caso configurado como uma situação concreta, também sempre se encontra representado numa certa vivência. Por isso, nós temos o direito de estudar a vivência como uma unidade de elementos do meio e de elementos da personalidade [e nós acrescentaríamos da consciência]. E justamente por isso a vivência consiste num conceito que nos permite, na análise das regras do desenvolvimento do caráter, estudar o papel e a influência do meio no desenvolvimento psíquico da criança [e do adulto, também] (p. 687).

Assim, podemos dizer que a escola e a educação, ao proporcionarem o desenvolvimento do sujeito, podem ser consideradas como meios privilegiados para a promoção da saúde.

O Ministério da Saúde do Brasil, em documento intitulado Política Nacional de Promoção à Saúde, de 2006, considera que as mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que vem se intensificando neste início de século XXI, têm produzido grandes mudanças na vida em sociedade, as quais repercutem na saúde como uma das esferas da vida dos homens.

Entende o documento, que essas mudanças tornaram mais importante o cuidado com a vida, de modo a reduzir a vulnerabilidade ao adoecimento e ao sofrimento crônico da população brasileira. Também se evidencia no documento uma nova visão do que se entende por saúde:

A análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. (Brasil, Política Nacional de Promoção à Saúde, 2006, p. 05 – grifo nosso)

Logo, ao admitir que a saúde é um processo construído no e pelo social, que sofre a interferência de vários aspectos presentes na vida das pessoas, o Ministério da Saúde dá um grande passo para uma abordagem mais integradora da saúde, tirando-a do âmbito meramente físico e biológico e inserindo-a nas mais diversas esferas da vida social, reconhecendo os contextos sociais, sobretudo o socioeconômico, como produtor de adoecimento.

Segundo consta no documento, no Brasil há vários aspectos que determinam a relação saúde-adoecimento e que carecem de intervenção, tais como: violência, desemprego, más condições de trabalho ou de escolarização, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada,

difficuldade de acesso à educação de qualidade, fome, urbanização desordenada, etc. No entender do referido documento, os modos de viver têm sido abordados de uma perspectiva individualizante e fragmentária, o que coloca os sujeitos e as comunidades como únicos responsáveis pelas suas condições de vida e pelo processo saúde-doença que vivenciam.

Essa visão de saúde que integra os aspectos biológicos e psicossociais do sujeito permite pensá-la em relação ao desenvolvimento humano, entendido como processo de construção contínua e permanente, ao longo da vida do sujeito, que decorre de uma organização complexa, que envolvem componentes intra-orgânicos e do meio físico e social. (Papalia e Olds, 2000)

Com base nesta visão é que entendemos a escola como promotora do desenvolvimento humano e, como tal, deve se constituir como espaço de cuidado e promoção da saúde.

Assume-se, então, o conceito de saúde da perspectiva da Psicologia, sobretudo a partir das ideias de Gonzalez Rey (2004, 2005), que a entende como um processo qualitativo, complexo, multidimensional, contraditório e ativo, que inclui o funcionamento do sistema somático e mental de maneira sistêmica e inseparável e pressupõe três aspectos básicos: o bem-estar, que implica sentir-se motivado para a vida e com interesses definidos em relação às pessoas e às atividades; o autocontrole, que pressupõe hábitos saudáveis e o envolvimento com atividades concretas e, por último, a capacidade para responder aos desafios do momento, de modo a desenvolver as capacidades biológicas, psicológicas e sociais, ou seja, lidar com a frustração.

É justamente a frustração o sentimento que emerge nas escolas públicas brasileiras com maior frequência: por parte dos professores, que se sentem impotentes frente à complexidade que enfrentam no seu cotidiano, dos alunos, frente ao seu desempenho na aprendizagem, ou dos gestores, que não conseguem exercer sua liderança de maneira satisfatória. É também a ausência de bem-estar que observamos em nossas pesquisas, sempre em escolas públicas do Estado de São Paulo, Brasil, sobretudo no que concerne à motivação e ao interesse desses sujeitos, além da dificuldade que apresentam para enfrentar os desafios de sua prática, chegando, muitas vezes, ao adoecimento, no caso dos professores e gestores, e à evasão, no caso dos alunos.

Essas constatações têm nos levado a propor ações específicas do Psicólogo nas escolas de modo a intervir nas relações visando a torná-las mais saudáveis, o que implica compreender as condições que são vivenciadas pelos diversos sujeitos e de que modo elas influenciam suas ações – o trabalho dos gestores, professores, e a aprendizagem dos alunos, ou seja, seu desenvolvimento. O que se busca é promover espaços em que o sujeito possa emergir enquanto tal, expressando seus pensamentos e afetos de modo que possam refletir sobre as condições materiais de suas vidas pessoais e profissionais, desenvolvendo maior consciência de seu papel.

MÉTODO

Iniciamos nossa investigação e intervenção nessa escola em abril de 2010 e, ao longo do ano letivo, realizamos 23 encontros. Participaram dos encontros os membros da equipe gestora (um diretor, dois vice-diretores, e dois orientadores pedagógicos— 5 sujeitos no total). Nem sempre havia a presença de todos, impedidos por situações do cotidiano da escola ou de suas condições materiais de vida. Nesses encontros realizamos atividades que envolviam o que denominamos de materialidades mediadoras (algumas expressões artísticas que utilizamos em nossa ação com grupos têm sido chamada por nós de materialidades mediadoras. “Materialidades porque se trata de símbolos da cultura, mais precisamente a arte, e mediadoras porque acreditamos que seu uso pode acessar a subjetividade dos sujeitos, favorecendo sua expressão e promovendo o desenvolvimento da consciência de si e do outro” (Souza, Petroni & Dugnani, 2011)), suscitando discussões que giravam em torno das demandas apresentadas pelos sujeitos e enfrentadas no dia a dia da escola. Esses encontros tinham a duração média de 1h30. Algumas vezes levávamos a materialidade já pronta, quando apresentávamos músicas, textos literários, poesias, imagens, e em outras pedíamos que eles produzissem algo, de acordo com o assunto discutido, oferecendo-lhes como material biscuit (massa de modelar branca usada em artesanato), cartolinas, cola, tintas, etc.

Todos os encontros foram gravados em áudio e, dessas gravações, elaboraram-se sínteses que eram lidas no início do encontro seguinte e traziam, além das informações sobre o encontro anterior, os sentidos que, do ponto de vista das pesquisadoras, haviam sido configurados no encontro. Esse movimento permitiu que os sujeitos olhassem para o que realizávamos de um modo diferente e permitiu que novos sentidos fossem configurados, já que eles acessavam essas informações. Ao todo contamos com 20 sínteses, pois algumas vezes não foi possível realizar essa produção. Foram realizadas, também, entrevistas semiestruturadas com todos os sujeitos.

A seguir, a caracterização dos sujeitos (os nomes utilizados são fictícios):

Sujeitos	Caracterização
Marcos	Diretor nessa escola há sete anos. Formado em História e Filosofia.
Estevão	Exerce a função de vice-diretor há dois anos, sendo sua primeira experiência na função. Chegou a frequentar o seminário, mas desistiu, formando-se em Pedagogia e Jornalismo. É responsável pelos períodos matutino/vespertino.
Ernesto	Chegou a ser vice-diretor em outra escola, mas acabou pedindo transferência, iniciando sua trajetória nessa instituição há seis anos. Formou-se em pedagogia. Responsabiliza-se pelos períodos vespertino/noturno.
Ângelo	Orientador pedagógico há 7 anos nessa escola, responsável pelo período matutino. Formado em Pedagogia.
Beatriz	Formada em Letras e Pedagogia exerce a função de orientadora pedagógica há 1 ano.

Abaixo, uma síntese de como os dados se organizaram:

Encontros realizados	Sínteses produzidas	Materialidades mediadoras utilizadas
23	20	Reproduções de obras de arte e fotografias artísticas, textos literários, poesias, músicas, clipes musicas, trechos de filmes e documentários.

O trabalho com a equipe gestora

Nossa tese é que se partirmos do pressuposto de Vigotski (2007, 1934/2005) de que os sujeitos vão atribuindo significados e sentidos próprios na medida em que tomam contato, por meio da mediação feita pelo outro, com os conhecimentos e normas socialmente produzidos, podemos dizer que entrar em contato com materialidades mediadoras que possam disparar reflexões a respeito do que a equipe gestora vive em seu cotidiano deve resultar em transformações nas condutas dos atores escolares, contribuindo, assim, para um desenvolvimento mais saudável.

Porém, a experiência que tivemos nessa escola revelou que os conflitos de relações eram tão intensos que a tensão, as queixas e as dificuldades manifestadas pareciam impedir qualquer possibilidade de superação dos conflitos, o que estava gerando adoecimento e abandono do trabalho.

Ao longo desses cinco anos na escola, pudemos observar diversas mudanças na estrutura física: quadra coberta, laboratório de informática, laboratório de ciências, reforma da biblioteca, entre outros. Marcos reconhece essas mudanças:

Marcos disse que desde a sua entrada muitas coisas mudaram na escola, contudo nunca ouviu um elogio, porém todo dia ouve críticas. (Trecho da síntese do 19º encontro – 18 de outubro de 2010)

Apesar das mudanças, Marcos diz não ser reconhecido por isso, as críticas sobressaem-se aos elogios. Parece-nos que o não-reconhecimento do trabalho realizado na escola é o que impera, subjugando a capacidade dos sujeitos, e isso se reproduz em todos os espaços da escola: os professores também não reconhecem a capacidade de seus alunos e os gestores também não reconhecem o trabalho de seus professores. O que não se consegue fazer é colocado em evidência. Sempre falta algo, e nessa falta, surge a necessidade de agradar para que o trabalho seja realizado, como coloca Marcos, em uma fala apresentada anteriormente, de que enquanto faz o que o professor quer, por mais que não gostem dele, eles, em seu ponto de vista, produzem.

Porém, ao mesmo tempo ele se questiona:

“Suspende o aluno dois dias, deixa ele brincar em casa dois dias, que a hora que ele voltar, ele vai pegar dois dias que ele brincou para caramba, refletiu sobre a coisa dele, achou que o diretor era sério e o professor também. [...] Aí, chega o professor lá: “-Muito obrigado pela sua atitude.” Eu fico pensando comigo: “-Puxa vida, obrigado por eu mandar um

aluno fora da escola por dois dias? É complicado.” (Trecho da entrevista – fala de Marcos sobre sua ação)

Aqui, Marcos é pego pela contradição da escola: para que ela possa funcionar e para que o professor se sinta satisfeito, é preciso que o aluno, considerado indisciplinado, esteja fora dela. Mas, se colocamos os alunos para fora, com quem e para quem as atividades serão desenvolvidas? Podemos dizer que a grande questão, aqui, é o não enfrentamento de conflitos. Parece ser muito mais fácil colocar para fora aquilo que incomoda, do que enfrentá-lo e aprender com ele.

Se o propósito da escola é a apropriação da cultura como produção humana, como será educado esse aluno que é colocado para fora? Que meio é esse e quais as possibilidades de desenvolvimento que ele oferece a esses sujeitos, sejam eles gestores, professores ou alunos? Quais os sentidos que poderiam ser configurados? Pelo diretor, o de que para exercer sua autoridade, ele precisa ser autoritário com o aluno e complacente com o professor; o do professor, que frente a sua inabilidade em lidar com a diversidade, recorre ao diretor e foge de seu conflito; e, ainda, para o aluno, que ele não é aceito e o melhor é ser indisciplinado e ficar para fora. Situação essa reafirmada no seguinte trecho:

Estevão diz que para garantir minimamente a convivência, o gestor tem que fazer concessões. Fala ainda que na escola tem sempre alguém disposto a por a lenha na fogueira, buscando aliados para se fortalecer. (Trecho da síntese do 4º encontro – 10 de maio de 2010)

Alguém exerce sua autoridade somente quando esta é legitimada pelo outro (Souza, 2004), mas a que preço vem esta legitimação? Que tipo de concessão é preciso fazer para que o gestor seja reconhecido enquanto tal e para que sua autoridade seja respeitada? Ficamos com a impressão de que, para que haja um “coletivo” é preciso haver uma relação velada, em que não haja discordâncias, críticas e conflitos, ou seja, é o corporativismo se instalando como forma de funcionar dos atores da escola e não há autoridade possível neste movimento, só resta o autoritarismo praticado por todos os sujeitos.

Consideramos a escola um espaço coletivo em que seus atores deveriam constituir-se como um grupo, para que essa coletividade fosse exercida. Sabemos que a liderança de um grupo faz toda a diferença e esse papel é da direção. Ela é fundamental para o estabelecimento do coletivo, promover e garantir espaço para o estabelecimento do respeito mútuo, lidar com a diversidade existente, seja dos professores ou dos orientadores pedagógicos; logo, promovendo ações que possibilitem o desenvolvimento de relações saudáveis dos sujeitos que ali se inserem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa nossa investigação e intervenção constatamos que o papel desenvolvido pelo psicólogo apresenta-se como fundamental na promoção da saúde e bem-estar dos atores escolares. Estabelecer parcerias com a equipe gestora, estabelecer um processo de tomada de consciência de seu papel na escola e implicá-los com o contexto, pode possibilitar o desenvolvimento da escola como um todo para que seu papel social (ensinar os conhecimentos socialmente produzidos e formar sujeitos – não só os alunos – conscientes) seja cumprido. Auxiliá-los a lidar com as condições materiais que possuem e atuarem na busca por mudanças efetivas, desenvolvendo-os como autônomos, parece ser o papel do psicólogo dentro da escola, auxiliando na promoção de relações saudáveis.

REFERÊNCIAS

- Brasil (2006). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção à Saúde*.
- González Rey, F. (2005). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. (2004) *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis: Vozes.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Trad. Daniel Bueno. 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza, V. L. T. (2004). *A interação na escola e seus significados e sentidos na formação de valores: um estudo sobre o cotidiano escolar*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP .
- Souza, V. L. T., Petroni, A. P., & Dugnani, L. A. C. (2011). *A arte como mediação nas pesquisas e intervenção em Psicologia Escolar*. (no prelo).
- Vigotski, L. S. (2010). Quarta aula: a questão do meio na pedologia. *Psicologia USP*, 21(4), 681-701.
- Wallon, H. (1979) *A Psicologia e educação da criança*. Lisboa: Veja Editora.

VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO

FILIPA PIMENTA, ISABEL LEAL & JOÃO MAROCO

Em 2050, a percentagem de pessoas com mais de 60 anos crescerá de 10 para 21% (United Nations Secretariat, 2003); assim, é importante alargar o conhecimento sobre o que determina o bem-estar durante o processo de envelhecimento e quais as variáveis associadas ao funcionamento psicológico e físico óptimo nas mulheres (Franco et al., 2009). A pertinência desta exploração na população feminina em particular deve-se ao facto de as mulheres manifestarem uma série de queixas (de natureza variada) na meia-idade e que vão ter um impacto negativo no bem-estar (Dennerstein, Smith, & Morse, 1994).

O bem-estar subjectivo engloba a avaliação (positiva ou negativa) da vida do sujeito, incluindo efeitos positivos e negativos relativos a acontecimentos de vida, apreciações e emoções em termos da satisfação com a vida (incluindo no que respeita a domínios relevantes como a saúde, o trabalho, as relações, entre outros), interesses e compromissos (Diener & Ryan, 2009). Apesar de o bem-estar ser subjectivo (na medida em que concerne a uma experiência pessoal), as suas manifestações podem ser medidas de forma subjectiva. O constructo integra as dimensões de satisfação com a vida (avaliações gerais sobre a vida da pessoa e satisfação com domínios importantes, tais como trabalho e relações) e de afecto positivo e negativo (isto é, presença de humor e emoções agradáveis e de humor e emoções desagradáveis ou negativos) (Diener, 2000; Galinha, 2008). Desta forma, é necessário contar com instrumentos fiáveis e com qualidade, que permitam avaliar o bem-estar na população feminina de meia-idade.

MÉTODO

Participantes

No total, 1.003 mulheres com idades compreendidas entre os 42 e os 60 anos preencheram o questionário e instrumentos. As participantes tinham uma idade média igual a 50 anos ($DP=5,233$), a maioria tinha uma relação (70%), era profissionalmente activa (85%), tinha entre 9 a 12 anos de escolaridade (51%) e fruía de um rendimento familiar anual entre 10.001 e 37.500€ (51%). Cerca de 42% das participantes encontrava-se na fase de pós-menopausa.

Material

O bem-estar subjectivo foi avaliado pela Escala de Bem-estar Subjectivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004), constituído por 62 itens. O instrumento inclui a dimensão de afecto negativo e positivo (por exemplo, “Angustiado” e “Activa”) e cada item é avaliado numa escala tipo-Likert de 5 pontos (variando entre “nada” e “extremamente”); abrange ainda o domínio de satisfação com a vida (por exemplo, item 50, “Avalio a minha vida de forma positiva”), aferido numa escala de 5 pontos, cuja amplitude vai de “discordo completamente” a “concordo completamente”. Utilizou-se igualmente a subescala de depressão da Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), constituída por sete itens (por exemplo, “Senti que a vida não tinha sentido”), explorada numa escala tipo-Likert de quatro pontos (de “não se aplicou nada a mim” a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Adicionalmente, usou-se a uma subescala da Escala de Bem-estar Espiritual (Gouveia, Marques, & Pais-Ribeiro, 2009), nomeadamente, a subescala pessoal, constituída por 5 itens; este instrumento permite explorar quatro dimensões (bem-estar espiritual pessoal, comunitário, ambiental e transcendental) e as possibilidades de resposta variam entre “muito pouco” e “totalmente” (numa escala tipo-Likert de 5 pontos). Aplicou-se ainda um questionário sócio-demográfico para a caracterização da amostra.

Procedimento

Esta amostra comunitária foi maioritariamente recolhida através de estabelecimentos de ensino (primeiros ciclos, secundário e superior) e empresas na área de Lisboa. O questionário sócio-demográfico e instrumentos foram entregues acompanhados por um consentimento informado escrito, elaborado de acordo com as normas da Associação Americana de Psicologia para o tratamento ético dos participantes.

Após a eliminação de *outliers* e da imputação de *missings* (não excedendo 10% das respostas), recorreu-se ao software PASW Statistics (v. 19.0, SPSS Inc., Chicago, IL) e AMOS (v. 18.0, SPSS Inc., Chicago, IL) para explorar a validade de constructo, critério, externa, consistência interna e sensibilidade da escala.

A validade de constructo foi estabelecida através da análise factorial confirmatória, da validade convergente (através do cálculo da variância extraída média - VEM; valores adequados deverão ser superiores a 0,450) e discriminante, esta última estudada por meio da comparação entre as correlações quadradas inter-factores e a VEM (para garantir a validade discriminante a associação entre factores deverá ser menor ao valor da VEM) (Maroco, 2010a).

A validade de critério foi assegurada através da validade concorrente, utilizando uma correlação de Pearson com constructos teóricos semelhantes. Concretamente, foi utilizada a

subescala de depressão das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) e a subescala de Bem-estar Espiritual Pessoal (Gouveia, Marques, & Pais-Ribeiro, 2009).

Para verificar se a escala possuía validade externa repartiu-se aleatoriamente a amostra em duas partes, nomeadamente 60% e 40%, e explorou-se a variação do modelo de medida em ambos os grupos.

A consistência interna foi estudada utilizando a Alfa de Cronbach; para aferir a sensibilidade recorreu-se à análise dos valores máximos, mínimos, de curtose e assimetria. É esperado que o alfa seja superior a 0,70, que as respostas a cada item variem entre o 1 e 5, e que os valores absolutos de assimetria e curtose não ultrapassem os 3 e os 7 respectivamente (Maroco, 2010b).

Resultados

Validade de constructo-A análise factorial confirmatória foi ao encontro da estrutura da Escala de Bem-estar Subjectivo proposta originalmente, corroborando a existência de três factores. Contudo, o item 47 (“envergonhada”) foi excluído dado apresentar um baixo peso factorial ($\lambda=.394$; $p<.001$) e evidenciar um valor de coeficiente de determinação ($r^2=.155$) abaixo do recomendado, ou seja, 0,250. Adicionalmente, o índice de modificação associado a este item ($IM\approx 14$) encontrava-se acima do valor recomendado, ou seja, 11 (Maroco, 2010a) e o erro deste item correlacionava-se com diversos erros de outros itens. Após a exclusão deste item, e fixando uma estrutura de 3 factores, conclui-se que é explicada 53% da variância com este modelo de medida. A análise factorial confirmatória comprovou ainda um ajustamento aceitável por parte deste modelo de medida com três factores ($X^2/df=3.793$; $CFI=.846$; $GFI=.798$; $RMSEA=.053$; $p<.001$; $C.I. 90\%=[.051; .054]$).

Em relação à validade convergente, as três subescalas apresentaram valores adequados (ou seja, superiores a 0,450), nomeadamente, 0,479 em relação ao afecto positivo, 0,510 em relação ao afecto negativo e 0,455 para a subescala de satisfação com a vida. Além disto, as três subescalas manifestam validade discriminante: afecto positivo \leftrightarrow afecto negativo, 0,260; afecto positivo \leftrightarrow satisfação com a vida, 0,314; e satisfação com a vida \leftrightarrow afecto negativo, 0,397.

Validade de Critério-A subescala de afecto negativo da Escala de Bem-estar Subjectivo apresentou uma correlação positiva, alta e significativa com a subescala de depressão da EADS ($r=.653$; $p<.001$). De forma idêntica, o afecto positivo ($r=.592$; $p<.001$) e a satisfação com a vida ($r=.594$; $p<.001$) apresentaram correlações altas, positivas e significativas com o constructo de bem-estar espiritual pessoal.

Validade Externa-O modelo de medida apresenta um ajustamento aceitável ($X^2/df=2.494$; $CFI=.871$; $GFI=.753$; $RMSEA=.039$; $p=1.000$; $C.I. 90\%=[.038; .040]$) em ambos os grupos (isto é, 60% *versus* 40% da amostra total).

O modelo com todos os parâmetros livres não apresenta um ajustamento significativamente melhor do que o modelo com pesos factoriais fixos ($X^2(58)=70.844$; $p=.120$), confirmando assim a validade externa do modelo de medida. Conclui-se, desta forma, que não existem diferenças significativas na medição dos pesos factoriais entre os dois grupos (60% *versus* 40% das participantes), comprovando a estabilidade da Escala de Bem-estar Subjectivo.

Consistência Interna-A consistência interna, averiguada pelo Alfa de Cronbach, é elevada quer para a escala total (0,828), quer para as subescalas de afecto positivo (0,951), negativo (0,963) e de satisfação com a vida (0,923).

Sensibilidade-A amplitude de resposta de todos os itens variou entre o menor e o maior valor possível e todos os itens apresentaram valores de curtose e assimetria adequados (isto é, $|ku|<7$ e $|sk|<3$).

DISCUSSÃO

O presente estudo confirma que a Escala de Bem-estar Subjectivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004) apresenta boas características psicométricas em termos de validade de constructo, critério, externa, bem como valores elevados de consistência interna e adequados de sensibilidade; desta forma, poderá constituir uma ferramenta útil para explorar o constructo. Futuras investigações poderão considerar pertinente a utilização desta escala em amostras de meia-idade dado sucederem, nesta fase desenvolvimental, vários acontecimentos de vida (por ex., Reid & Hardy, 1999) e alterações no estado de saúde (Dennerstein et al., 1994) que podem comprometer o bem-estar.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Dennerstein, L., Smith, A. M. A., & Morse, C. (1994). Psychological well-being, mid-life and the menopause. *Maturitas*, 20, 1-11.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, *39*, 391-406.
- Franco, O. H., Karnik, K., Osborne, G., Ordovas, J. M., Catt, M., & Ouderaa, F. (2009). Changing course in ageing research: the healthy ageing phenotype. *Maturitas*, *63*, 13-19.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Gouveia, M. J., Marques, M., & Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *10*, 285-293.
- Maroco J. (2010a). *Análise de Equações Estruturais*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Maroco, J. (2010b). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*, 229-239.
- Reid, J., & Hardy, M. (1999). Multiple roles and well-being among midlife women: Testing role strain and role enhancement theories. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences*, *54B*, S329-S338.
- United Nations Secretariat, The Population Division Department of Economic and Social Affairs. (2002). The Ageing of the World's Population. [cited 2010 December 1]; Retrieved from: URL: <http://www.un.org/ageing/popageing.html>

ANEXO - Escala de Bem-estar Subjectivo

Gostaria de saber como se tem sentido ultimamente. Encontra de seguida algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e escreva seguidamente, no espaço ao lado de cada palavra, o número que melhor expressa sua resposta de acordo com a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho-me sentido:

- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1. Aflita ____ | 17. Transtornada ____ | 33. Abatida ____ |
| 2. Alarmada ____ | 18. Animada ____ | 34. Amedrontada ____ |
| 3. Amável ____ | 19. Determinada ____ | 35. Aborrecida ____ |
| 4. Activa ____ | 20. Chateada ____ | 36. Agressiva ____ |
| 5. Angustiada ____ | 21. Decidida ____ | 37. Estimulada ____ |
| 6. Agradável ____ | 22. Segura ____ | 38. Incomodada ____ |
| 7. Alegre ____ | 23. Assustada ____ | 39. Bem ____ |
| 8. Apreensiva ____ | 24. Dinâmica ____ | 40. Nervosa ____ |
| 9. Preocupada ____ | 25. Empenhada ____ | 41. Empolgada ____ |
| 10. Capaz ____ | 26. Produtiva ____ | 42. Vigorosa ____ |
| 11. Contente ____ | 27. Impaciente ____ | 43. Inspirada ____ |
| 12. Irritada ____ | 28. Receosa ____ | 44. Tensa ____ |
| 13. Deprimida ____ | 29. Entusiasmada ____ | 45. Triste ____ |
| 14. Interessada ____ | 30. Desanimada ____ | 46. Agitada ____ |
| 15. Entediada ____ | 31. Ansiosa ____ | 47. Envergonhada (item eliminado) |
| 16. Atenta ____ | 32. Indecisa ____ | |

Por favor indique de seguida, para cada uma das seguintes afirmações, o número que melhor expressa a sua opinião sobre a sua vida actual.

1	2	3	4	5
Discordo Completamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo Completamente
48. Estou satisfeita com a minha vida				1 2 3 4 5
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida				1 2 3 4 5
50. Avalio a minha vida de forma positiva				1 2 3 4 5
51. A minha vida está longe do meu ideal de vida em quase todos os aspectos				1 2 3 4 5
52. Se eu pudesse mudaria o meu passado				1 2 3 4 5
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida				1 2 3 4 5
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim				1 2 3 4 5
55. Gosto da minha vida				1 2 3 4 5
56. A minha vida é má				1 2 3 4 5
57. Estou insatisfeita com a minha vida				1 2 3 4 5
58. A minha vida poderia estar melhor				1 2 3 4 5
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida				1 2 3 4 5
60. A minha vida não tem interesse				1 2 3 4 5
61. As minhas condições de vida são muito boas				1 2 3 4 5
62. Considero-me uma pessoa feliz				1 2 3 4 5

VALIDAÇÃO DO BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ) NUMA AMOSTRA DE MULHERES DE MEIA-IDADE

FILIPA PIMENTA 1,2, ISABEL LEAL 1,2, JOÃO MAROCO 1,2 & BRUNA ROSA 2

Com a entrada na meia-idade e na fase de transição para a menopausa a mulher pode experimentar alterações na forma do seu corpo. A literatura evidencia que a menopausa emerge como um predictor significativo do aumento da massa gorda corporal em mulheres na fase de peri-menopausa (Ho, Wu, Chan, & Sham, 2010); sabe-se ainda que mulheres em pré-menopausa avaliam de forma mais positiva a sua aparência quando comparadas com mulheres em fase de menopausa (Deeks & McCabe, 2001).

Desta forma, é necessário contar com instrumentos fiáveis e com qualidade, que permitam avaliar as preocupações com a forma corporal na população feminina de meia-idade. Assim, o objectivo desta investigação é validar, numa amostra de mulheres nesta faixa etária, o Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987).

MÉTODO

Participantes

No total, 1.003 mulheres com idades compreendidas entre os 42 e os 60 anos preencheram o material. As participantes tinham uma idade média igual a 50 anos ($DP=5,233$), a maioria tinha uma relação (70%), era profissionalmente activa (85%), tinha entre 9 a 12 anos de escolaridade (51%) e fruía de um rendimento familiar anual entre 10.001 e 37.500€ (51%). Cerca de 42% das participantes encontrava-se na fase de pós-menopausa.

Material

As preocupações com a forma corporal foram avaliadas pelo Body Shape Questionnaire - BSQ (Cooper et al., 1987), constituído por 34 itens avaliados em termos de frequência para as últimas quatro semanas. Cada item é avaliado numa escala tipo-Likert de 6 pontos (variando entre “nada” e “sempre”).

1-Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde; 2-ISPA – Instituto Universitário.

Utilizou-se igualmente a subescala de alterações na forma corporal, do Inventário de Gravidade de Sintomas de Menopausa (Pimenta, Leal, Maroco, & Ramos, 2011); esta é constituída por dois itens (por exemplo, “sentir-se inchada”), avaliada numa escala tipo-Likert de cinco pontos, quer em termos de frequência (de “nunca” a “sim, diariamente ou quase todos os dias”), quer de intensidade (de “nada intensa” até “intensidade extrema”). No final é possível calcular um índice de gravidade em relação aos itens (e subescala) avaliados.

Aplicou-se ainda um questionário sócio-demográfico para a caracterização da amostra.

Procedimento

Esta amostra comunitária foi maioritariamente recolhida através de estabelecimentos de ensino (primeiros ciclos, secundário e superior) e empresas na área de Lisboa. O questionário sócio-demográfico e instrumentos foram entregues acompanhados por um consentimento informado escrito, elaborado de acordo com as normas da Associação Americana de Psicologia para o tratamento ético dos participantes.

Análise Estatística

Após a eliminação de *outliers* e da imputação de *missings* (não excedendo 10% das respostas), recorreu-se ao software PASW Statistics (v. 19.0, SPSS Inc., Chicago, IL) e AMOS (v. 18.0, SPSS Inc., Chicago, IL) para explorar a validade de constructo, critério, externa, consistência interna e sensibilidade da escala.

A validade de constructo foi estabelecida através da análise factorial confirmatória e da validade convergente (através do cálculo da variância extraída média - VEM; valores adequados deverão ser superiores a 0,450) (Maroco, 2010a).

A validade de critério foi assegurada através da validade concorrente, utilizando uma correlação de Pearson com um constructo teórico semelhante. Concretamente, foi utilizada a subescala de alterações na forma corporal do Inventário de Gravidade de Sintomas de Menopausa (Pimenta, Leal, Maroco, & Ramos, 2011).

Para verificar se a escala possuía validade externa repartiu-se aleatoriamente a amostra em duas partes, nomeadamente 60% e 40%, e explorou-se a variação do modelo de medida em ambos os grupos.

A consistência interna foi estudada utilizando a Alfa de Cronbach; para aferir a sensibilidade recorreu-se à análise dos valores máximos, mínimos, de curtose e assimetria. É esperado que o alfa seja superior a 0,70, que as respostas a cada item variem entre o 1 e 6, e que os valores absolutos de assimetria e curtose não ultrapassem os 3 e os 7 respectivamente (Maroco, 2010b).

RESULTADOS

Validade de Constructo-A análise factorial confirmatória foi ao encontro da estrutura do Body Shape Questionnaire proposta originalmente, corroborando a existência de um factor. Contudo, o item 26 (“vomitou para se sentir mais magra?”) foi excluído dado apresentar um índice de modificação ($IM=66,421$) muito acima do valor recomendado, ou seja, 11 (Maroco, 2010a), e o resíduo deste item correlacionar-se com diversos resíduos de outros itens. Adicionalmente, este item manifestou o peso factorial mais baixo ($\lambda=.301$; $p<.001$) e um valor de coeficiente de determinação ($r^2=.091$) muito inferior aos 0,25 recomendados (Maroco, 2010a). Ainda, pôde-se confirmar valores de assimetria superiores a 3 ($|sk|=8,201$) e de achatamento superiores a 7 ($|ku|=78,359$), comprovando uma sensibilidade comprometida do item 26 (Maroco, 2010b). Desta forma, o item 26 foi excluído.

O modelo de medida do BSQ, sem o item 26, manifestou um ajustamento abaixo do desejado ($X^2/df=7,390$; $CFI=.869$; $GFI=.767$; $RMSEA=.080$; $p<.001$; $C.I. 90\%=[.077; .082]$).

Em relação à validade convergente, o BSQ apresentou valores adequados de VEM (ou seja, superiores a 0,450), nomeadamente, 0,484.

Validade de Critério-A subescala de alterações na forma corporal do Inventário de Gravidade de Sintomas de Menopausa apresentou uma correlação positiva, moderada e significativa com o BSQ ($r=.561$; $p<.001$).

Validade Externa-O modelo de medida manifestou um ajustamento aceitável ($X^2/df=4.392$; $CFI=.853$; $GFI=.733$; $RMSEA=.058$; $p<.001$; $C.I. 90\%=[.056; .060]$) em ambos os grupos (isto é, 60% versus 40% da amostra total).

Contudo, o modelo com todos os parâmetros livres apresenta um ajustamento significativamente melhor do que o modelo com pesos factoriais fixos ($X^2(32)=82,437$; $p<.001$), infirmando assim a validade externa do modelo de medida. Conclui-se, desta forma, que existem diferenças significativas na medição dos pesos factoriais entre os dois grupos (60% versus 40% das participantes), não comprovando a estabilidade do Body Shape Questionnaire. Este instrumento apresenta validade factorial na presente amostra, todavia, não é possível demonstrar a sua validade numa amostra diferente.

Consistência Interna e Sensibilidade-A consistência interna do BSQ, averiguada pelo Alfa de Cronbach, sem o item 26, é elevada (0,967). No que concerne à amplitude de resposta de todos os itens, verifica-se que variou entre o menor e o maior valores possíveis e que a maioria dos itens apresentaram valores de curtose e assimetria adequados (isto é, $|ku|<7$ e $|sk|<3$). Porém, os itens 7, 8, 13, 18, 27 e 32 apresentaram valores de achatamento e assimetria acima dos valores de referência.

DISCUSSÃO

O presente estudo confirma que o Body Shape Questionnaire (Cooper et al., 1987) apresenta características psicométricas aceitáveis em termos de validade de constructo, critério, bem como um valor elevado de consistência interna; desta forma, poderá constituir uma medida útil para explorar as preocupações com a forma corporal.

Futuras investigações poderão considerar útil a sua utilização em amostras de meia-idade dado sucederem, nesta fase de desenvolvimento, várias alterações corporais entre elas o aumento de peso (por ex., Campbell & Samaras, 2000).

REFERÊNCIAS

- Campbell, L. V., & Samaras, K. (2000). What is the evidence, reasons for and impact of weight gain during menopause? *Medical Journal of Australia*, 173, S100-S101.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validations of the body shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2001). Menopausal stage and age and perceptions of body image. *Psychology and Health*, 16, 367-379.
- Ho, S. C., Wu, S., Chan, S. G., & Sham, A. (2010). Menopausal transition and changes of body composition: a prospective study in Chinese perimenopausal women. *International Journal of Obesity*, 34, 1265-1274.
- Maroco J. (2010a). *Análise de Equações Estruturais*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Maroco, J. (2010b). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., & Ramos, C. (2011) Menopause Symptoms' Severity Inventory (MSSI-38): assessing symptoms' frequency and intensity. *Climacteric*, doi:10.3109/13697137.2011.590617.

ANEXO

Itens do Body Shape Questionnaire:

- 1 - sentir-se aborrecida fê-la preocupar-se com a forma do seu corpo?
- 2 - tem estado tão preocupada com a forma do seu corpo que começou a sentir que devia fazer dieta?
- 3 - tem pensado que as suas coxas, ancas ou nádegas são demasiado grandes para o resto do seu corpo?
- 4 - tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?
- 5 - preocupou-se com o facto do seu corpo não ser suficientemente firme?
- 6 - sentir-se cheia (por exemplo, depois de ingerir uma refeição grande) fê-la sentir-se gorda?
- 7 - sentiu-se tão mal com a forma do seu corpo a ponto de chorar?
- 8 - evitou correr devido à hipótese do seu corpo poder estremecer?
- 9 - estar com mulheres magras fê-la sentir-se desconfortável com a forma do seu corpo?
- 10 - preocupou-se com o facto das suas coxas se espalharem quando está sentada?
- 11 - comer, mesmo que seja uma quantidade pequena de comida, fê-la sentir-se gorda?
- 12 - reparou nas formas do corpo de outras mulheres e sentiu-se em desvantagem quando as comparou com a forma do seu corpo?
- 13 - pensar na forma do seu corpo interferiu com a sua capacidade de se concentrar (por exemplo, enquanto está a ver televisão, a ler, a ouvir conversas)?
- 14 - estar nua, por exemplo, durante o banho, fê-la sentir-se gorda?
- 15 - tem evitado usar roupas que a façam reparar na forma do seu corpo?
- 16 - imaginou cortar do seu corpo partes de gordura?
- 17 - comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias fê-la sentir-se gorda?
- 18 - deixou de ir a eventos sociais (por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação à forma do seu corpo?
- 19 - sentiu-se excessivamente grande ou arredondada?
- 20 - sentiu vergonha do seu corpo?
- 21 - a preocupação com a forma do seu corpo fê-la fazer dieta?

22 - sentiu-se mais feliz com a forma do seu corpo quando o seu estômago estava vazio (por exemplo, de manhã)?

23 - pensou que tem a forma de corpo que tem actualmente por falta de auto-controlo?

24 - tem-se preocupado com o facto de outras pessoas estarem a ver dobras de gordura na zona da sua cintura ou do seu estômago?

25 - pensou que não é justo que outras mulheres sejam mais magras que você?

(Item eliminado nesta versão: 26 - vomitou para se sentir mais magra?)

27 - preocupou-se por estar a ocupar demasiado espaço (por exemplo, enquanto está sentada num sofá ou no banco do autocarro), quando na companhia de outras pessoas?

28 - preocupou-se pelo facto do seu corpo apresentar covas ou ondulações?

29 - ver o seu reflexo (por exemplo, no espelho ou na montra de uma loja) fê-la sentir-se mal com a forma do seu corpo?

30 - beliscou partes do seu corpo para ver a quantidade de gordura?

31 - evitou situações nas quais as pessoas pudessem ver o seu corpo (por exemplo, vestiários)?

32 - tomou laxantes para se sentir mais magra?

33 - sentiu-se particularmente desconfortável com a forma do seu corpo, quando na companhia de outras pessoas?

34 - a preocupação com a forma do seu corpo fê-la sentir que devia fazer exercício?

A PERSONALIDADE E A SAÚDE MENTAL DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

MARISA PINTO, ANA MARGARIDA VARELA & ANTÓNIO VINHAL

Há mais de uma década que a violência é considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, cit. por Berger, 2003). A violência doméstica engloba todos os comportamentos/omissões que tenham por objectivo proporcionar, repetidamente e com intensidade, danos físicos, sexuais, mentais, económicos ou até mesmo o homicídio, de forma directa ou indirecta a um indivíduo que habite no mesmo agregado, ou que não habitando no mesmo agregado que o agressor seja cônjuge/ex-cônjuge, ou companheiro marital/ex-companheiro marital. Esta problemática atinge mulheres, homens, crianças, jovens, idosos, deficientes e dependentes (Gonçalves & Machado, 2002).

A violência conjugal ocorre no seio de uma relação, nomeadamente quando uma das partes recorre ao uso da força ou do constrangimento com a finalidade de promover ou perpetuar o domínio da outra parte. Neste fenómeno padece uma relação assimétrica, isto é, diferentes posições e poderes entre o casal (Alves, 2005; Nunes, 2003).

Diversas investigações analisam os custos da violência, constatando que as crianças vítimas de maus tratos na idade adulta passam a fazer parte do sistema de saúde mental (Henriques, 2010).

Grande parte dos estudos efectuados neste domínio indicam que a disfunção da organização da estrutura familiar, dos processos da interacção e comunicação ou do contexto vivencial das famílias são a base da ocorrência de transtornos psiquiátricos (Díez, 2010). A existência de elementos que conduzem à doença mental não patenteia obrigatoriamente a existência de doença, visto que a saúde mental está relacionada com a inter-relação de vários factores, ou seja, diferentes pessoas podem desenvolver ou não uma patologia perante determinados factores de risco (Moreira & Melo, 2005).

A personalidade está relacionada com os diferentes desejos, sentimentos e com a forma de expressar tais sentimentos/emoções. As pessoas diferem uma das outras pelo autoconceito, pelas suas perspectivas no que diz respeito ao mundo e ao futuro (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2009). A personalidade é o que torna o indivíduo único, tendo sido identificadas cinco dimensões que distinguem a individualidade – Modelo *Big Five* (Dias, 2004; Hansenne, 2003).

¹Instituto Piaget, ISEIT/Viseu, Portugal.

Não há um perfil delineado para as vítimas, apenas se constata algumas características típicas, nomeadamente, serem envergonhadas, caladas, incapazes de reagir, conformadas, passivas, emocionalmente dependentes e deprimidas (Portugal, 2003, cit. por Alves, 2005). Actualmente, não se investiga se a personalidade influencia a saúde, mas antes quais as circunstâncias relativas a que aspectos da saúde ou a que comportamentos saudáveis e com que implicações práticas é que a personalidade influencia a saúde. Para este tipo de investigação, o modelo dos cinco factores evidencia-se o mais adequado para ajudar a esclarecer a relação entre o *self* psicológico e o *self* fisiológico (Holroyd & Coyne, 1987).

O estado da arte da temática em questão salienta que a violência conjugal é um problema de âmbito mundial, sendo uma das principais problemáticas de saúde pública em Portugal. Muitos estudos têm sido realizados, no entanto considera-se que ao nível da personalidade e da saúde mental das vítimas de violência conjugal é crucial aprofundar mais os conhecimentos científicos, devido à escassez de estudos que procuram estabelecer uma relação entre estas abordagens. Ao contribuir para o enriquecimento científico desta temática está-se ao mesmo tempo a proporcionar mais possibilidades de prevenção, concretizadas através de acções de sensibilização, que poderão incluir avaliações da personalidade de grupos populacionais mais expostos ao risco.

Os objectivos delineados para a presente investigação foram os seguintes: a) efectuar a caracterização das vítimas de violência conjugal; b) descrever as dimensões da personalidade das vítimas de violência conjugal; c) descrever a saúde mental das vítimas de violência conjugal; e d) aferir qual a relação entre as diferentes dimensões da personalidade das vítimas de violência conjugal e a saúde mental das mesmas.

MÉTODO

De acordo com cada um dos objectivos delineados realizou-se o tipo de estudo mais adequado, de modo a atingir tais objectivos. Assim, no estudo I, II e III a investigação enquadrou-se num estudo descritivo, uma vez que a partir de metodologias quantitativas procurou-se descrever as características, as dimensões da personalidade e a saúde mental das vítimas de violência conjugal. Por fim, no estudo IV, a investigação centrou-se num estudo correlacional, visto que a partir de metodologias quantitativas procurou-se analisar o tipo de correlação existente entre as dimensões da personalidade e a saúde mental das vítimas de violência conjugal.

Participantes

A população em estudo foram: vítimas de violência conjugal de ambos os sexos e com idade superior ou igual a 18 anos. A amostra foi seleccionada através de um tipo de amostragem não probabilística obtida por conveniência, uma vez que apenas foram incluídas as vítimas de violência

conjugal que estavam disponíveis ou que se voluntariaram para participar no estudo (Carmo & Ferreira, 1998).

No seguimento dos objectivos delineados para a presente investigação aplicaram-se os instrumentos de recolha de dados a 37 vítimas de violência conjugal, todos do género feminino, ou seja, correspondem a 100% da amostra, não existindo nenhum sujeito do género masculino. A idade das vítimas de violência conjugal da presente investigação varia entre os 20 e os 69 anos, sendo a média das idades que compõem a amostra de 38 anos. A maioria das vítimas são casadas (43,2%); tem filhos (81,1% - 30 indivíduos), variando o número de filhos entre 1 e 8. Na sua maioria têm o 3º ciclo e estão desempregadas.

Material

O protocolo de investigação utilizado compõem-se de: um questionário sociodemográfico elaborado pelo próprio investigador, o NEO-FFI-20 desenvolvido por Bertoquini e Pais-Ribeiro (2006), e o Inventário de Saúde Mental de Pais-Ribeiro (2001).

Procedimento

Para a realização do presente estudo enviou-se um ofício, a solicitar a autorização para a realização do estudo a 320 locais de atendimento a vítimas de violência conjugal de Portugal, incluindo a Madeira e os Açores. Dos quais 12 locais aceitaram colaborar na investigação; 37 responderam que não iriam colaborar no estudo e as restantes 271 instituições não enviaram qualquer tipo de resposta. Após a obtenção dessa autorização foi solicitado o consentimento informado aos elementos que constituíram a amostra para a participação voluntária na investigação. Findado o percurso de recolha de dados junto da amostra obtida, iniciou-se a etapa referente ao tratamento estatístico. Para tal, recorreu-se ao software informático SPSS 19.0 Base Windows, começou-se por construir a base de dados de acordo com os instrumentos utilizados onde foram inseridos os dados recolhidos. Para tal, recodificaram-se os itens que eram cotados de forma invertida; de seguida efectuou-se o cálculo do valor das variáveis de acordo com os autores dos instrumentos utilizados. Posteriormente realizou-se o tratamento estatístico dos dados com recurso à estatística descritiva e à análise inferencial. O nível de significância utilizado foi de $\alpha=0,05$, em que para $p \leq 0,05$ rejeita-se H_0 e para $p > 0,05$ aceita-se H_0 .

RESULTADOS

A prevalência da violência conjugal é um problema complexo que não será facilmente resolvido. Assim, o objectivo central deste estudo foi conhecer a personalidade e a saúde mental das vítimas de violência conjugal em Portugal e verificar se existe uma relação entre ambas.

Os dados obtidos nesta amostra revelam que as vítimas de violência conjugal portuguesas: são do sexo feminino; têm idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos; casadas; com filhos, nomeadamente, entre 1 e 8 filhos. No que concerne às habilitações literárias prevalece o 3º ciclo. Na sua maioria encontram-se desempregadas, embora indiquem que não dependem economicamente do agressor. Quanto aos tipos de violência predominantemente praticados são a violência psicológica e a violência física. O detalhe da violência física de que as vítimas normalmente são alvo é o uso da força física por parte do agressor. Já o detalhe da violência psicológica mais executado contra a vítima é o agressor chamar-lhe de nomes, insultá-la e atribuir-lhe amantes. Enquanto o detalhe da violência sexual que o agressor aplica à vítima é a obrigação em esta ter relações sexuais contra a sua vontade. Por norma o agressor não possuía nem utilizou armas no momento da violência; estes são na sua maioria consumidores de álcool, mas não consome estupefacientes. As situações violentas foram presenciadas por menores e a vítima ficou com ferimentos ligeiros. O local onde foi praticada a violência foi na residência particular do casal e o motivo da agressão esteve relacionado com o estado alterado do agressor devido ao consumo de álcool e/ou drogas.

No que concerne às dimensões de personalidade que caracterizam as vítimas de violência conjugal, estas apresentam valores elevados ao nível da conscienciosidade e neuroticismo o que indica que estas mulheres são zelosas, disciplinadas, honestas, engenhosas, cautelosas, organizadas e persistentes, por outro lado apresentam instabilidade emocional, sendo pessoas bastante preocupadas, melancólicas, irritadas, ansiosas e apresentam mudanças frequentes de humor e depressão, podendo padecer de transtornos psicossomáticos e apresentar reacções muito intensas a todo o tipo de estímulos (Silva, Schlottfeldt, Rozenberg, Santos & Lelé, 2007).

Ao nível da saúde mental das vítimas expostas a esta problemática verifica-se que estas apresentam pouco *distress* psicológico, no entanto são pessoas ansiosas, com dificuldades no controlo emocional e comportamental, e padecem de traços depressivos. Relativamente, ao bem-estar psicológico destas mulheres este é razoável, contudo estas evidenciam pouco afecto positivo e poucos laços emocionais. Desta forma, pode-se concluir que embora as vítimas de violência conjugal têm uma saúde mental razoável do ponto de vista das dimensões predominantemente afectivas exibem uma deterioração.

Os dados obtidos nesta investigação revelam ainda que as vítimas de violência conjugal em que a sua personalidade tem bastantes características de conscienciosidade estas exercem uma influência positiva ao nível do afecto positivo, dos índices de depressão, do bem-estar psicológico e da saúde mental destas mulheres. Os dados permitem concluir que os factores de personalidade abertura à experiência e amabilidade não determinam nem positiva nem negativamente os constructos da saúde mental desta população. Constata-se, ainda, que as características da personalidade das pessoas extrovertidas têm um efeito positivo nas dimensões da saúde mental supra mencionadas. Verifica-se que o neuroticismo provoca um efeito negativo para os constructos da saúde mental ansiedade, perda de controlo emocional e comportamental, afecto positivo, depressão, *distress* psicológico, bem-estar

psicológico e saúde mental. Por sua vez, as características neuróticas das vítimas não determinam de modo nenhum a criação de laços emocionais.

DISCUSSÃO

Tendo em consideração os dados obtidos neste estudo é possível concluir que os estudos nesta área são pertinentes pois permitem identificar grupos de risco que possam ser alvo de acções de prevenção e intervenção, assim como se poderá identificar o impacto dos traços de personalidade na saúde mental das vítimas. No seu conjunto, estes resultados demonstram o quão importante é o reforço das equipas técnicas, ao nível do apoio psicossocial a estas mulheres, uma vez que apresentam-se desprovidas de qualquer suporte afectivo e emocional. Este aspecto deverá revestir-se de singular importância uma vez que, sem uma adequada estrutura mental, será muito difícil para estas mulheres reerguerem-se e reiniciarem a sua vida em tranquilidade.

Com a presente investigação esperamos ter contribuído de alguma forma para um aprofundamento do conhecimento sobre a personalidade e a saúde mental das vítimas de violência conjugal. Não se trata de estabelecer, dada a natureza da nossa investigação, uma relação de causa-efeito entre a personalidade e a saúde mental, apenas de, num primeiro momento, de cariz meramente exploratório, que permite assinalar uma associação entre ambas e realçar algumas manifestações empíricas que poderão auxiliar na intervenção técnica com estas vítimas.

REFERÊNCIAS

- Alves, C. (2005). *Violência Conjugal*. Consultado no dia 2 de Fevereiro de 2011: <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2004010.pdf>
- Berger, S. M. D. (2003). *Violência Sexual Contra Mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz.
- Bertoquini, V., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores de Personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Dias, I. (2004). *Violência na Família: Uma Abordagem Sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Díez, C. G. (2010). *A violência conjugal/familiar, terapia familiar e saúde mental*. Consultado no dia 27 de Janeiro de 2011: <http://www.acorianooriental.pt/opinioes/readOthers/209380/>
- Gleitman, H.; Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. (8ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Gonçalves R. A., & Machado C. (2002). *Violência e vítimas de crime*. Coimbra: Quarteto.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores. (Traduzido por J. G. de Almeida da obra original: "Psychologie de la Personnalité").
- Henriques, J. (2010). *Combater a violência doméstica contribui para a competitividade*. Consultado no dia 2 de Fevereiro de 2011: http://www.sei.gov.pt/NR/rdonlyres/D9F7840A-F044-492E-B243-7C33AE2D2CDE/0/20100407_Diario_de_Coimbra.pdf
- Holroyd, K. A., & Coyne, J. (1987). Personality and health in the 1980's: psychosomatic medicine revisited? *Journal of Personality*, 55 (2), 359-375.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2 (1), 77-99.
- Nunes, A. S. (2003). *Violência Conjugal*. Consultado no dia 27 de Janeiro de 2011: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304120751375635.pdf>
- Silva, R. S., Schlottfeldt, C. G., Rozenberg, M. P., Santos, M. T., & Lelé, A. J. (2007). *Replicabilidade do Modelo dos Cinco Grandes Factores em medidas da personalidade*. Consultado no dia 17 de Junho de 2011: <http://www.fafich.ufmg.br/mosaico/index.php/mosaico/article/viewFile/7/5>

OS NÍVEIS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E AUTO-ESTIMA NOS ADOLESCENTES COM UMA DOENÇA ONCOLÓGICA

VANDA PINTO & MARIA JOÃO CUNHA

Na actualidade, a doença oncológica tem vindo a merecer o interesse crescente dos investigadores da área das ciências sociais e humanas, que procuram complementar o conhecimento da medicina estudando aspectos psicossociais que podem contribuir para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes e familiares.

O cancro, como vulgarmente é denominado, é uma doença bastante temida pelo ser humano, permanecendo vivas, representações sociais que a associam à morte, ao sofrimento e à dor, sabendo-se por outro lado que esta doença implica a realização de tratamentos agressivos que causam dor, sofrimento, angústia, e stress e que a cura nem sempre é possível.

Se é verdade que esta temática tem vindo a ser objecto de muitos estudos nos últimos anos, estes, maioritariamente têm enfatizado a forma como crianças e adultos vivem com esta doença, constatando-se uma lacuna na realização de estudos que procurem identificar a forma como os adolescentes e os idosos gerem e vivem com a doença oncológica.

No nosso caso, o interesse recaiu em estudar como é vivida a doença oncológica na adolescência já que esta é uma etapa da vida na qual ocorrem múltiplas transformações de foro biológico, psicológico, social e cognitivo, as quais exigem ao jovem adaptações (Abad, Friedman, Holmbeck, & Jamdasek, 2006 as cited in Helgeson, Escobar, Siminério & Becker, 2010; Papaia, Olds, & Feldman, 2001; Ribeiro & Rodrigues, 2005; Sprinthall & Collins, 2003), e a doença, por si só, pode interferir neste processo, nele introduzindo dificuldades acrescidas e novas exigências (Abrams, Hazen, Annah, & Penson, 2007; Bleyer, 2002; Fonseca, Oliva, Ferreira & Borges, 2000; Barr, 1999 as cited in Von Essen, Enskar, Kreuger, Larsson & Djodén, 2010).

Numa fase de transição em que nem se é criança, nem se é adulto, a percepção de imagem corporal e a construção de relações interpessoais com os pares, são factores preponderantes para o desenvolvimento da autonomia e da identidade.

A doença e os tratamentos com os consequentes efeitos secundários podem, por isso ter grandes repercussões na auto-estima do adolescente doente dando também origem a quadros de ansiedade e depressão, pouco favoráveis para o bom prognóstico da evolução da doença (Abrams, Hazen, Annah, & Penson, 2007; Bragado, Hernandez-Lloreda, Sanchez-Bernardos & Urbano, 2008; Bryant, 2003; Evan & Zeltzer, 2006; Hedstruom, Haglund, Skolin & Von Essen, 2003; Ribeiro & Rodrigues, 2005).

Desta forma, o principal objectivo do presente trabalho é, compreender e caracterizar a forma como os adolescentes com doença oncológica vivem essa situação, caracterizando a sua auto-estima, os níveis de depressão e ansiedade que manifestam e de que estes se relacionam entre si. Por outro lado, pretende-se verificar se os níveis de depressão, ansiedade e auto-estima em adolescentes com uma doença oncológica variam em função do sexo, bem como da fase da doença em que se encontram (fase de tratamento ou *follow-up*).

MÉTODO

Participantes

Este estudo contou com a participação de 53 adolescentes com cancro, com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos. A média de idade verificada é de, aproximadamente, 15 anos ($M=15.30$, $DP=2.62$). Existe um número superior de rapazes ($n=30$, 56.6%) em relação às raparigas ($n=23$, 43.4%). 60.4% dos participantes, encontravam-se em fase de tratamento sendo que 9.4% apenas havia realizado o diagnóstico da doença e 30.2% já se encontram na fase de *follow-up*. Por outro lado, dos 32 adolescentes que se encontravam em tratamento, a maior parte encontrava-se a realizar quimioterapia (68.8%), sendo que uma percentagem mais reduzida se encontrava a realizar terapias coadjuvantes como a quimioterapia e radioterapia (18.8 %), radioterapia e intervenção cirúrgica (6.3%). Apenas 2 participantes se encontravam a realizar somente radioterapia. Por fim, a maioria dos participantes não se encontrava em regime de internamento hospitalar ($n=48$).

Material

Nesta investigação foram utilizados um conjunto de instrumentos dos quais fazem parte o questionário sócio-demográfico e Clínico, a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e a Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Na HADS, quanto maior for o valor indicado, mais elevados são os níveis de ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007; Pereira & Figueiredo, 2008), sugerindo os autores o valor 8 como ponto de corte, para a presença de ansiedade e depressão. A severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “Normal” (0-7), leve (8-10), Moderada (11-15) e Severa (16-21) (Pereira & Figueiredo, 2008; Snath, 2003).

No que diz respeito à RSES, a pontuação total oscila entre 10 e 40 pontos e quanto mais alta esta for, mais elevada é a auto-estima (Romano, Negreiros & Martins, 2007).

RESULTADOS

Conforme é possível observar no quadro 1, a maior parte dos adolescentes participantes do estudo apresenta sintomas indicativos de depressão leve (47.2%) e uma percentagem também elevada (34.0%) apresenta depressão moderada. Em relação à ansiedade é possível verificar que, todos os indivíduos da amostra têm pelo menos indícios de existência de estados de ansiedade, uma vez que todos apresentam valores superiores a 8. A maioria apresenta sintomas de ansiedade moderada (62.3%).

Quadro 1. *Análise de Frequências relativas aos Graus de Depressão e Ansiedade*

<i>Depressão</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Normal	3	5,7
Leve	25	47,2
Moderada	18	34,0
Severa	7	13,2
Total	53	100,0
<i>Ansiedade</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Leve	7	13,2
Moderada	33	62,3
Severa	13	24,5
Total	53	100,0

Nota: A negrito encontram-se os níveis considerados representativos de existência de depressão e ansiedade clinicamente significativa de acordo com Snath (2003, as *cited in*. Pais-Ribeiro *et al.*, 2007).

Ao nível da auto-estima os resultados médios ($M=25.88$, $DP=3.60$), indiciam que estes adolescentes apresentam uma razoável auto-estima, coincidindo o valor mediano com o da moda (cf. Quadro 2).

Quadro 2. *Medidas de tendência central, Dispersão e Distribuição relativas à auto-estima*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Mo</i>	<i>DP</i>	<i>Sk/Err Sk</i>	<i>Ku/Err Ku</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<i>Auto-Estima</i>	53	25,88	25,00	25,00	3,60	.94/.33	.68/.64	20,00	36,00

No sentido de testar a hipótese 1 “*H1: Os níveis de depressão e ansiedade dos adolescentes em follow-up são inferiores aos apresentados por adolescentes em tratamento*” começou-se por analisar a normalidade dos resultados ao nível da depressão e ansiedade em cada um dos grupos de estudo, tendo-se constatado com recurso ao teste *Shapiro-Wilk*, que em ambos grupos, quer ao nível de ansiedade quer ao nível de depressão, a distribuição é normal. Assim para testar a presente hipótese utilizou-se o teste paramétrico de T- Student.

Conforme se pode observar na Quadro 3, os resultados não diferem significativamente entre o grupo que realiza tratamento e o de follow-up ao nível da depressão ($t=1.37$, $p>=.05$) e da ansiedade ($t=-.86$, $p>=.05$), não se confirmando como tal a hipótese 1.

Quadro 3. *Resultados relativos aos níveis de ansiedade e depressão entre grupo de tratamento e grupo de follow-up (Teste T).*

HADS	Tratamento				T	p
	Follow-up (n=16)		Tratamento (n=16)			
	M	Dp	M	Dp		
Depressão	11.69	3.26	10.47	2.72	.37 ¹	.177
Ansiedade	12.81	2.61	13.37	1.83	.86 ⁻	.390

Relativamente à auto-estima, a análise da normalidade dos resultados revela que os mesmos não seguem uma distribuição normal quer no grupo de *follow-up*, quer no grupo de tratamento. Neste sentido recorreu-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney* para testar a hipótese H2 “Os níveis de auto-estima dos adolescentes com cancro em fase de follow-up apresentam-se como significativamente inferiores aos níveis de auto-estima dos adolescentes em fase de tratamento”. Assim, de acordo com os resultados obtidos (cf. Quadro 4) não foi possível verificar diferenças significativas entre os dois grupos de adolescentes com cancro ($U=209.00$, $p>=.05$), não se confirmando como tal a hipótese levantada.

Quadro 4. *Resultados relativos aos níveis de auto-estima entre grupo de tratamento e grupo de follow-up (teste Mann-Whitney).*

Auto-Estima	Tratamento								U	P
	Follow-up (n=16)				Tratamento (n=32)					
	M	Md	Dp	Mean Rank	M	Md	Dp	Mean Rank		
	26.50	25.50	3.65	27.44	25.56	25.00	3.55	23.03	209.00	.299

Relativamente à hipótese H3 “Os níveis de depressão e de ansiedade dos adolescentes com cancro do sexo feminino, são superiores aos dos adolescentes do sexo masculino” começou-se por analisar a normalidade da distribuição dos resultados relativos às variáveis depressão e ansiedade para os dois grupos em análise tendo-se constatado que, ao nível da ansiedade e da depressão, os grupos seguem uma distribuição normal. Assim, recorreu-se ao teste paramétrico T-Student para testar a hipótese em questão, como se pode observar na Quadro 5. Os resultados comprovam a hipótese 3, mostrando que as raparigas apresentam níveis mais elevados de depressão e ansiedade quando comparadas com os rapazes.

Quadro 5. *Resultados relativos aos níveis de ansiedade e depressão em função do sexo (Teste t).*

HADS	Sexo				T	P
	Masculino (n=30)		Feminino (n=23)			
	M	Dp	M	Dp		
Depressão	9.77	2.19	12.35	2.93	-3.66	.001
Ansiedade	12.23	2.23	14.04	1.46	-3.36	.001

Quanto à hipótese H4: “Os níveis de auto-estima dos adolescentes com cancro do sexo feminino, são inferiores aos níveis de auto-estima dos adolescentes do sexo masculino”, procedeu-se à análise da normalidade do resultados obtidos em cada um dos grupo tendo-se constatado, que os mesmos se apresentam normais apenas no grupo das raparigas

Assim, recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney para testar a hipótese 4, tendo-se observado que a diferença entre grupos se apresentava estatisticamente significativa ($U=105.50$, $p<.05$) (cf. Quadro 6), sendo os rapazes quem apresentava níveis superiores de auto-estima, confirmando-se como tal a hipótese levantada.

Quadro 6. Resultados relativos aos níveis de auto-estima em função do sexo (Teste t).

Auto- Estima	Sexo								U	P
	Masculino (n=30)				Feminino (n=23)					
	M	Md	Dp	Mean Rank	M	Md	Dp	Mean Rank		
	27.63	26.00	3.53	34.98	23.61	24.00	2.17	16.59		
									10 5.50	.00 0

Por fim, relativamente à hipótese H5: “Níveis elevados de auto-estima associam-se a níveis baixos de depressão e ansiedade nos adolescentes com cancro”, foi analisada a normalidade de cada uma das variáveis com recurso ao teste Kolgomov-Sminorv, tendo-se constado que a mesma só se apresenta normal no que se refere a ansiedade. Como tal recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação de Spearman para testar a presente hipótese. Foi possível confirmar a veracidade da hipótese levantada, dada à correlação negativa e estatisticamente significativa da auto-estima quer com a depressão ($rs=-.284$, $p<.05$) quer com a ansiedade ($rs=-.374$, $p<.01$) (cf. Quadro 7).

Quadro 7. Correlação de Spearman entre ansiedade e depressão e auto-estima dos adolescentes

Auto-estima	Ansiedade	Depressão
	-.374**	-.284*

N=53, * $p <.05$; ** $p <.01$

DISCUSSÃO

No nosso estudo, apesar de encontramos níveis significativos de depressão e ansiedade, e uma razoável auto-estima nos participantes, não se observaram diferenças relativas aos níveis de depressão, ansiedade e auto-estima nos adolescentes que se encontravam na fase de tratamento e dos que se encontravam na fase de *follow-up*, o que poderá relacionar-se com a efectiva interacção entre os utentes e os profissionais de saúde, que pode ter implicações:

- ao nível sócio-cognitivo (crenças, atitudes, expectativa),
- assim como a nível dos comportamentos, traduzindo-se numa diminuição das perturbações do foro psicológico e aumento de auto-estima dos adolescentes com cancro.

Também o facto de existir uma participação activa dos profissionais de saúde, que se traduz num trabalho multidisciplinar (enfermeiros, psicólogos, médicos, técnicos de saúde de diversas áreas e professores), e o acompanhamento e envolvimento efectivo da família no processo de acompanhamento do paciente, pode funcionar como um porto seguro para as angústias e sofrimento dos pacientes quando se encontram em fase de tratamento. Ainda assim, na etapa em que os tratamentos deixam de ser uma constante, surgem outros stressores, como as visitas de rotina ao médico, para controlo da situação clínica, que é algo que se estende ao longo do tempo, e o reajustamento a um estilo de vida do qual deixa de fazer parte a vigilância constante e os tratamentos. Contudo, qualquer destes factores e apesar de em última análise significarem que o adolescente se encontra em franca situação de melhoria do seu estado de saúde, podem ser investidos e significados pelo próprio, como comportando exigências que sente não ter recursos para fazer face.

Assim, uma das grandes conclusões deste estudo relaciona-se com o facto de percebermos que mesmo depois de ultrapassada a fase mais complexa da doença, estes adolescentes se confrontam com dificuldades na gestão das suas emoções, e nem sempre as famílias e as instituições estão suficientemente vocacionadas para o atendimento e acompanhamento necessário para promoção da sua qualidade de vida e bem-estar.

Na nossa investigação, verificamos ainda que, quanto maiores os níveis de depressão e ansiedade nos adolescentes com cancro, menores se mostravam os níveis de auto-estima e que, as adolescentes do sexo feminino apresentavam valores superiores nos níveis de depressão e ansiedade e inferiores de auto-estima comparativamente com os adolescentes do sexo masculino, ambos com doença oncológica. Estes resultados mostram a importância de na prestação de cuidados de saúde, se disponibilizarem programas de intervenção que procurem ajudar a gerir as emoções, e que trabalhem a construção da identidade, quando esta é interferida por uma doença com a gravidade da doença oncológica.

Parece-nos importante ser repensada a forma como alguns cuidados de saúde se encontram a ser postos em prática, e ponderar se não seria benéfico o desenvolvimento de grupos de apoio para os adolescentes que vivenciam a experiência de cancro. Estes grupos deveriam ser constituídos por pacientes de ambos os sexos, de forma a possibilitar a interacção entre elementos que lidam e gerem as situações de forma distinta, de modo a que possa haver partilha, expressão emocional, e aprendizagem de estratégias de confronto, que permitam e garantam uma forma mais ajustada de gerir a doença. Para além disso, julgamos importante criar estruturas que apoiem os adolescentes na reintegração nos contextos de vida dos quais durante a doença, estiveram afastados.

Em termos clínicos, o presente estudo procurou dar um contributo para o estudo da doença oncológica, mais concretamente na fase da adolescência, revelando contudo limitações. Nesse sentido gostaríamos de destacar que seria importante a realização de outros estudos que completassem este,

explorando as variáveis por nós trabalhadas relacionando-as com outras que não foram aqui exploradas. A saber: percepção de apoio social, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping, forma como são percebidos os efeitos secundários dos tratamentos, entre outros.

REFERÊNCIAS

- Helgeson, V. S., Escobar, O., Siminério, L., & Becker, D. (2010). Relation of Stressful Life Events to metabolic control Among Adolescents With Diabetes: 5-year Longitudinal Study. *Health Psychology, 29* (2), 153-159
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Ribeiro, I. B., & Rodrigues, B. M. (2005). Cuidando de Adolescentes com Cancer: contribuições para o cuidar em enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ, 13*, 340-346.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, P., Oliva, T., Ferreira, N., & Borges, B. (2000). As repercussões da doença oncológica na vida do adolescente. *Saúde Infantil, 22* (1), 53-60.
- Hedström, M., Haglund, K., Skolin, I., & Von Essen, L. (2003). Distressing events for children and adolescents with cancer: child, parent, and nurse perceptions. *Journal of Pediatric Oncologic Nursing, 20* (3), 120-132.
- Von Essen, L., Enskar, K., Kreuger, A., Larsson, B., & Djodén, P. O. (2010). Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment. *Acta Paediatrica, 89*, 229-236.
- Bleyer, W. A. (2002). Cancer in older adolescents and young adults: Epidemiology, diagnosis, treatment, survival and importance of clinical trials. *Medical and Pediatric Oncology, 38*, 1-10.
- Abrams, A. N., Hazen, E. P., Annah, N., & Penson, R. T. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews, 33*, 622-630.
- Evan, E. E., & Zeltzer, L. K. (2006). Psychosocial Dimensions of Cancer in Adolescents and Young Adults. *Cancer Supplement, 107* (7), 1663-1671.
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, M. J., Sánchez-Bernardos M. L. & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema, 20*(3), 413-419.

SONOLÊNCIA, MORBILIDADE PSICOLÓGICA, COMPETÊNCIAS SOCIAIS E ESTILO DE VIDA EM ADOLESCENTES

Silvia Pucci & M. Graça Pereira

A adolescência é descrita como uma fase onde ocorrem mudanças acentuadas no sono dos jovens (Colrain & Baker, 2011). Cerca de 25 a 40% das crianças e adolescentes apresentam problemas de sono (Mindell & Meltzer, 2008). Especificamente ao nível da sonolência diurna mais implicações na saúde física e mental do adolescente (Millman, 2005). Estudos revelaram uma relação entre dormir pouco e sonolência diurna bem como problemas do sono e morbilidade psicológica, estilo de vida e competências sociais (agressividade) (Aronen, Paavonen, Fjallberg, Soininen, & Torronen, 2000; Colrain & Baker, 2011; Gaina et al., 2007).

A morbilidade psicológica está relacionada com o sono. 90% das crianças e adolescentes com perturbações depressivas apresentam problemas de sono, em particular insónias (Dahl & Lewin, 2002; Ivanenko, Crabtree, & Gozal, 2005; Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1995). Relativamente à ansiedade, os adolescentes e crianças ansiosas apresentam uma maior probabilidade de sentir dificuldades em adormecer e acordam várias vezes durante a noite apresentando uma diminuição da qualidade do sono (Dahl & Lewin, 2002).

As competências sociais incluem comportamentos de aceitação social (Haager & Vaughn, 1995). O insucesso na aquisição destas competências pode ser gerador de riscos no ajustamento e desenvolvimento posterior do adolescente (Beauchamp & Anderson, 2010).

McIntyre, Soares e Silva (1997) referem que os hábitos de saúde e comportamentos de risco das crianças e adolescentes são aprendidos em fases precoces do ciclo de vida. Num estudo, cuja finalidade foi verificar a prevalência de comportamento de risco de adolescentes estudantes do ensino secundário, verificou-se que num total de aproximadamente 5000 adolescentes, 36% apresentavam baixos níveis de atividade física, 38% não usavam preservativo nas relações sexuais, 46% apresentava baixo consumo de verduras/frutas e 7 em cada 10 adolescentes apresentaram susceptibilidade para dois destes comportamentos de risco simultaneamente (Junior et al., 2009).

Relativamente ao sono, a literatura indica que a insuficiência do sono está relacionada com o aumento da possibilidade do jovem consumir substâncias para aumentar o estado de alerta e melhorar o humor que, por sua vez, pode prejudicar a relação do adolescente com seus pares e adultos (Carskadon, 1990) e, conseqüentemente, o seu estilo de vida.

O objetivo do presente estudo foi conhecer os preditores da morbilidade psicológica e estilo de vida em adolescentes.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 181 adolescentes de uma escola pública secundária. 63% são do sexo feminino. A média de idade dos adolescentes foi de 16 anos. A maioria dos estudantes (50,3%) encontra-se no 11º ano de escolaridade. 83% pertencem a famílias intactas. Do total da amostra, 44% refere ingerir refrigerantes com cafeína diariamente, 14,5% tem uma mãe fumadora e 37% tem um elemento da família com problemas de sono.

Material

As medidas utilizadas neste estudo foram:

- Epworth-Billings Sleepiness Scale (ESS) (Murray, 1991; versão de investigação de Pereira & Pucci, 2010). Esta escala avalia o grau de sonolência actual diurna. Esta escala é composta por 14 itens. Um resultado elevado indica maior sonolência. O alfa de Cronbach, no presente estudo foi de .73.

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983, versão Portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia, & Silva, 1999). Esta escala avalia a ansiedade e a depressão. A HADS é uma escala de auto-relato de 14 itens. Neste estudo apenas foi considerada a escala a total. Um resultado elevado indica maior morbilidade psicológica. O alfa de Cronbach, no presente estudo, para a escala total foi de .77.

- Questionário de Competências Sociais (QCS) (Pereira & Melo, 2010). Avalia competências sociais como aceitar e pedir ajuda e receber e fazer elogios. Esta escala é constituída por 20 itens. Resultados elevados indicam mais uso de competências sociais. O alfa de Cronbach, no presente estudo, foi de .76.

- Questionário de Estilo de Vida (QEV) (Pereira & Pedras, 2008). Esta escala avalia comportamentos e hábitos de saúde sendo constituída por 24 itens. Um resultado elevado significa adopção de maior número de comportamentos saudáveis. O alfa de Cronbach, no presente estudo, foi de .70.

Procedimento

O estudo foi apresentado numa escola secundária de Braga e pedida autorização para a sua realização. Após aprovação da escola, foi pedido ao encarregado de educação que assinasse um consentimento informado autorizando o(a) filho(a) adolescente a participar no estudo.

O estudo incluiu adolescentes de 16 turmas do 10º/11º ano do ensino secundário. O caderno de questionário foi preenchido no horário lectivo, pré agendado com a secretaria da escola, de acordo com a disponibilidade e colaboração de cada professor.

RESULTADOS

Preditores da Morbilidade Psicológica- Os resultados revelaram que o estilo de vida, o número de refrigerantes com cafeína consumidos por dia e as competências sociais são preditores negativos da morbilidade psicológica. Por sua vez, a sonolência e ser do sexo feminino são preditores positivos. O modelo explicou 34% da variância (quadro 1).

Preditores do Estilo de Vida- Os resultados revelaram que a sonolência, morbilidade psicológica, a mãe fumar e o número de refrigerantes com cafeína consumidos por dia são preditores negativos do estilo de vida. O modelo explicou 24% da variância (quadro 1).

DISCUSSÃO

Ao nível dos preditores da morbilidade psicológica, os resultados mostraram que os adolescentes que apresentam um estilo de vida mais saudável revelam menor morbilidade psicológica. Um estudo verificou que participar em atividades físicas afeta o bem-estar psicológico, diminuindo o stress e depressão (Norris, Carroll, & Cochrane, 2002). Em contrapartida, o uso de tabaco pode ser um causador de uma maior probabilidade de depressão em adolescentes (Lewinsohn, Rodhe, & Seeley, 1998). Outro preditor da morbilidade foi o consumo de refrigerantes com cafeína. A literatura relata que a principal fonte de cafeína na dieta dos adolescentes são os refrigerantes (Orbeta, Overpeck, Ramcharran, Kogan, & Ledsky, 2006). No nosso estudo, o consumo de cafeína prediz menor morbilidade psicológica o que não vai ao encontro da literatura. De facto, Bernstein, Carroll, Crosby, Perwien, Go e Benowitz (1994) encontraram um aumento de ansiedade após o consumo da cafeína em crianças. Contudo, Luebke e Bell (2009) verificaram que o uso de cafeína não se relacionava com a ansiedade mas estava positivamente relacionado com a depressão. O sexo feminino revelou-se preditor positivo da morbilidade psicológica. Adolescentes femininas reportam mais sintomas de ansiedade que os do sexo masculino. De facto, ansiedade, avaliada em termos de preocupação e sensibilidade, prediz duma forma mais intensa sintomatologia depressiva nas raparigas quando comparadas com os rapazes (Chaplin, Gilham, & Seligman, 2009).

Quadro 1: Preditores de Morbilidade Psicológica e Estilo de Vida

Variáveis	Preditores							
	Morbilidade Psicológica				Estilo de vida			
	ΔR^2	B	SE	β	ΔR^2	B	SE	β
Bloco 1	.07 5				.11 8			
Sexo do adolescente		1,22 5	0,9 24	0,107		.01 3	.06 7	.016
Pai fuma		- 0,069	0,9 83	- 0,006		.12 2	.07 1	.135
Mãe fuma		1,20 6	1,2 53	0,077		- 0,211	.09 0	-,182*
Alguém na família com problema de sono		1,19 6	0,8 94	0,106		- 0,015	.06 5	-0,018
Quantidade de cafés bebidos por dia		1,90 8	0,8 66	0,177		- 0,097	0,0 63	-0,122
Quantidade de refrigerantes com		- 0,825	0,6 42	- 0,115		- 0,152	0,0 46	-,287**
Quanto energéticos bebidos por semana		1,28 1	0,7 89	0,145		0,0 54	0,0 57	0,082
				R² aj.: .033				R² aj.: .077
Bloco 2	.37 8				.28 6			
Sexo do adolescente		1,53 3	0,7 78	,134*		0,0 49	0,0 62	0,058
Pai fuma		0,94 8	0,8 25	0,077		0,1 65	0,0	0,11
Mãe fuma		0,56 1	1,0 59	0,036		- 0,19	0,0 83	-,164*
Alguém na família com problema de sono		0,84 2	0,7 42	0,075		0,0 19	0,0 59	0,023
Quantidade de cafés bebidos por dia		0,66 32	0,7 32	0,061		- 0,03	0,0 58	-0,038
Quantidade de refrigerantes com		- 1,49	0,5 54	- ,208**		- 0,163	0,0 43	- ,309***
Quanto energéticos bebidos por semana		0,67 7	0,6 68	0,077		0,0 96	0,0 53	0,148
Questionário estilo de vida (QEV)		- 2,644	1,0 08	- ,195**		- 0,02	- 07	- 0,0
Sonolência (EBSS)		0,17 9	0,0 86	,143*		- 0,02	0,0 07	-,221**
Competências sociais (CS)		- 0,959	0,1 49	- ,463***		0,0 24	0,0 13	,156+
Morbilidade Psicológica (HADS)		- 0,017	- 06	-		- 0,017	0,0 06	-,224+
				R² aj.: .336				R² aj.: .238

+p<.10, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

De entre os transtornos psiquiátricos mais comuns na adolescência que podem afetar o sono estão a depressão e a ansiedade que se encontram associados a problemas de sono (Lucchesi, Pradella-Hallinan, Lucchesi, & Moraes, 2005). Este dado vai de encontro aos resultados do presente estudo, onde a sonolência se revelou um preditor positivo da morbilidade psicológica. As competências

sociais foram um preditor negativo da morbilidade. De facto, os estudos mostram que ter poucas competências sociais está associado a transtornos e problemas psicológicos (Morais, Otta & Scala, 2001).

Ao nível dos preditores do estilo de vida, a sonolência, a morbilidade psicológica, a mãe ser fumadora e o número de refrigerantes com cafeína consumidos por dia foram preditores negativos. Assim, menor morbilidade psicológica prediz melhor estilo de vida. De facto, segundo Donas (1992), os adolescentes que apresentam estilo de vida de alto risco podem desenvolver distúrbios psicológicos com repercussões a morbilidade psicológica, no processo da adolescência. A menor ingestão de bebidas com cafeína está associada a um melhor estilo de vida. Este resultado está de acordo com um estudo que verificou que 20% dos adolescentes que consumiam cafeína apresentavam dificuldades em adormecer (Calamaro, Mason, & Ratcliffe, 2009) e, uma vez a qualidade do sono afectada, é compreensível que existam implicações no estilo de vida. A morbilidade psicológica é um preditor negativo, embora marginalmente, do estilo de vida. Um estudo que avaliou os indicadores de saúde mental entre adolescentes verificou que comportamentos de risco eram mais comuns em jovens com problemas psicológicos (Bush et al., 2007). As competências sociais do adolescente predizem positivamente o estilo de vida. Hoffman, Welte e Barres (2001) verificaram que adolescentes que apresentavam mais comportamentos de risco relatavam mais dificuldade ao nível social e mais delinquência. No presente estudo verificou-se que a mãe ser fumadora é preditor de pior estilo de vida no adolescente indicando que o consumo de tabaco, por parte dos pais, está relacionado com consumo de tabaco nos filhos (Precioso, Macedo, & Rebelo, 2007).

Os resultados obtidos permitem concluir que a intervenção ao nível do estilo de vida nos adolescentes é fundamental para promover a qualidade do sono e diminuir a morbilidade psicológica. A intervenção psicológica deve também incluir os pais dos adolescentes pois a adopção de comportamentos de saúde e um estilo de vida saudável são aprendidos num contexto familiar.

Julgamos ser oportuno referir que o contexto escolar é também um dos contextos privilegiados para intervir com jovens no âmbito da promoção da saúde e, neste sentido, seria importante que os próprios professores e administrativos pudessem ser alvo de acções de formação, a este nível, no sentido de promoverem os comportamentos de saúde entre os jovens contribuindo para a diminuição dos comportamentos de risco.

Finalmente, seria importante que os jovens com problemas de sonolência diurna nas actividades lectivas pudessem ser sinalizados no sentido duma avaliação sobre as possíveis causas de tais dificuldades para que se possa intervir precocemente antes que os problemas de sono afectem o rendimento académico.

REFERÊNCIAS

- Aronen, E. T., Paavonen, E. J., Fjällberg, M., Soininen, M., & Törrönen, J. (2000). Sleep and psychiatric symptoms in school age children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4), 502-508.
- Beauchamp, M., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136(1), 39-64.
- Bernstein, G. A., Carroll, M. E., Crosby, R. D., Perwien, A. R., Go, F. S., & Benowitz, N. L. (1994). Caffeine Effects on Learning, Performance, and Anxiety in Normal School-Age Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 407-415.
- Bush, T., Richardson, L., Katon, W., Russo, J., Lozano, P., McCauley, E.,...Oliver, M. (2007). Anxiety and depressive disorders are associated with smoking in adolescents with asthma. *Journal of Adolescent Health*, 40(5), 425-432.
- Calamaro, C. J., Mason, T. B. A., & Ratcliffe, S. J. (2009). Adolescents living the 24/7 lifestyle: effects of caffeine and technology on sleep duration and daytime functioning. *Pediatrics*, 123(6), 1005-1010.
- Carskadon, M.A. (1990). Patterns of Sleep and Sleepiness in Adolescents. *Pediatrician*, 17(1), 5-12.
- Chaplin, T.M., Gillham, J.E., & Seligman, M.E. P. (2009). Gender, Anxiety, and Depressive Symptoms :A Longitudinal Study of Early Adolescents. *Journal of Early Adolescence* 1, 29(2), 307-327.
- Colrain, I. M., & Baker, F. C. (2011). Changes in sleep as a function of adolescent development. *Neuropsychol Review*, 21, 5-21.
- Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health: sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*, 31, 175-184.
- Donas, S. (1992). Marco epidemiológico-conceitual de saúde integral do adolescente. *Organização Mundial de Saúde, Brasma, Brasil*.
- Gaina, A., Sekine, M., Hamanishi, S., Chen, X., Wang, H., Yamagami, T.,...Kagamimori, S. (2007). Daytime Sleepiness and Associated Factors in Japanese School Children. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 518-522.
- Haager, D., & Vaughn, S. (1995). Parent, teacher, peer, and self-reports of the social competence of students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 28(4), 205-215, 231.

Hoffman, J. H., Welte, J. W., & Barnes, G. M. (2001). Co-occurrence of alcohol and cigarette use among adolescents. *Addictive Behaviors*, 26(1), 63-78.

Ivanenko A., Crabtree V. M., & Gozal, D. (2005). Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 9(2), 115-129.

Júnior, J. C. F., Nahas, M. V., Barros, M. V. G., Loch, M. R., Oliveira, E. S. A., De Bem, M. F. L.,...Lopes, A. S. (2009). Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Pan American Journal of Public Health*, 25(4), 344-352.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765-94.

Lucchesi, L. M, Pradella-Hallinan, M., Lucchesi, M., & Moraes, W. A. S. (2005). O sono em transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 27-32.

Luebke, A.M., & Bell, D.J. (2009). Mountain Dew® or Mountain Don't?: A Pilot Investigation of Caffeine Use Parameters and Relations to Depression and Anxiety Symptoms in 5th and 10th-Grade Students. *Journal of School Health*, 79(8), 380-387.

McIntyre, T. M., Soares, V., & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 219-232.

Millman, R. P. (2005). Excessive Sleepiness in Adolescents and Young Adults: Causes, Consequences, and Treatment Strategies. *Pediatrics*, 115(6), 1774-1786.

Mindell, J. A., & Meltzer, L. J. (2008). Behavioural Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Annals of the Academy of Medicine*, 37, 722-728.

Morais, M. L. S., Otta, E., & Scala, C. T. (2001). Status sociométrico e avaliação de características comportamentais: Um estudo de competência social em pré-escolares. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14, 119-131.

Murray, J. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14(6), 540-545.

Norris, R., Carroll, D., & Cochrane, R. (2002). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(1), 55-65.

Orbeta, R.L, Overpeck, M.D., Ramcharan, D., Kogan, M.D., & Ledsky, R. (2006). High caffeine intake in adolescents: associations with difficulty sleeping and feeling tired in the morning. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 451-453.

Pereira, M. G., & Melo, M. (2010). *Questionário de Competências Sociais*. Versão de Investigação. Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

Pereira, S., & Pedras, S. (2008). *Questionário de Estilo de Vida*. Versão de Investigação. Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

Precioso, J., Macedo, M., & Rebelo, L. (2007). Relação Entre o Tabagismo dos Pais e o Consumo de Tabaco dos Filhos: Implicações para a Prevenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 259-266.

Roberts R.E., Lewinsohn P.M., & Seeley J.R. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1608-1617.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

VÍNCULO NA UNIVERSIDADE - EFEITOS DAS BOAS AMIZADES SOBRE O BEM-ESTAR E O RENDIMENTO DE ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DA AMAZÔNIA/BRASIL

ANTÔNIO ROAZZI 1 & SUELY APARECIDA DO NASCIMENTO MASCARENHAS 2

O interesse deste estudo é compreender os efeitos das relações de vinculação e amizade sobre o bem-estar e o rendimento acadêmico em contexto universitário. A literatura especializada evidencia que pensamento e linguagem são elementos inseparáveis condicionados e determinados pelas circunstâncias histórico-culturais e trajetórias de vida pessoais. Compreendemos que o ser humano é produto das condições históricas que determinam sua formação, porém ao mesmo tempo, contribui ativamente de uma forma ou de outra para manter, transformar e revolucionar essas condições, inclusive a si mesmo (Arias, 2005). Todavia, o atual estado da arte das investigações psicológicas conclui por um conjunto de evidências de que o processo de desenvolvimento psicológico é constituído por várias dimensões ainda em estudo e não conclusivas. As pesquisas revelam que tanto variáveis cognitivas como contextuais exercem efeitos sobre a conduta e precisam ser consideradas na compreensão e explicação do comportamento humano (Arias, 2005; Candeias & Almeida, 2007). O objetivo deste estudo introdutório é contribuir com o avanço da compreensão de efeitos da vinculação sobre a conduta dos estudantes em contexto acadêmico. E, nesta compreensão, analisar elementos que gerem bem-estar e colaborem com as condições de estudo-aprendizagem exercendo efeitos sobre a conduta do estudante universitário no processo de estudo impactando nos indicadores de rendimento acadêmico.

Se considerarmos o conceito de saúde proposto pela ONU (1948), esta poderá ser entendida de certa forma como um sinônimo de bem-estar em sentido amplo. Na perspectiva de que o comportamento é a causa e o bem-estar, a saúde ou a doenças são os efeitos da conduta (Ribeiro, 2007), entendemos que uma psicopedagogia da saúde seja necessária. Deste modo as instituições poderão estabelecer processos de re-educação cognitiva e comportamental que contribuam para a criação, a modificação e a consolidação de bons hábitos para que as pessoas recuperem, previnam e mantenham a saúde física, mental, psicológica e emocional ao longo de sua existência.

1-Universidade Federal de Pernambuco; 2- Universidade Federal do Amazonas.

Tal conduta de educação para a saúde em sentido amplo pode ser adotada a partir de ações sistemáticas incluídas nos currículos e programas dos cursos regulares de educação formal em todas as esferas por um lado, e por outro lado, pela criação de políticas de educação informal que realizem campanhas educativas associando cuidados com a saúde, bem-estar, satisfação pessoal e felicidade nos meios de comunicação de massa.

Sistema de vinculação, boas amizades e bem-estar na universidade

O sistema de vinculação é o aparato psicológico que aciona comportamentos associados à segurança e apoio em contexto social. Tal sistema aciona um processo subjetivo de natureza comportamental- cognitivo-emocional. Vinculação, de acordo com a literatura especializada é um sistema com funcionamento contínuo estando permanentemente operativo, variando de intensidade com dois fatores interferentes; (i) a condição subjetiva da pessoa e (ii) as condições do ambiente com presença ou ausência de situações/estímulos ameaçadores, presença ou ausência, proximidade e acessibilidade de figuras de vinculação que precisam estar acessíveis e disponíveis do ponto de vista físico e emocional respondendo às necessidades de apoio e atenção do sujeito (Soares, 2009). Neste contexto desponta a amizade, uma das virtudes consideradas mais sólidas dentre as relações humanas (Bennett, 1995). Na trajetória acadêmica caracterizada pelo esforço para o desenvolvimento conceitual e profissional, as relações de amizade podem ter papel importante no suporte às atividades de estudo-aprendizagem ao longo do curso. Este trabalho aporta informações sistematizadas originais que demonstram a associação das relações de vinculação e amizade com bem-estar e rendimento acadêmico de estudantes universitários. Contar com amigos gera um sentimento de tranquilidade e bem-estar diante das adversidades e exigências do mundo acadêmico razão pela qual a temática estando presente nas agendas de gestão dos gestores do ensino superior considerando que se trata de fenômeno de natureza cognitiva, comportamental e emocional que exerce efeitos sobre o bem-estar e o rendimento acadêmico cuja gestão pode contribuir para a realização de atividades que promovam e previnam saúde e bem-estar no contexto acadêmico.

MÉTODO

Trata-se de investigação de cunho transversal com enfoque quali-quantitativo com suporte de revisão bibliográfica e levantamento de dados originais (Almeida & Freire, 2003) tanto com a utilização de técnicas qualitativas como quantitativas (Borgan & Biklen, 1994; Ribeiro, 2008) associando ao enfoque histórico-cultural da pesquisa em psicologia e educação (Fariñas, 2010).

Participantes

Participaram desta pesquisa uma amostra constituída por n=1441 estudantes, sendo 55,1% do sexo feminino e 44,9% do sexo masculino, faixa de idade compreendida entre o intervalo de 18 a 60 anos, matriculados em diversos cursos da UFAM, UNIR e UFGD.

Material

Para o diagnóstico de aspectos do fenómeno vinculação no contexto académico em causa, foi aplicado o “Questionário Sobre Relações Afetivas de Amizade - QSRAA” (Roazzi, 2008). O instrumento é constituído por 36 itens repartidos numa escala *Likert* de 7 pontos: 1.Completamente falso, 7. Completamente verdadeiro. A fiabilidade do instrumento é 0,96 e os itens foram correlacionados com variáveis indicadoras de rendimento e bem-estar contidos no caderno de instrumentos da pesquisa.

Procedimentos

Os dados foram coletados em horário de aula previamente agendado com os docentes no exercício académico de 2010. Os participantes foram informados dos objetivos da investigação e convidados a participar voluntariamente da pesquisa observando procedimentos éticos vigentes.

RESULTADOS

Os indicadores descritivos de média e desvio padrão dos itens que integram o instrumento de coleta de dados utilizado e um depoimento de grupo focal podem ser verificados abaixo (Quadros 1 e 2) onde no quadro 1 estão destacados os indicadores que se sobressaem (tens: 3, 4, 8, 15, 19, 27, 29, 31,33 e 35) e no quadro 2 um depoimento sobre vinculo e rendimento. O conjunto de informações permite concluir pela ocorrência de boas relações de amizade no contexto universitário em estudo, bem como pelo registro de efeitos significativos da totalidade dos itens sobre o rendimento académico:

Quadro1: Média, desvio padrão, do questionário acerca de relações de amizade aplicado a universitários do Brasil n=1441 estudantes universitários

Itens	Mín.	Máxi.	M	DP
1. Prefiro não mostrar ao meu amigo como me sinto de verdade internamente	1	7	4,50	2,30
2. Tenho medo de ser deixado/a	1	7	4,17	2,39
3. Sinto-me muito a vontade quando a relação de amizade torna-se estreita	1	7	5,52	1,87
4. Preocupo-me muito com minha relação afetiva	1	7	5,87	1,61
5. Logo que minha amizade começa a se tornar mais estreita, tenho a tendência de me afastar.	1	7	3,69	2,41
6. Tenho medo que o meu amigo/a não me aprecie tanto quanto eu o/a aprecio.	1	7	4,10	2,35
7. Sinto desconforto quando, na minha relação de amizade, se estabelece uma relação muito estreita.	1	7	3,98	2,39
8. Preocupo-me muito em perder o meu amigo/a.	1	7	5,18	2,14
9. Tenho dificuldade em me abrir com o meu/minha amigo/a.	1	7	4,14	2,44
10. Com frequência desejo que os sentimentos do meu amigo/a em relação a mim sejam tão fortes quanto os meus em relação a ele/a.	1	7	5,03	2,13
11. Gostaria de alcançar uma maior profundidade nas minhas relações afetivas, mas sempre volto atrás	1	7	4,09	2,30
12. Com frequência gostaria de ter um relacionamento estreito com o meu amigo/a, e isto, às vezes, o amedronta e o afasta.	1	7	3,64	2,37
13. Fico nervoso quando as relações afetivas se tornam muito estreitas	1	7	3,73	2,46
14. Tenho medo de ficar só.	1	7	4,42	2,48
15. Sinto-me confortável em compartilhar com o meu amigo/a os meus pensamentos e sentimentos mais pessoais (reservados).	1	7	5,44	1,97
16. Às vezes, o meu desejo de estabelecer um relacionamento muito próximo amedronta e afasta as pessoas.	1	7	3,55	2,43
17. Procuro evitar alcançar uma proximidade excessiva no relacionamento com o meu amigo/a.	1	7	3,94	2,37
18. Tenho necessidade de ser muito ressegurado/a que meu amigo /a me quer bem	1	7	4,30	2,26
19. Encontro bastante facilidade em estabelecer um relacionamento estreito com o meu amigo/a.	1	7	5,13	2,06
20. Às vezes tenho a impressão de forçar o meu amigo/a a demonstrar mais sentimentos e maior dedicação para comigo	1	7	3,68	2,49
21. Acho difícil confiar completamente em meu/minha amigo/a	1	7	4,29	2,33
22. Não me preocupo muito em ser deixado/a sozinho/a	1	7	4,19	2,34
23. Prefiro não entrar em excessiva proximidade com o meu amigo/a.	1	7	3,90	2,35
24. Se não consigo fazer com que o meu amigo demonstre interesse por mim, fico perturbado/a e com raiva	1	7	3,43	3,00
25. Digo quase tudo ao/a meu/minha amigo/a	1	7	4,85	2,14
26. Acho que o meu amigo/a não quer estabelecer comigo a relação estreita que eu desejaria alcançar	1	7	3,80	2,38
27. Geralmente falo com o meu amigo/a sobre os meus problemas e as minhas preocupações	1	7	5,32	1,98
28. Quando não mantenho uma relação de amizade profunda, sinto-me bastante ansioso/a e inseguro/a.	1	7	4,17	2,37
29. Sinto-me confortável em confiar no meu amigo/a	1	7	5,51	1,87
30. Sinto-me frustrado/a quando o/a meu/minha amigo/a não está presente da forma que eu gostaria.	1	7	4,44	2,28
31. Não me importo em pedir conforto, conselho ou ajuda a um/a amigo/a	1	7	5,27	2,01
32. Sinto-me frustrado se o/a amigo/a não está disponível da forma que eu gostaria.	1	7	4,28	2,32
33. Ajuda-me procurar o/a meu/minha amigo/a nos momentos de necessidade.	1	7	5,11	2,03
34. Quando o/a meu/minha amigo/a me critica, sinto-me muito incomodado/a	1	7	4,39	2,26
35. Dirijo-me `a/ao meu/minha amigo/a por muitas coisas, inclusive conforto e segurança	1	7	5,19	2,03
36. Fico magoado/a quando o/a meu/minha amigo/a não me procura	1	7	4,36	2,34

Quadro 2 Resultado Grupo focal – importância do vínculo e das amizades nas atividades de estudo-aprendizagem no contexto universitário

Participante	Fala
Estudante curso pedagogia, sexo feminino, período: 7º	<i>Com relação à amizade na universidade e seus efeitos sobre o rendimento acadêmico, nota-se, que dentro de um ciclo de amizade muitos são beneficiados e outros não, pelo fato da afinidade e cumplicidade, isso faz com que, alguns saiam prejudicados, por causa do interesse. Eu já passei por isso, e sei que não fácil você compreender a amizade e conciliar amizade com o estudo, sendo que, se uma pessoa do grupo quiser favorecer pela amizade outro colega que não estão se empenhando totalmente ou não está preocupado com os trabalhos faz com que toda a estrutura de relacionamento do grupo se desmonte e fique fragilizada. Sempre haverá perdas e ganhos, e no meu caso eu percebi que tive que moldar mais o tipo de amizade para que eu pudesse aprender mais e ganhar mais com isso.</i>

As informações aportadas por esta pesquisa demonstram a associação entre relações de vinculação, bem-estar e rendimento acadêmico de estudantes universitários brasileiros (contexto amazônico). Os novos conhecimentos disponibilizados com a realização da pesquisa podem contribuir para apoiar a tomada de decisões de equipes que atuam na gestão acadêmica bem como contribuir com a continuidade de estudos neste domínio da psicologia e da educação no ensino superior. Por outro lado aponta para a possibilidade da implementação de uma psicopedagogia para a promoção da saúde e do bem-estar em todos os contextos educativos formais ou informais e todas as esferas da escolarização valorizando os efeitos da qualidade das relações de vínculo e amizade sobre o bem-estar e o rendimento dos estudantes.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. da S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*, 3ª edição revista e ampliada, Braga: Psiquilíbrios edições.
- Arias, G. B. (2005). *La persona en lo histórico cultural*. São Paulo: Linear B.
- Bennett, W. J. (1995). *O livro das virtudes*, 18ª reimpressão, Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bogdan, R., & Biklen, S.(1994). *Investigação qualitativa em educação uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto: Porto.
- Candeias, A. A., & Almeida, L. S. (Coord.) (2007). *Inteligência humana*, Vol1. Coimbra : Quarteto.
- Fariña, G. L. (2010). *A interdisciplinaridade nas ciências sociais a contribuição da psicologia desde uma perspectiva do pensamento complexo*, São Paulo:Terceira margem.

- Mascarenhas, S., & Roazzi A. (2011). Avaliação de diferenças de gênero verificadas nas relações de amizade na universidade – uma investigação com estudantes da UFAM, *Anais do 7º congresso Norte Nordeste de psicologia*. Salvador, Bahia, disponível em www.conpsi7.ufba.br. Acesso 10/11/2011.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e saúde*, Porto: Livpsic.
- Roazzi, A., Dias, M. da G. B.B., Athias, R., Brandão, M do C., Campelo, B. & Brien, D. (2007). Inteligência, processos mentais e contexto cultural, pág. 19-49. In Candeias, A. A. & Almeida, L. S. (Coord.) (2007). *Inteligência humana*, Vol1. Coimbra : Quarteto.
- Soares, I. (2009). Desenvolvimento da teoria e da investigação de vinculação: In Soares, I. (Coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*, (2ª edição, pp.13-45), Braga, Psiquilíbrios edições.

EFEITOS DO VÍNCULO SOBRE A SAÚDE PSICOLÓGICA E O RENDIMENTO DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

ANTÔNIO ROAZZI 1, SUELY A. N. MASCARENHAS 2 & FLÁVIA PANTOJA GOMES 2

Os significados e os sistemas de explicação que se atribuíam a doença ou saúde obtiveram grandes mudanças ao longo da história, onde estavam intimamente relacionados às características de cada sociedade e cada época, onde não só tinham explicação para a doença, mas também as suas próprias práticas de saúde.

No período pré-histórico as doenças eram causadas por espíritos maus, tratados com trepanação (pequenas cirurgias; Straub, 2007), onde somente um xamã poderia curá-lo. Já na Grécia antiga, as doenças eram causadas pelo desequilíbrio dos humores do corpo, e poderiam ser curadas com dieta e uma vida moderada. Com o passar do tempo, já no século XIX os organismos microscópicos eram os responsáveis pelas doenças, e a cura poderia vir por meio de cirurgia e imunização. Na década de 1920, as causas das enfermidades eram originadas pela mente e pelas emoções e tratadas com psicanálise. Com o passar do tempo a medicina foi se revolucionando, e no século XXI acreditasse que as doenças são causadas pelos fatores biopsicossociais, e podem ser curadas ou minimizadas por métodos modernos e flexíveis de tratamento. (Straub, 2007)

A saúde das pessoas foi sempre levada em conta apenas como a ausência de doenças físicas, mas de acordo com a literatura psicológica a saúde está dividida em três campos: a saúde física, a saúde social e a saúde psicológica. O desequilíbrio de uma delas afeta as outras duas, ou seja, o ser humano depende das três para ter uma vida plenamente saudável (Straub, 2007).

A definição de psicologia da saúde, conforme Matarazzo (1982) compreende o domínio da psicologia que ocorre aos conhecimentos originários das diversas áreas da psicologia, com vista na prevenção e tratamentos de doenças, à promoção e proteção da saúde.

Relacionando essa definição com a área educacional o vínculo, tanto familiar como o dos amigos, é um fator importante para que esses eixos da saúde social e da saúde psicológica estejam em equilíbrio, pois o vínculo afetivo desempenha um papel fundamental na constituição e funcionamento da

1-Universidade Federal de Pernambuco; 2-Universidade Federal do Amazonas.

inteligência, determinando os interesses e necessidades individuais, sendo o afeto primordial para o bem estar de uma pessoa.

O vínculo entre os próprios estudantes e demais membros da comunidade acadêmica favorece a saúde e bem estar, levando a uma boa saúde social exercendo, assim efeitos sobre o rendimento acadêmico. Pois em uma sala de aula onde o vínculo afetivo é levado em consideração, provavelmente formará indivíduos com condições para lidar com seus sentimentos o que contribuirá para um mundo menos agressivo. Para que isso aconteça, é preciso que haja uma relação de respeito e cumplicidade entre professor e aluno (Sobral, 2007).

Esta pesquisa de cunho transversal tem a finalidade de estudar a importância do vínculo na saúde psicológica e no rendimento dos alunos, e tem como objetivo analisar a importância do vínculo na saúde e no bem estar dos estudantes universitários, visando uma compreensão de como o fator vínculo é importante para uma saúde mental adequada para os estudantes universitários desenvolverem todos os seus potenciais cognitivos. O trabalho integra uma investigação mais ampla, realizada ao abrigo do Projeto de pesquisa objeto do processo 401.468/2009-7 CNPq.

Com o presente trabalho, buscamos a compreensão de que é preciso tomar o cuidado para que as relações entre os alunos e demais membros sejam menos agressivas e se crie as condições para que valores como a amizade e o afeto vincular, façam parte da vida educacional, evitando-se consequências maléficas à convivência, o rendimento e principalmente à saúde psicológica dos estudantes

É importante frisar que no ambiente escolar a solidariedade e o sentimento de afeição, o companheirismo, entre as pessoas tomem o lugar do desrespeito e da indiferença em relação ao outro.

De acordo com literatura a palavra saúde deriva-se da língua alemã que é representado em inglês pelas palavras *hole*, que significa saúde, e *whole* que em português é integridade. (Straub, 2005)

Segundo Straub (2005) a saúde esta dividida em três eixos: da saúde física, que sugere um corpo livre de doenças e que tenha hábitos de vida saudáveis; a saúde psicológica, que implica em um pensar de forma clara, ter um senso geral de bem-estar, uma estabilidade emocional; e a saúde social, que significar ter boas habilidades interpessoais, uma boa relação com seus amigos e familiares, e está ligada ao *status* socioeconômicos, a educação, a etnia, a cultura e ao gênero. Cada eixo afeta o outro, ou seja, o desequilíbrio de um deles afeta os outros dois campos da saúde. Com isso, para que uma pessoa esteja plenamente saudável é preciso que todos os três campos estejam em harmonia e em perfeito estado de funcionamento.

O vínculo entre familiares e amigos é um fator importante para que esses eixos da saúde social e da saúde psicológica estejam em equilíbrio, sendo o afeto primordial para o bem estar de uma pessoa. De acordo com o dicionário técnico de psicologia, vínculo é “uma conexão entre estímulos ou reação ou,

mais genericamente, entre dois processos psicológicos de qualquer natureza” (Cabral& Nick, 2006). E em uma percepção mais ampla o vínculo é tudo aquilo que ata, liga ou apertam laço moral, ônus, “o que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência” (entre duas ou mais coisas ou pessoas) (Aurélio, 1999)

Mascarenhas e Roazzi (2011) iniciaram os estudos sobre vínculo e rendimento no ensino superior no contexto acadêmico do interior amazônico, com a amostra de 1113 estudantes, como resultado da pesquisa constataram a relevância dos vínculos na universidade, mostrando que as relações de amizade favorecem o bom rendimento acadêmico. Em outro estudo na mesma vertente, analisando os indicadores obtidos na perspectiva de gênero na universidade, concluíram que ocorrem diferenças de gênero quanto à relação afetiva de amizades na universidade.

Quando se trata de estudantes, especialmente entre os universitários, o vínculo caracterizado pelo estabelecimento de relações de amizade entre os próprios que favorece a saúde e bem-estar, que por sua vez, leva a uma boa saúde social exercendo efeitos sobre o rendimento acadêmico uma vez que não é possível desenvolver atividades cognitivas e sociais sem que a afetividade seja trabalhada sendo de essencial importância o vínculo afetivo para o desenvolvimento da aprendizagem e a convivência no ambiente acadêmico. (Gomes & Mascarenhas, 2011)

A afetividade desempenha um papel fundamental na constituição e funcionamento da inteligência, determinando os interesses e necessidades individuais. E amizade é um fator importante para a saúde mental do educando, e esse apoio sentimental é muito importante para a etapa da escolarização, pois estudos concluem que amizade, assim, como também, o companheirismo, a compreensão, são favoráveis à boa aprendizagem em sala de aula (Gomes & Mascarenhas, 2011). Não é apenas ter um amigo que impulsiona a adaptação social e escolar, também é importante que essas amizades sejam recíprocas.

O vínculo no ambiente acadêmico é importante para que os alunos tenham uma melhor ideia de mediação e de internalização do conhecimento, pois estes são aspectos fundamentais para a aprendizagem, e a construção do conhecimento ocorre a partir de um intenso processo de interação entre as pessoas, que, por sua vez favorece também a saúde social dos indivíduos. (Tassoni, 2009)

A auto-estima tem ocupado uma posição central na explicação do vínculo humano e, ainda, é fundamental para o desenvolvimento e ajustamento dos indivíduos à sociedade, já que podemos considerar a auto-estima como a saúde psicológica do indivíduo, pois ela é formada por fatores internos, onde as ideias e comportamento são criados por ele, e o externo, onde as pessoas e as experiências são transmitidas de fora para dentro, e o que é transmitido para pessoa vai definir se irá apresentar auto-estima baixa ou elevada. (Branden, 2002)

Com base nessa definição, fica claro que a auto-estima tem valor fundamental no vínculo entre pessoas, visto que, é uma poderosa necessidade humana, que contribui, essencialmente, para o processo vital. Uma auto-estima negativa interdita o crescimento psicológico, enquanto que a auto-estima positiva oferece força, resistência e capacidade de regeneração, contribuindo para uma saúde psicológica plena. (Claret, 1995).

A aprendizagem é uma atividade humana, individual e coletiva, que requer uma série de contribuições (esforço, tempo, aptidões, etc.), que os indivíduos podem desenvolver, de melhor maneira, se houver um ambiente com pessoas que estejam inter-relacionados, com espírito de companheirismo e confiança, onde uns podem contar com a ajuda dos outros para a realização de um trabalho, e isso vai contribuir tanto para o desenvolvimento cognitivo, como também irá beneficiar os fatores psicológicos e sociais. A potencialidade desse tipo de interação, porém, não se esgota nos aspectos cognitivos. Ao contrário, na interação entre alunos, estão em jogo também processos e mecanismo de caráter motivacional, afetivo e relacional que atribuem, igualmente, para explicar sua efetividade para a aprendizagem escolar e para o desenvolvimento de capacidades de tipo diverso por parte dos alunos. Podemos entender que a interação entre alunos pode promover não apenas processos de construção de significados, mas também de atribuição positiva de sentido à aprendizagem em contexto educativo formal. (Colomina & Onrubia, 2004)

Aprendizagem é um processo vincular, onde só pode ocorrer através de relações de interações sociais harmônicas e afetivas, pois “toda aprendizagem está impregnada de afetividade, já que ocorre a partir das interações sociais, num processo vincular.” (Tassoni, 2006. p.03)

A ausência de vínculo no ambiente educacional pode afetar a saúde tanto social como psicológica do estudante, promovendo assim um declínio em seu rendimento. No que se refere à educação acadêmica, como em qualquer outro segmento educacional, é de extrema importância que o estudante goze de boa uma saúde mental, psicológica e emocional para que o seu desenvolvimento cognitivo e sua aprendizagem sejam favoráveis.

A saúde mental de acordo com a literatura é um estado relativamente constante da pessoa emocionalmente bem ajustada, com gosto pela vida, capacidade comprovada de auto-realização e de autocrítica objetiva. É um estado positivo e não mera ausência de distúrbios mentais (Cabral & Nick, 2006;Dorch, 2002)

Com isso a inter-relação entre as pessoas é fundamental para relação entre vínculo afetivo e o desempenho acadêmico dos educandos, pois relações afetivas positivas entre os integrantes da comunidade educativa no ensino superior provocam um ajustamento emocional positivo, que propicia um relacionamento afetivo benéfico para a saúde psicológica, e conseqüentemente para o rendimento acadêmico alto.

Para que se desenvolva uma boa relação educativa é preciso que o contexto do ambiente acadêmico promova a auto-estima e combata o desânimo e a falta de motivação. Como refere Galvão (1995), as reações causadas pelas emoções no ambiente, funcionam como combustível para sua manifestação, ou seja, um ambiente onde professores e alunos estão em total desarmonia, o rendimento e o interesse entre o ensino-aprendizagem irá diminuir. Com isso é importante que a universidade veja um ambiente acadêmico acolhedor, onde a amizade entre os educando possam produzir benefícios tanto afetivos como cognitivos, e as suas relações sejam de total afeto e companheirismo, pois com um ambiente com tais características a autoconfiança dos estudantes favorece que construam uma imagem positiva de si, dessa forma possibilitar a aprendizagem, a saúde e o bem-estar psicossocial neste contexto.

Com a educação emocional, cria-se vínculo afetivo significativo. O que ocorre com o comprometimento mútuo entre os protagonistas do contexto acadêmico, respeitando a individualidade de cada um como pessoa, de modo a todos possam desenvolver plenamente as suas habilidades cognitivas e sociais.

CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que as relações vinculares entre os próprios estudantes favorecem uma vida com saúde e bem estar, exercendo efeitos sobre o rendimento acadêmico. A saúde do educando perpassa por um estado relativamente constante da pessoa emocional, e o vínculo afetivo traz para o educando um gosto pela vida, fazendo com que faça uma autocrítica positiva sobre si mesmo.

A amizade e o apoio emocional favorecem para a autoconfiança dos estudantes universitários, proporcionando bom ajustamento psicológico e uma auto estima elevada, pois “é de essencial importância o vínculo afetivo para o desenvolvimento da aprendizagem e a convivência escolar” (Gomes & Mascarenhas, 2011). A qualidade das interações no ambiente universitário favorece a saúde psicológica exercendo efeitos sobre a qualidade do rendimento e da aprendizagem.

Portanto, para que os estudantes desenvolvam uma boa aprendizagem é preciso que esteja com sua saúde psicológica e social em equilíbrio, e o vínculo entre amigos na universidade vem favorecer esses fatores, pois a aprendizagem de qualidade é favorecida pelo afeto mútuo e no companheirismo entre amigos.

REFERÊNCIAS

- Branden, N. (2002). *Auto-estima e seus seis pilares*. São Paulo: Saraiva. ed. 7.
- Cabral, Á., & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de psicologia*. São Paulo: Cultrix.
- Chalita, G. (2001). *Educação: a solução está no afeto*. São Paulo: Gente.

- Claret, M. (1995). *O Poder da Auto-Estima*. São Paulo: Martin Claret.
- Dorsch, F. *Diccionario de psicología* (2002), 8ª edição, Barcelona: Herder.
- Ferreira, A. B. de H. (1999). *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,
- Galvão, I. (199). *Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Gomes, F. P., & Mascarenhas, S. A. do N. (2011, julho). *Vínculo, cooperação e rendimento: um estudo com estudantes da Amazônia. Anais do II seminário internacional da orientação educativa da educação básica*. Humaitá-AM, Brasil.
- Martins, M. da C. de A. (2011). *Factores de risco psicossociais para a saúde mental*. Recuperado em: 11 setembro, 2011.
- Matarazzo, J.D. (1982). *Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology*. American Psychologist, 37 (1), 1-14
- Mascarenhas, S., & Roazzi A. (2011). Avaliação de diferenças de gênero verificadas nas relações de amizade na universidade – uma investigação com estudantes da UFAM, *Anais do 7º congresso Norte Nordeste de psicologia*. Salvador, Bahia, disponível em www.conpsi7.ufba.br. Acesso 9/11/2011.
- Oliveira, M. K. *O problema da afetividade em Vygotsky*, em La Taille, Y., Dantas, H., Oliveira, M. K. (1992). *Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo: Summus.
- Outeiral, J. O. (1993). *O adolescente borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Palácios, J., & Oliva, A. (2004). *A adolescência e seu significado evolutivo*. In. Cool, César; Marchesi, Álvaro; Palacios, Jesús. *Desenvolvimento psicológico e educação*. (D. V. de Moraes, Trad.). ed. 2. Porto Alegre: Artemed.
- Sobral, M. de L. (2007). *A influência da afetividade no ambiente pedagógico*. Recuperado em 2 agosto, 2011.
- Tassoni, E. C. M. (2006). *Afetividade e aprendizagem: a relação professor-aluno*. Campinas-MG. Recuperado em 2 agosto, 2011.
- Seibert, V., Nascimento, C. T., Vilani, A. Silva, M., & Brancher, V.. *O vínculo afetivo como processo de aprendizagem desenvolvido por crianças pertencentes ao ensino fundamental*. Recuperado em 25 julho, de 2011.
- Vygotsky, L. S. (1994). *A formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes.

NOVA PATERNIDADE: O ENVOLVIMENTO PATERNO NA DEFICIÊNCIA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

CRISTINA REIS & ISABEL LEAL

Enquanto o envolvimento materno tem sido estudado sob uma larga variedade de perspectivas, actualmente, o envolvimento paterno tem sido alvo de um crescente interesse, fortemente relacionado com a mudança dos comportamentos paternos ao longo do tempo.

O facto de os pais e as mães desempenharem papéis diferentes na vida da criança pode ser comprovado pelos dados da investigação de Lamb (2010), que indicam que as mães ocupam o seu tempo em tarefas convencionais, investindo mais nos cuidados físicos e em brincadeiras tranquilas. Pelo contrário, os pais praticam brincadeiras variadas, razão pela qual as crianças preferem brincar com os seus pais e aderem mais às brincadeiras quando os pais as iniciam, do que quando as mães têm iniciativa (Lewis & Lamb, 2003; Pimenta et al. 2010).

O desenvolvimento do construto de envolvimento paterno proposto por Lamb, Pleck, Charnov e Levine (1985), é uma das caracterizações de envolvimento paterno mais bem definida e aceite actualmente. Os autores sugeriram que o envolvimento paterno seria composto por três componentes principais: a interacção, designando o contacto directo do pai com o seu filho em cuidados e actividades partilhadas; a acessibilidade à criança, isto é, a presença física e psicológica e a disponibilidade do pai para com a criança, acontecendo ou não a interacção directa entre pai e filho; e a responsabilidade, que tem por base o papel que o pai exerce nos cuidados e recursos para a criança, providenciando, por exemplo, a contratação de uma ama, a marcação de consultas com o pediatra ou determinando se a criança precisa de roupas novas (Lamb et al., 1985). Os mesmos autores indicam ainda alguns dos factores passíveis de influenciar o envolvimento paterno, salientando: a motivação, que corresponde ao desejo de envolvimento por parte do pai; as habilidades, essenciais ao sucesso e prazer nos cuidados diários da criança; o apoio, relacionado com a aprovação do envolvimento paterno por outras pessoas; por último, os factores institucionais, que abrangem o emprego do pai, podendo constituir um entrave a um maior envolvimento com a criança (Lamb et al., 1985).

Mais tarde, Lamb (2010) trabalhou na reconceptualização do construto do envolvimento paterno e organizou a definição em três componentes primárias: o compromisso positivo em actividades, o calor e responsividade, e o controlo. Esta recente reconceptualização inclui ainda dois domínios auxiliares, que correspondem ao cuidado indirecto e ao processo de responsabilidade, tendo sido designados auxiliares, por clarificarem os dois aspectos distintos da componente de responsabilidade original.

Ao nascer um filho com deficiência numa família, há um contraste acentuado entre o filho esperado e o que acaba de nascer, afectando a função materna, pois a mãe sofre pelo luto da perda do filho imaginado a partir de uma série de expectativas a serem confirmadas no nascimento (Anauate & Amiralian, 2007). Nesta fase, são previsíveis os sentimentos de culpa e de vergonha nos pais, que poderão implicar um conjunto de atitudes afectivas, que não favorecem o desenvolvimento da criança. No momento do diagnóstico inicial, os pais relatam geralmente uma sensação de impotência na tomada de decisão sobre o processo dos seus filhos (Rix & Paige-Smith, 2008).

A investigação de Ozgun e Honig (2005) com o objectivo de avaliar o envolvimento dos pais após o acolhimento de crianças com necessidades especiais, demonstrou que as mães apresentaram uma maior nível de envolvimento dos que os pais em todas as actividades. Os melhores preditores do envolvimento dos pais foram a posição do pai no emprego, a satisfação com o nível de envolvimento da mãe e ainda o grau de educação. Ao avaliar as necessidades dos pais de crianças com deficiência em idade pré-escolar, Linder e Chitwood (1984) verificaram que os pais desejaram envolver-se mais na educação das crianças e no tratamento, tendo-se sentido bem ao lidar com as crianças, embora preocupados com o futuro impacto da deficiência na criança e na família. No estudo de McDonald e Hastings (2010), 105 pais de crianças com deficiência indicaram estar mais atentos, revelando também um maior envolvimento nas tarefas de parentalidade relacionadas com a criança, assim como nos papéis que envolvem a socialização da criança.

A revisão de literatura de Henn, Piccinini e Garcias (2008) mostra que, por exemplo, os pais de crianças com Síndrome de Down revelam níveis mais baixos de stress do que as mães, ou do que os pais de crianças com outros tipos de deficiência como autismo e paralisia cerebral. Estes pais sinalizaram as questões financeiras e de planeamento familiar, como principais dificuldades sentidas, a par das restrições familiares e preocupações a longo prazo com os cuidados dos seus filhos (Henn et al., 2008). Recentemente, Henn e Piccinini (2010) realizaram um estudo qualitativo acerca da experiência da paternidade e do envolvimento paterno em contexto de deficiência, no qual participaram seis pais de crianças com Síndrome de Down. Os autores encontraram uma boa adaptação ao filho com deficiência e um bom desempenho do papel paterno, apesar das dificuldades anotadas pelos pais.

Face à actual revisão de literatura, torna-se pertinente desenvolver mais informação sobre o envolvimento paterno em pais de crianças com deficiência em geral, bem como a influência que este pode exercer na educação de crianças com um desenvolvimento atípico.

Assim, nesta investigação pretende-se perceber como se caracteriza o envolvimento paterno em contexto de deficiência, avaliando se existem diferenças entre o envolvimento paterno em pais de crianças com deficiência e em pais de crianças sem deficiência, em idade pré-escolar. Em segundo lugar, atendendo ao facto de que a literatura não oferece evidências neste sentido, outro dos objectivos deste estudo consiste em investigar se existem diferenças no envolvimento paterno ao nível dos quatro grupos em que se agrupam as várias deficiências existentes: física, intelectual, sensorial e múltipla.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo um total de 138 pais de crianças que frequentavam Jardins-de-Infância, escolas e instituições de ensino especial do concelho de Lisboa, entre 1 e 6 anos ($M=4,46$, $DP=1,10$), sendo 59,4% do sexo masculino: 121 pais de crianças sem deficiência e 17 pais de crianças com deficiência, de entre os quais, 5 pais de crianças com deficiência física, 3 pais de crianças com deficiência sensorial, 3 pais de crianças com deficiência intelectual e 4 pais de crianças com deficiência múltipla e outros tipos de deficiência. Os participantes tinham idades entre os 23 e os 68 anos ($M=38,37$, $DP= 5,97$) e eram, na sua grande maioria, casados (95,7%). Cerca de 89% dos pais estavam empregados a tempo inteiro e a maior parte (67,2%) possuía o ensino superior como suas habilitações literárias. Aproximadamente metade dos agregados familiares era formada pelo casal e por 2 filhos. No que concerne às crianças com deficiência, em média estas crianças tinham mais um irmão ($M=1,60$, $DP=0,97$) e estavam a ser acompanhadas na instituição desde há 1 a 3 anos ($M=2$, $DP=0,82$).

Material

O protocolo de investigação administrado integrou dois questionários: o Questionário Sócio-demográfico, elaborado para o presente estudo e constituído por questões sobre dados relativos à idade, estado civil, habilitações literárias, situação actual face ao trabalho, assim como dados relativos aos seus filhos, e a Escala de Envolvimento Paterno, desenvolvida por Simões, Leal & Maroco (2010) e validada por Leal, Magalhães, Pereira & Reis (2011). Este questionário foi desenvolvido e validado com o intuito de avaliar o envolvimento parental, aglomerando 14 itens, organizados em quatro dimensões: a Presença, os Cuidados Directos, os Cuidados Indirectos e a Disciplina. Os valores do *alfa de Cronbach* vão de encontro à existência de fiabilidade, sendo de .81 para a Presença, para os Cuidados Directos e Cuidados Indirectos, os alfas são .80 e .69, respectivamente, e para a dimensão Disciplina, o alfa é igual a .48. Os itens são pontuados numa escala de 1 a 5 pontos, na qual os valores

mais altos são atribuídos a maiores níveis de envolvimento. As opções de resposta são operacionalizadas em função do tipo de questão colocada: Desde *Sempre* (5 pontos) a *Nunca* (1 ponto); Desde *Muito envolvido* (5 pontos) a *Nada envolvido* (1 ponto); e Desde *Muito disponível* (5 pontos) a *Nada disponível* (1 ponto).

Procedimento

Em primeiro lugar, foi obtida a devida autorização das entidades em que teve lugar a recolha dos dados, garantindo-se o anonimato dos participantes. Posteriormente, a distribuição dos questionários estiveram a cargo das equipas responsáveis pelo acompanhamento de cada uma das crianças na respectiva escola/instituição. Os questionários foram preenchidos, independentemente, pelos pais e entregues num envelope selado ao responsável pelo favor de os devolver aos investigadores. Os dados respeitantes a pais de crianças sem deficiência foram também recolhidos através do método bola de neve. Após a recepção dos questionários, excluíram-se da amostra os questionários não preenchidos ou preenchidos por outro familiar que não o pai. Para a análise estatística dos dados, recorreu-se ao *software* informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 19.0.

RESULTADOS

De um ponto de vista meramente descritivo, as médias de resposta dos pais para as quatro dimensões do envolvimento paterno indicam um valor mais elevado de resposta para a dimensão Presença ($M=4,26$, $DP=0,54$), correspondendo a um grau de envolvimento frequente, como descrito no quadro 1. Comparando com as restantes dimensões, verifica-se que a componente com uma média de resposta inferior diz respeito à Disciplina ($M=3,36$, $DP=0,64$).

Quadro 1: *Médias de resposta dos pais para as dimensões Presença, Cuidados Directos, Cuidados Indirectos e Disciplina*

	N	Mínimo	Máximo	Média	SD
<i>Presença</i>	134	1,00	5,00	4,2587	,54057
<i>Cuidados Directos</i>	137	1,00	5,00	3,8011	,69870
<i>Cuidados Indirectos</i>	135	1,00	5,00	3,8852	,79455
<i>Disciplina</i>	134	1,00	4,50	3,3582	,63605

Analisando as médias de resposta para as 4 dimensões de acordo com os pais de crianças sem deficiência e com deficiência, observa-se que nas dimensões Presença ($M=4,34$, $DP=0,36$), Cuidados Directos ($M=3,82$, $DP=0,30$) e Cuidados Indirectos ($M=4,05$, $DP=0,53$) os pais de crianças com deficiência obtêm valores mais elevados em termos de resposta, ao invés da Disciplina ($M=3,39$, $DP=0,62$).

Verificou-se a existência de relação moderada entre o estado civil do pai e as dimensões Presença, Cuidados Directos e Cuidados Indirectos, assim como entre as habilitações literárias do pai e a dimensão Cuidados Indirectos ($0,4 < V < 0,7$). O facto do pai viver com a criança ou não revelou-se fortemente relacionado com as dimensões Presença e Cuidados Indirectos ($0,7 < V < 0,9$).

Através do teste Mann-Whitney (Maroco, 2010), não se verificam diferenças significativas entre os grupos de pais de crianças sem deficiência e de pais de crianças com deficiência ao nível da Presença ($U=892,00$, $p=0,362$), dos Cuidados Directos ($U=969,00$, $p=0,370$), e dos Cuidados Indirectos ($U=859,00$, $p=0,388$). No entanto, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os pais na dimensão Disciplina ($U=707,50$, $p=0,047$). Após a realização do teste de Kruskal-Wallis, conclui-se que não existem diferenças entre os grupos de deficiência sensorial, física, intelectual e múltipla, em relação à Presença ($p=0,156$), aos Cuidados Directos ($p=0,607$), aos Cuidados Indirectos ($p=0,659$) e à Disciplina ($p=0,487$).

DISCUSSÃO

Os dados descritivos permitem perceber que os pais, em geral, participam mais ao nível da dimensão Presença, isto é, na actividade lúdica ou no diálogo com a criança, e em termos de envolvimento e de disponibilidade para a criança. Os pais revelaram, no entanto, castigar e impor limites ao comportamento da criança poucas vezes. Relativamente aos pais de crianças com deficiência, nas dimensões Presença, Cuidados Directos e Cuidados Indirectos, os pais mostram participar mais do que os pais de crianças sem deficiência, ao contrário da Disciplina.

Os resultados mostram ainda que o estado civil do pai constituiu um preditor do envolvimento paterno nas dimensões Presença, Cuidados Directos e Cuidados Indirectos, assim como as habilitações literárias do pai estiveram fortemente relacionadas com os Cuidados Indirectos. Estes dados estão, em parte, de acordo com os resultados obtidos por Ozgun e Honig (2005), que indicaram a posição do pai no emprego e o grau de educação como os melhores preditores do envolvimento. O facto do estado civil do pai estar relacionado com o envolvimento paterno, poderá ir ao encontro do estudo elaborado por Shannon, Cabrera, Tamis-LeMonda e Lamb (2009), segundo o qual, os pais mais envolvidos no período pré-natal e que residiam com os seus filhos na altura do nascimento, apresentavam maior probabilidade de estarem presentes na vida dos seus filhos.

Das quatro dimensões do envolvimento paterno, apenas na Disciplina foram encontradas diferenças significativas entre os pais, sugerindo que, em pais de crianças com deficiência há uma menor tendência para os pais castigarem a criança ou imporem limites ao comportamento da criança. Esta associação pode estar associada a um sentimento de culpabilização ao castigar a criança, perante as suas limitações (Rix & Paige-Smith, 2008). À luz do segundo objectivo deste estudo, que consistiu em comparar as quatro dimensões do envolvimento paterno nos diferentes tipos de deficiência, não foram

encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos de deficiência, sugerindo que o tipo de deficiência não interfere no envolvimento paterno.

De um modo geral, os pais mostraram-se bastante envolvidos e uma boa adaptação apesar das dificuldades inerentes ao papel da paternidade, muitas vezes sentidas. O estudo de Linder e Chitwood (1984) mostrou precisamente que os pais de crianças com deficiência em idade pré-escolar desejaram envolver-se mais na educação das crianças, assim como Henn e Piccinini (2010) encontraram uma boa adaptação dos pais ao filho com deficiência. Também na investigação de McDonald e Hastings (2010), os pais revelaram um maior envolvimento nas tarefas infantis, assim como nos papéis que envolvem a socialização da criança.

Perante a amostra trabalhada, considera-se pertinente referir que os resultados deste estudo apresentam alguma fragilidade, não sendo passíveis de serem extrapolados para a população, devido às dimensões díspares das amostras recolhidas para os dois grupos de pais, afectando as condições ideais para realizar um tratamento estatístico por via paramétrica.

É importante referir que os pais de crianças com deficiência são frequentemente solicitados para participar em estudos, o que produz algum desgaste em relação a este tipo de participações, contribuindo também, para uma maior inacessibilidade a esta população por parte dos investigadores. O elevado nível de escolaridade e o estatuto sócio-económico (inferido) poderão constituir uma limitação à consistência dos dados, se pensarmos que pessoas mais informadas, terão, à partida, um maior envolvimento paterno, facto patente na investigação de Ozgun e Honig (2005). Além destes factores, todos os participantes do grupo de pais de crianças com deficiência, faziam parte de instituições de atendimento para crianças com deficiência, facto que poderá indicar um maior envolvimento e preocupação destes pais para com os seus filhos, bem como uma maior sensibilidade frente aos desafios da paternidade.

Para colmatar algumas das questões atrás discutidas, sugere-se a realização de um estudo futuro com uma amostra de maiores dimensões, de forma a possibilitar a generalização dos dados obtidos, complementando com métodos qualitativos.

A literatura oferece vários estudos que demonstram claramente, o papel fulcral do pai na vida dos seus filhos. Contudo, poucos autores desenvolveram trabalhos relacionados com o envolvimento paterno em contexto de deficiência. Estudar o envolvimento paterno e as suas especificidades é, actualmente, algo crescente, que certamente, com o desenvolver das pesquisas irá proporcionar um melhor conhecimento do papel paterno, permitindo assim, criar estratégias ao nível do envolvimento paterno.

REFERÊNCIAS

- Anauate, C., & Amiralian, M. (2007). A importância da intervenção precoce com pais de bebés que nascem com alguma deficiência. *Educar*, 30, 197-210.
- Henn, C. G., & Piccinini, C. A. (2010). A Experiência da paternidade e o envolvimento paterno no contexto da Síndrome de Down. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 623-631.
- Henn, C. G. Piccinini, C. A., & Garcias, G. L. (2008). A família no contexto da Síndrome de Down: Revisando a literatura. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 485-493.
- Lamb, M. (2010). How do fathers influence children's development? Let me count the ways. In M. E. Lamb (Ed.). *The role of the father in child development* (5th ed.) (pp. 1-26). New York: John Wiley & Sons.
- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., & Levine, J. A. (1985). Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25, 883-894.
- Lewis, C., & Lamb, M. E. (2003). Fathers influences on children's development: The evidence from two-parents families. *European Journal of Psychology of Education*, 18(2), 211-228.
- Linder, T., & Chitwood, D. (1984). The Needs of Fathers of Young Handicapped Children. *Journal of Early Intervention*, 8(2), 133-139.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- McDonald, E., & Hastings, R. (2010). Mindful parenting and care involvement of fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Child & Family Studies*, 19(2), 236-240.
- Ozgun, O., & Honig, A. (2005). Parental involvement and spousal satisfaction with division of early childcare in Turkish families with normal children and children with special needs. *Early Child Development and Care*, 175(3), 259-270.
- Pimenta, M., Veríssimo, M., Monteiro, L., & Pessoa e Costa, I. (2010). O envolvimento paterno de crianças a frequentar o jardim-de-infância. *Análise Psicológica*, 28(4), 565-580.
- Rix, J., & Paige-Smith, A. (2008). A different head? Parental agency and early intervention. *Disability and Society*, 23(3), 211-221.
- Shannon, J. D., Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., & Lamb, M. E. (2009). Who stays and who leaves? A Discrete-Time Survival Analysis of Father Involvement. *Parenting: Science & Practice*, 9(1-2), 78-100.

Simões, R., Leal, I., & Maroco, I. (2010). Envolvimento paterno de pais de crianças em idade escolar. In Leal, I. & Pais-Ribeiro. *Psicologia da Saúde: Sexualidade, Género e Saúde*. Lisboa: ISPA.

BRASILEIROS EM LISBOA: SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA

LYRIA REIS & NATÁLIA RAMOS

Desde os primórdios da humanidade os seres humanos migram. Por motivos diversos, homens e mulheres mudam de um espaço para outro, dentro do seu próprio país e entre diferentes países do mundo, muitas vezes em busca de melhores condições de vida. Atualmente, o número de migrantes no mundo aproxima-se de 1 bilhão de pessoas sendo 740 milhões de migrantes internos e mais de 210 milhões internacionais (PNUD, 2009). O migrante deixa o seu espaço conhecido e vai de encontro ao novo e desconhecido, o contato entre culturas é inevitável. Diferentes modos de viver são confrontados no dia-a-dia de indivíduos autóctones e migrantes. Destes contatos, novos problemas, individuais e grupais, se têm vindo a registar nas sociedades contemporâneas. A globalização, a mobilidade das populações e a multiculturalidade trouxeram novas problemáticas e colocam novas questões às sociedades, aos serviços, às instituições, às políticas e demandam soluções por parte das populações e pelas suas diferentes instituições no século XXI (Ramos, 2008).

Historicamente Portugal foi um país predominantemente de emigrantes até a década de 60 do século XX. A partir dos anos 70, o país passou também a receber inúmeros imigrantes vindos de diferentes partes do mundo. Desde 1500, ano do descobrimento do Brasil por Pedro Alvares Cabral, existem movimentos entre os dois países. Entre os diversos países de destino de cidadãos portugueses, o Brasil se destaca. Até os anos 60 do século passado, milhões de portugueses emigraram para o Brasil. Portugal está entre os países da Europa escolhido por um grande número de brasileiros migrantes. A partir dos anos 80, milhares de brasileiros escolheram Portugal para viver. Em 2010, os brasileiros eram a maior comunidade brasileira imigrante residente em Portugal, com um total de 119.363 indivíduos (52.478 indivíduos do sexo masculino (44%) e 66.885 do sexo feminino (56%)), contabilizando 26,8% dos imigrantes com situação regularizada junto ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2011). A comunidade brasileira hoje residente em Portugal é muito diversificada tanto ao nível das qualificações académicas quanto ao nível socioeconómico e insere-se nos mais diversos espaços públicos portugueses. Estão dispersos por todo o país mas com uma maior concentração na região metropolitana de Lisboa.

Embora entre Portugal e Brasil existam relações históricas próximas, a migração de indivíduos entre os dois países, origina sempre um contato com o diferente, um contato com o novo para as pessoas que migram. Os migrantes passarão por mudanças e por um processo de adaptação nos diversos aspectos da sua vida quotidiana. Muito do que foi aprendido lentamente, desde o nascimento no seu contexto cultural de origem, terá que ser reaprendido rapidamente no país de acolhimento. Nas migrações internacionais este processo poderá ser mais ou menos fácil, de acordo com aspectos relacionados tanto ao indivíduo, quanto ao meio que o envolve e às políticas do país que o acolhe. Um dos aspectos importantes a observar no processo de adaptação cultural são as questões relacionadas à saúde e à qualidade de vida dos migrantes.

Migração, Saúde e Qualidade de Vida

Os processos migratórios provocam alterações nos contextos de inserção dos indivíduos. Nas migrações internacionais essas alterações poderão ser intensas e as dificuldades encontradas pelas pessoas dependerão das condições biopsicossociais individuais, e também das envolventes, tanto do espaço que deixam como também no espaço que encontram. Deve-se procurar conhecer de que contexto sai o indivíduo (país de origem) e em que contexto irá inserir-se (país de acolhimento), tanto ao nível geográfico quanto às condições biopsicossociais individuais e grupais (Reis & Ramos, 2010).

Segundo Ramos (1993, 2004, 2008, 2009), o processo migratório envolve diversas transformações, rupturas espaciais e temporais na vida dos migrantes, nomeadamente mudanças biológicas, psicológicas, familiares, sociais, culturais, económicas e políticas que implicam uma necessidade de adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias que levam a diferentes modos de aculturação. Esta é definida por Redfield, Linton e Herskovits em 1936 (Ramos, 1993, 2004) como *“uma mudança cultural que resulta de contatos contínuos e diretos entre dois grupos culturais distintos”* e que se constitui num processo complexo com consequências ao nível dos comportamentos que podem afetar a saúde dos migrantes, tanto ao nível psicológico como ao nível físico.

Neste processo, os indivíduos têm de adaptar-se às novas realidades e, frequentemente, alteram comportamentos relacionados à saúde, hábitos e estilos de vida. Os comportamentos relacionados à saúde, também chamados estilos de vida (hábitos como o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação, a prática de atividade física) são fortemente influenciados por fatores económicos, sociais e culturais, têm sido amplamente investigados e são importantes fatores relacionados ao desenvolvimento das doenças crónicas não transmissíveis nas sociedades desenvolvidas. Matarazzo em 1984 (Ogden, 1999) definiu comportamentos de saúde em termos de *“hábitos prejudiciais à saúde”* (comportamentos patogénicos) tais como fumar, ter uma alimentação rica em gorduras e *“comportamentos de proteção da saúde”* (comportamentos imunogénicos) tais como realizar rastreios preventivos e praticar exercícios físicos regularmente.

Um dos primeiros estudos a relacionar o comportamento e a saúde é proveniente do estudo longitudinal *Alameda County*, realizado por Berkman e Syme em 1979 (Bennet, 2002) que acompanhou mais de 7000 indivíduos autóctones saudáveis, durante mais de 20 anos, identificou fatores associados à saúde/doença durante esse período e esclareceu a associação entre os estilos de vida e a saúde, analisando o tabagismo, o consumo de álcool, o peso dos indivíduos, a alimentação e a prática de atividade física. Em contexto migratório têm sido mais investigadas as questões relacionadas à saúde mental e menos os efeitos dos processos de adaptação dos imigrantes quanto à saúde geral e à qualidade de vida. Com efeito, se a adoção de comportamentos patogénicos podem ser prejudiciais à saúde dos indivíduos autóctones, também poderão contribuir para o desenvolvimento de doenças crónicas nos indivíduos migrantes, sendo necessário prevenir a doença e promover a saúde neste grupo.

Alguns estudos disponíveis sobre a saúde dos migrantes apontam para uma maior vulnerabilidade a doenças e outros problemas de saúde nesta população (Ramos, 1993, 2004, 2008, 2009). Relativamente às doenças crónicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro entre outras, estudos comparativos demonstraram uma maior taxa de prevalência entre as populações migrantes que nas populações autóctones (Hyman et al in Dias & Gonçalves, 2007). Silva e Dawson (2004) realizaram um estudo exploratório e descritivo sobre o impacto da migração internacional na saúde de mulheres imigrantes brasileiras residentes em Melbourne, Austrália. Os resultados encontrados evidenciaram uma diversidade de problemas no processo de adaptação e saúde relacionados à migração destas mulheres. Os principais temas decorrentes das entrevistas e grupos focais foram os problemas de saúde nas mulheres (cancro, febre do feno, hipertensão, asma, artrite, ataque de pânico e sobrepeso), a falta de apoio social e barreiras sócio-políticas, culturais e económicas para o acesso aos serviços de saúde.

A qualidade de vida é um construto que tem vindo a ser cada vez mais investigado no contexto da saúde. A Organização Mundial da Saúde-OMS, define a qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994 in Rodrigues, 2009). O Grupo Qualidade de Vida da OMS desenvolveu dois instrumentos, o *WHOQOL-100* e o *WHOQOL-bref*. O *WHOQOL-bref* é uma versão resumida do *WHOQOL-100* e analisa a qualidade de vida a partir de 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Os instrumentos foram desenvolvidos com a colaboração de 15 centros de investigação, em diversas culturas e estão disponíveis em vinte idiomas. Poucos estudos foram realizados sobre a qualidade de vida em contexto migratório. Rodrigues (2009) realizou uma investigação de doutoramento sobre a qualidade de vida e saúde mental em contexto migratório com imigrantes brasileiros e portugueses residentes em Genebra e nos resultados observou que um maior tempo de migração reflete-se numa avaliação mais positiva na qualidade de vida. Na investigação realizada por Viana (2010) 71,9% dos

imigrantes brasileiros participantes do estudo consideraram a qualidade de vida “muito boa ou boa”, enquanto 23,1% consideraram “nem boa nem má” e 2,7% consideraram “má ou muito má”.

Alguns Resultados do Estudo Empírico

Apresenta-se aqui uma análise e discussão de alguns resultados da análise das entrevistas realizadas a imigrantes no projeto “*Migrações, saúde e qualidade de vida de imigrantes brasileiros residentes na região de Lisboa*”, nomeadamente a percepção sobre a saúde, os comportamentos relacionados à saúde e estilos de vida adotados por imigrantes brasileiros e a qualidade de vida. Nesta investigação foram realizadas entrevistas a 120 indivíduos, mulheres e homens brasileiros, maiores de 18 anos, residentes em Portugal há pelo menos um ano que, após esclarecimento por escrito, concordaram em responder ao inquérito por entrevista. Para análise da informação recolhida foi utilizada metodologia multi-método, utilizando-se estatística descritiva e análise temática de conteúdo.

Foram entrevistados 67 mulheres e 53 homens, com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos (média de 31,5 anos) com a maioria (72%) com idade inferior a 35 anos. Quanto ao nível de escolaridade 50% tem o equivalente ao 12º ano, 12% tem ensino superior completo e 14% tem pós graduação (especialização, mestrado e doutoramento). Quanto ao estado civil 43,5% são solteiros, 39,8% casados, 9,3% vivem em união de facto e 7,4% são divorciados. A maioria dos entrevistados (45,4%) veio da região sudeste sendo Minas Gerais o estado mais representativo com 28,7% dos entrevistados. O estado do Paraná surgiu em segundo lugar com 14,9% e em seguida a Bahia com 10,2% dos entrevistados.

Um dos indicadores analisados para conhecer a saúde dos indivíduos entrevistados foi a percepção sobre a sua saúde atual. A percepção que cada um tem sobre a sua própria saúde é um indicador construído no contexto biopsicossocial e cultural das pessoas. Diversas variáveis interferem na percepção de cada um sobre a própria saúde, entre elas o gênero, a idade, as (in)capacidades físicas, o nível de escolaridade, as condições económicas das pessoas. Em geral, as mulheres, os mais idosos, os que têm menores rendimentos tendem a avaliar pior a sua saúde. A percepção do indivíduo quanto ao seu estado de saúde associa-se fortemente com o real estado da saúde das pessoas e pode ser considerada como uma representação das avaliações objetivas em saúde. Este indicador tem sido utilizado em diversos estudos (Cabral, 2002; Lebrão, 2003; Vigitel, 2011) e é considerado um método confiável, de simples obtenção e capaz de expressar aspectos da saúde física, cognitiva e emocional das pessoas.

Nesta investigação, a percepção sobre a saúde foi analisada com a questão “Como você acha que está a sua saúde atual” e tinha como opções de resposta: muito má, má, regular, boa e muito boa. Quanto à percepção sobre o estado de saúde, 13% da amostra considerou a saúde atual muito boa, 59,3% boa, 24,1% regular e 3,7% má. Na análise por gênero, 78% dos homens consideram a saúde muito boa ou boa e 22% regular. No universo feminino, 68,6% das mulheres consideram a saúde

muito boa ou boa, 25,4% regular e 6% ruim, com os resultados indo de encontro ao descrito na literatura.

Os comportamentos relacionados à saúde dos imigrantes brasileiros analisados para esta comunicação foram o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e a prática de atividade física. Em geral, foram observadas alterações nos comportamentos relacionados à saúde tanto ao nível do consumo de bebidas alcoólicas como na prática de atividade física. Quanto ao tabagismo, 25,7% dos entrevistados era fumador no Brasil. Essa percentagem passou para 21% em Portugal. Analisando as entrevistas quanto ao hábito tabágico, cerca de 69% dos indivíduos não alteraram os hábitos, 17% deixou o hábito e 9% iniciou o tabagismo após emigrar. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas em geral, 77% dos brasileiros entrevistados consumia algum tipo de bebida alcoólica quando residia no Brasil. Em Portugal, 81% dos brasileiros desta amostra consomem bebidas alcoólicas. Foram observadas alterações quanto ao padrão de consumo e ao tipo de bebida consumida. Cerca de 35% dos indivíduos mantiveram a mesma quantidade de bebidas consumidas, 22% diminuiu a quantidade, 15% aumentou a quantidade e 8% que não consumiam nenhum tipo de bebidas alcoólicas incorporaram esse hábito em situação migratória. Cerca de 14% dos entrevistados referiu não consumir nenhum tipo de bebidas alcoólicas.

As maiores alterações nos comportamentos relacionados à saúde observados foram nos comportamentos imunogênicos como a prática de atividade física. Cerca de 60% dos entrevistados praticavam algum tipo de atividade física no Brasil, percentagem que passou a 36% em Portugal, sendo essa diminuição mais observada entre os indivíduos do sexo masculino. O contexto a que estão sujeitos os indivíduos migrantes (muitas vezes com uma carga horária de trabalho alargada, pesada e inadequada) torna a prática de atividade física uma atividade difícil de ser conjugada com todos os outros afazeres diários. Também a perda da rede de contactos, que ficou no país de origem e, a necessidade de construir novas amizades interfere com a disponibilidade para a prática de atividade física.

Quanto à qualidade de vida dos participantes desta investigação, nesta comunicação será analisada apenas a resposta à primeira questão do questionário WHOQOL-bref “*Como você avaliaria a sua qualidade de vida*”. Os resultados foram: 1,9% ruim; 19,4% nem ruim nem boa; 67,6% boa e 11,1% muito boa. Quanto à percepção sobre a qualidade de vida, as mulheres avaliaram melhor a qualidade de vida (13,4% consideraram muito boa) enquanto que entre os homens, essa avaliação é feita apenas por 7,3% dos indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção é uma experiência sensorial que tem ganho significado e importância, implicando a sensação (dependente dos órgãos sensoriais e das estruturas nervosas) e a interpretação (psicossocial e cultural) e que irá condicionar os comportamentos dos indivíduos (Piovesan, 1970). A auto-percepção sobre a saúde é um importante indicador para avaliar a saúde das pessoas e grupos. É construída social e culturalmente pela própria condição de saúde individual e pelo mundo que nos rodeia. A qualidade de vida segundo Minayo et al (2000) é uma representação social e uma construção social de acordo com cada sociedade, criada a partir de parâmetros subjetivos e objetivos, tendo em conta o grau de desenvolvimento económico e social dos grupos. Nesse sentido, conhecer as percepções sobre saúde e qualidade de vida dos imigrantes é muito importante ao nível da prevenção em saúde. As percepções que as pessoas, nomeadamente os imigrantes têm sobre o mundo que os rodeia, irão condicionar o modo como interpretam esse mundo e o modo como reagirão a ele.

Os comportamentos relacionados à saúde, hábitos e estilos de vida são importantes fatores relacionados às doenças crónicas não transmissíveis. Os resultados desta investigação indicaram alterações de comportamentos relacionados à saúde entre os imigrantes brasileiros entrevistados. Comportamentos prejudiciais para a saúde devem ser combatidos enquanto comportamentos saudáveis devem ser estimulados, desde a infância, em todas as fases da vida e nos diversos contextos.

Sendo a saúde e a qualidade de vida fundamentais para o bem-estar dos indivíduos e da coletividade, é muito importante que se desenvolvam políticas de educação e prevenção das doenças crónicas entre todos os indivíduos, autóctones e migrantes, políticas essas adequadas ao modo como vivem as pessoas, às suas crenças e às suas culturas.

Diversos atores sociais (indivíduos, associações e governantes) devem contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida de todos, devendo a saúde e qualidade de vida serem objetivos em todas as políticas. Igualmente, deverá promover-se o acesso de todos aos cuidados de saúde, cumprindo-se o Despacho nº 25 360/2001, que regula que qualquer cidadão tem o direito à saúde e o dever de a proteger e a Constituição da República Portuguesa que estabelece que todos os cidadãos, nacionais ou estrangeiros, têm direito à prestação de cuidados globais de saúde.

Factores como a paz, a habitação, a educação, a alimentação, o meio ambiente saudável e seguro, ter rendimentos adequados para fazer face às necessidades do dia-a-dia, a justiça social são pré-requisitos fundamentais para a saúde. Para além destes elementos, para os imigrantes, a reconstrução das suas redes sociais, o desenvolvimento do sentimento de pertença, o fortalecimento das redes comunitárias e a existência de políticas públicas favoráveis facilitam o desenvolvimento pessoal, favorecem a integração e aumentam a coesão social nos países de acolhimento.

Como acentua Ramos (2009:9) “*A crescente multiculturalidade que se verifica nos diferentes contextos da vida pública exige esforços na reformulação de estratégias e políticas públicas com o objectivo de melhorar a saúde, a qualidade de vida, o acesso aos serviços públicos e a comunicação entre os diferentes grupos que coabitam no mesmo espaço*”.

REFERÊNCIAS

- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crónicas por inquérito telefónico*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf>.
- Cabral, M. V. (coord.) (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: ICS.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. In: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. *Imigração e Saúde - Revista Migrações*. nº1. Lisboa: ACIDI.
- Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2003). *SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS. Disponível em <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf>.
- Minayo, M. C. S. et al. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1),7-18.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Piovesan, A. (1970). Percepção cultural dos fatos sociais: Suas implicações no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 4(1),85-97.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD (2009). *Relatório de Desenvolvimento Humano 2009*. Coimbra: Almedina.
- Ramos, N. (1993). *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Paris V. Universidade René Descartes. Sorbonne (I e II vol.).
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2008). Migração, aculturação e saúde. In N. Ramos (org.), *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB.
- Ramos, N. (2009). “Saúde, Migração e Direitos Humanos”. In *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17 (1), 1-11.

- Reis, L. M., & Ramos, N. (2010). Comportamentos de saúde e estilos de vida em contexto migratório: um estudo com mulheres e homens brasileiros imigrantes em Portugal. In *Actas Fazendo Gênero 9: Diásporas, diversidades, deslocamentos*. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278185656_ARQUIVO_LyriaReis-TextoFinalFG9.pdf>
- Rodrigues, I. F. (2009). *Qualidade de vida e saúde mental em contexto migratório: Um estudo com brasileiros e portugueses residentes na cidade de Genebra-Suíça*. Tese de Doutorado em Psicologia. Lisboa: Universidade Aberta.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras-SEF (2011). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2010*. Lisboa: SEF. Disponível em <http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2010.pdf>.
- Silva, A. L., & Dawson, M. T. (2004). O impacto da migração internacional na saúde de mulheres brasileiras na Austrália. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(3), 339-50.
- Viana, V. C. (2010). *Saúde mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa*. Lisboa: ACIDI.

GRUPO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICO COM MULHERES COM CANCRO DA MAMA EM DIFERENTES FASES DO CURSO DA DOENÇA: EXPRESSAR, ENTREAJUDAR, RESIGNIFICAR, CRESCER E CURAR

SÓNIA REMONDES-COSTA 1 & JOSÉ LUÍS PAIS-RIBEIRO 2

Os avanços da medicina explicam o aumento da longevidade dos doentes com cancro, não obstante, na trajectória de luta contra a doença e adaptação aos tratamentos, a integridade psíquica e a qualidade de vida dos doentes oncológicos é largamente comprometida. A qualidade de vida dos doentes oncológicos é assim uma preocupação fundamental na actualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

A experiência de doença do cancro da mama coloca muitos desafios às doentes. Por essa razão, doentes oncológicas e familiares solicitam apoio psicossocial. Embora muitas doentes enfrentem o processo apenas com o apoio dos familiares e amigos, o apoio psicossocial institucionalizou-se. Conhecem franca expansão as consultas especializadas de psico-oncologia nos hospitais gerais e institutos de oncologia, mais recentemente na Liga Portuguesa Contra o Cancro, quer nos meios urbanos, quer nos meios rurais. Este apoio tem vindo a conhecer aumento da procura por das doentes e familiares, de tal forma, que os serviços começam a evidenciar congestionamento. Tendo em conta que o cancro da mama é o cancro feminino mais frequentemente em todo o mundo, e demonstrada a eficácia da intervenção terapêutica junto das doentes, em termos clínicos e empíricos, o número de pedidos de apoio psicossocial por doentes com cancro da mama tem vindo a aumentar. Daí que para evitar a saturação dos pedidos de consulta individual, seja impreterível apostar na intervenção terapêutica em grupo.

A formação de grupos com pessoas que experimentam situações de vida ameaçadoras à sua saúde e à existência humana são de reconhecido potencial terapêutico. Aliando ao benefícios terapêuticos da participação em grupo, o igualmente benéfico, fornecimento de suporte social, bem como, a redução de custos em saúde, na medida que com menos recursos humanos se ajuda um maior número de pessoas (Guerra & Lima, 2005).

1-Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Consulta de Psico-oncologia (Liga Portuguesa Contra o Cancro & Laços para a Vida) Vila Real; 2-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Em Portugal, o desenvolvimento da Psicologia da Saúde nas últimas duas décadas, fomentou o interesse pela elaboração, aplicação e avaliação da eficácia de programas de intervenção psicossocial em oncologia (McIntyre, Fernandes & Pereira, 2001). A Universidade do Minho tem vindo a desenvolver programas de intervenção em grupo dirigidos a pacientes com patologia oncológica, em diferentes fases do curso da doença, e programas breves de intervenção psicológica para doentes em quimioterapia, estruturados por sessões (6 sessões de 90 minutos cada), com vista à sua implementar em serviços de oncologia. Tinham como objectivo trabalhar a adesão ao tratamento, dor, morbilidade psicológica, efeitos colaterais do tratamento, stresse, suporte social, crenças relativamente à doença e a relação profissional de saúde-doente. Desenvolveram-se ainda programas breves de intervenção psicológica dirigidos a patologias específicas, o programa breve de intervenção de grupo para mulheres mastectomizadas, estruturado em 4 sessões, com objectivo de trabalhar a adesão ao tratamento, morbilidade psicológica, stresse, dor, crenças relativas à doença, imagem corporal, perdas, relacionamento conjugal e /ou interpessoal (McIntyre, et al., 2001).

Em Espanha, o grupo de Estrella Durá da Universidade de Valência (Durá & Hernández, 2001), defende a pertinência de Programas de Apoio Social em grupo, centrados no apoio informativo-educacional e experiencial-emocional, na melhoria da saúde física e psíquica dos doentes oncológicos.

Acreditamos que o investimento em intervenções terapêuticas de grupo com doentes oncológicos em todos os serviços de saúde (cuidados primários e secundários), nomeadamente, nos serviços de oncologia e em instituição particulares de apoio aos doentes com cancro, traria benefícios a curto, médio e a longo prazo, quer em eficácia, diminuição dos custos em saúde (com doentes e profissionais), quer na consolidação da psicologia oncológica, na prática clínica e empírica, e no avanço científico da psicologia em geral. Por esta razão, pretendemos contribuir para o desenvolvimento e incremento de grupos de intervenção terapêutica com doentes oncológicos. Constitui o propósito do presente trabalho apresentar um programa de grupo de intervenção terapêutica com mulheres com cancro da mama, em diferentes fases do curso da doença. Denominámos o programa de grupo de *expressar, entre-ajudar, re-significar, crescer e curar*, pois esses são os objectivos gerais do mesmo. Este foi pensado tendo em conta as características sócio-demográficas e socioculturais das doentes com cancro da mama transmontanas, bem como, a experiência clínica em consulta psico-oncológica individual com estas doentes.

MÉTODO

Apresentação do programa de intervenção terapêutica em grupo

Grupo- Escolhemos a designação de grupo terapêutico por se tratarem, como define Zimmerman (1997) de grupos com vista à melhoria de situação física ou psíquica perturbadora, ou ambas.

Grupo será constituído por 8/10 doentes com cancro da mama em diferentes fases do curso da doença (diagnóstico, tratamentos, sobrevivência, recidiva). Seguindo a ideia da eficácia dos processos de grupo ser maior em pequenos grupos (Maisonneuve, 2004) . Exclusão de doentes em fase terminal, nestes casos, consideramos aplicar-se melhor a intervenção individual.

Será um grupo fechado, ou seja, depois de iniciado não se aceitam novos elementos. Desta forma, acreditamos que se trabalha de forma mais eficaz a coesão, união e crescimento pessoal. Integrarão o grupo doentes que frequentaram com sucesso terapia psico-oncológica individual, completando assim o seu processo terapêutico, por um lado, e desempenhando um papel positivo de modelo da experiência de doença, por outro. E doentes que não beneficiaram de qualquer ajuda terapêutica, que não apresentem quadros clínicos de sintomatologia psicopatológica, mais indicadas para terapia individual.

Duração do grupo-O grupo terá a duração de 12 sessões semanais, distribuídas por quatro módulos, ao longo de quatro meses. Ou seja, um módulo por cada mês. Cada sessão terão a duração 90 minutos.

Facilitação-Escolhemos o termo facilitação descrito por Carl Rogers (1972), assente no paradigma do modelo não directivo, ao invés de liderança, não no sentido de não ter um objectivo (direcção) específico, uma estrutura, pois o grupo tem um programa a seguir, mas no sentido de possibilitar e promover as condições necessárias para a expressão, partilha e comunicação, num sentido de aceitação, compreensão, entre ajuda e o crescimento pessoal individual e grupal. Facilitação ainda, no sentido de potenciar a função terapêutica de cada uma das participantes nas demais e de respeitar a auto-direcção do grupo.

A facilitação do grupo estará a cargo de psicóloga com experiência clínica em psico-oncologia, contando ainda com uma co-facilitadora, igualmente psicóloga, que desempenhará o papel de observadora participante.

Objectivos Gerais

1. Fomentar a partilha de experiências de doença
2. Promover o espírito de entre-ajuda nas doentes
3. Capacitar para o crescimento pessoal na experiência de doença
4. Resignificar a experiencia de doença no ciclo da vida

Objectivos específicos

1. Ventilar pensamentos, crenças, sentimentos e emoções relacionadas com a doença

2. Promover a entreajuda e aprendizagem com base na partilha das experiências da doença em diferentes fases do seu curso

3. Potenciar o suporte social

4. Fornecer suporte instrumental sobre a doença e tratamentos

5. Incrementar estratégias positivas/activas de *coping*

6. Capacitar para o ajustamento aos tratamentos e seus efeitos secundários

7. Trabalhar a imagem corporal, corporalidade, sexualidade, relacionamentos íntimos e sociais

8. Promover a adaptação ao novo estilo de vida

9. Implementar técnicas de relaxamento

10. Promover estilos de vida saudáveis

11. Trabalhar a significação da doença na trajectória de vida

12. Trabalhar a dimensão existencial e espiritual associada à experiência de doença *Planificação do Programa de Intervenção*

Num primeiro momento, realizar-se-á entrevista prévia para selecção das participantes com o objectivo de avaliar a existência de condições para integrar o grupo e motivação para integrar o mesmo. Serão igualmente explicados os objectivos do programa, conteúdos e duração.

Módulo I	Módulo III
1. Apresentação dos objectivos do grupo 2. Integração do grupo 3. Partilha das experiências de doença 4. Explorar crenças de doença 5. Ventilar sentimentos e emoções 6. Oferecer suporte instrumental sobre a doença e tratamentos 7. Activar o suporte social 8. Promover a entre-ajuda	1. Facilitar a auto-regulação do grupo 2. Promover estilos de vida saudáveis 3. Trabalhar a auto-estima, auto-regulação e auto-eficácia 4. Desenvolvimento de competências de ajustamento ao processo de doença 5. Potenciar e exercitar o treino de auto-relaxamento e mentalização positiva 6. Promover a consolidação de competências desenvolvidas 7. Reforço das competências de entre-ajuda
Módulo II	Módulo IV
1. Promover formas activas e eficazes de confronto com a doença 2. Elaboração de perdas sofridas 3. Trabalhar a imagem corporal, relacionamentos íntimos, sexuais e sociais 4. Ajustamento às mudanças no estilo de vida e desempenho de funções e papéis 5. Aprendizagem de técnicas de relaxamento e mentalização positiva para redução da ansiedade e stresse 6. Resignificação da experiência de doença	1. Reforço e manutenção das competências desenvolvidas 2. Capacitação para a autonomização do grupo 3. Preparação para o fim do grupo 4. Desmame 5. Avaliação do grupo 6. Finalização do grupo terapêutico

REFERÊNCIAS

- Durá, E., & Hernández, S. (2001). Programas de apoio social para enfermos oncológicos. In. M.R. Dias & E. Durá (Coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 453-479). Lisboa: Climepsi.
- Guerra, M.P., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Maisonneuve, J. (2004). *A dinâmica dos grupos*. Lisboa: Livros do Brasil.
- McIntyre, T., Fernandes, S., & Pereira, M. G. (2001). Intervenção Psicossocial Breve em Situação Oncológica em Contexto de Grupo. In. M.R. Dias & E. Durá (Coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. (pp. 281-302) Lisboa: Climepsi.
- Pinto, C. A., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (1), 142-148.
- Rogers, C. (1972). *Grupos de encontro*. Lisboa: Morais Editores.
- Zimmerman, D. (1997). Classificação geral dos grupos. In. D.E. Zimmerman & L.C. Osorio. *Como trabalhamos com grupos* (pp.75-81). Porto Alegre: Artmed.

DEPOIS DO ADOECER DA MAMA: O SENTIDO E O SIGNIFICADO DA VIDA - DOIS CASOS CLÍNICOS DE CRESCIMENTO PESSOAL EM TERAPIA PSICO- ONCOLÓGICA

SÓNIA REMONDES-COSTA 1 & JOSÉ LUÍS PAIS-RIBEIRO 2

A longevidade dos doentes com cancro deixou de constituir o fim último do sucesso em oncologia. Variáveis como a Qualidade de Vida (QDV) a nível psicológico, social e espiritual assumem igualmente relevo profissional e científico, em todas as fases do processo de doença (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Os pacientes oncológicos experienciam uma multiplicidade e simultaneidade de dimensões do sofrimento (Justo, 2002). A tomada de consciência destas problemáticas suscitou a necessidade de intervenção da Psicologia no âmbito da oncologia.

Em 1989, Holland, definiu psico-oncologia como sub-especialidade da oncologia que estuda as dimensões psicológicas associadas ao diagnóstico de cancro, ao nível do impacto emocional no doente e família, bem como, das variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas na incidência e sobrevivência do cancro. O seu campo de intervenção inclui o tratamento, a QDV, e o apoio à equipa médica e de enfermagem na relação e comunicação com o paciente e familiares (Gill, Sirgo, Lluch, Maté & Estradé, 2001).

As mulheres com cancro da mama, em algum momento do percurso da doença, apresentam problemáticas psicossociais (Barros, 2008), sendo as mais frequentes: dificuldades de ajustamento ao processo de doença (Anjos & Zago, 2006; Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2010; Heppner, Armen, & Mallinckrodt 2009, Lopes & Carvalho, 2009; Matthews & Cook, 2009; Peres & Santos, 2009; Varela & Leal, 2008), distúrbios de humor e ansiedade (Ogden, 2004), imagem corporal e sexualidade (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2002; Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2010; Costa & Patrão, 2009; Macieira & Maluf, 2008; Miguel, Marques & Tosi, 2009; Tavares & Trad, 2005); problemas de concentração e memória, angustia e desesperança, falta de apetite, insónia, dificuldade em realizar actividades laborais e familiares, isolamento social e preocupação com a evolução da doença (Gil, et al. 2001).

1-Departamento de Educação e Psicologia, U. Trás-os-Montes e Alto Douro; Consulta de Psico-oncologia (Liga Portuguesa Contra o Cancro & Laços para a Vida) Vila Real; 2-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, U. do Porto.

A literatura tem vindo a documentar diferentes propostas de intervenção terapêutica com estasdoentes: Gil, et al. (2001) defendem que a intervenção psicológica poderá ser no âmbito do *counselling* e da psicoterapia. Destacam a eficácia das Psicoterapias, Comportamental, de Procura de Significado («Meaning- Seeking Psychoterapy de Holland & Goooen-Piels, 2000), Existencial e da Terapia de Grupo de Expressão-Suporte (Spiegel et al., 1999) junto dos doentes oncológicos (Gil, et al. 2001). Durá e Ibáñez (2001) acrescentam que as intervenções psicossociais em psicologia oncológica podem variar entre as terapias breves, de intervenção em crise, até aos programas ou psicoterapia de longa duração, que se estendem até ao final dos tratamentos. Dando como exemplos a terapia clássica, a didáctica, a de grupo, e a nível social e comunitário, as campanhas de informação e prevenção. Neme (2010) considera o modelo de psicoterapia breve mais ajustado ao contexto da psico-oncologia hospitalar, dado o foco terapêutico assentar na condição actual do “ser doente”.

Cada fase da doença impõe ao doente necessidades e desafios particulares, acompanhados de resposta psico-emocionais singulares (Liberato & Carvalho, 2008; Pereira & Lopes, 2002). Na fase de pré-diagnóstico, a ansiedade deverá constituir o foco da intervenção, enquanto na fase diagnóstico o confronto com a doença, as de estratégias de *coping*, ansiedade e stresse, são as áreas a trabalhar. Durante os tratamentos, inúmeras outras dimensõesdeverão ser objecto de atenção. Concluídos os tratamentos, é necessário retomar o curso de vida normal, resignificando a experiência de doença e de viver, atendendo às marcas deixadas pela mesma. A fase terminal, implica acompanhar o doente numa perspectiva existencial e espiritual (Liberato & Carvalho, 2008). Trijsburg, Van Knippenberg e Rijkma (1992), numa revisão de literatura, identificam o impacto positivo das intervenções psicológicas com doentes oncológicos, apontando a eficácia da terapia individual no alívio do *distress*, melhoria da auto-estima, desenvolvimento de auto-contolo, alívio dos sintomas físicos (náuseas, fadiga, perda de peso), e aumento da actividade e relações sexuais (Matos & Pereira, 2002).

Um processo terapêutico bem conseguido possibilita o ajustamento à doença, potencia a adesão aos tratamentos e a eficácia dos mesmos, e possibilita a elaboração e resignificação da experiência de doença incluindo o crescimento pessoal com a situação de doença. Recentemente estudos têm vindo a comprovar isso mesmo.

A Liga Portuguesa Contra o Cancro oferece desde 2008 apoio psico-oncológico a doentes e familiares.

O presente trabalho tem como objectivo contribuir para a fundamentação da eficácia da terapia psicológica no ajustamento psicossocial ao processo de doença, na adesão aos tratamentos, minimização dos efeitos secundários, resignificação da situação de doença, e retomar da vida deixada em suspenso.

MÉTODO

Caso Clínico 1: E., de 29 anos de idade, professora e empresária, casada, um filho bebé; cancro da mama, diagnosticado em Dezembro de 2010, dois dias depois de ter dado à luz o primeiro filho. Fase pós diagnóstico – tratamentos, tumor loco-regional, T4, ausência de metástases à distância, conhece o diagnóstico (mas não o prognóstico), mau prognóstico, a realizar quimioterapia.

Caso Clínico 2: G., 54 anos de idade, 3º ciclo completo, doméstica, casada em segundas núpcias, viúva do primeiro casamento, 3 filhos, uma rapariga do primeiro casamento, e dois rapazes do segundo; cancro da mama, diagnosticado em Julho de 2010. Fase de tratamentos, metastático, T3, comprometimento dos linfonodos regionais (N1), conhece o diagnóstico (mas não o prognóstico) mau prognóstico, a realizar quimioterapia.

Instrumentos: Entrevista clínica; *Brief Symptoms Inventory*; Escala de Satisfação com o Suporte Social; *Brief Cope* (Ribeiro & Rodrigues, 2003); *European Organization for Research and Treatment of câncer Quality of Life Questionnaire* e *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*

RESULTADOS

Análise Caso Clínico 1- Queixa: Partiu da própria. “Ajuda na compreensão e expressão de sentimentos ligados ao diagnóstico da doença. Preciso de um lugar só meu, para eu poder expressar o que sinto”.

Foram realizadas 17 consultas de seguimento semanal, com a duração de 50/60 minutos, distribuídas ao longo de sete meses de acompanhamento.

Na avaliação psicológica não foram encontrados níveis sintomáticos na escala BSI. Nas sub-escalas de somatização, depressão, hostilidade, ansiedade, obsessiva-compulsiva e sensibilidade interpessoal registaram valores significativos. Mostra-se satisfeita com o suporte social recebido. Tende a utilizar estratégias de *coping* positivas (activo, planear, aceitação, humor, reinterpretação positiva, suporte instrumental). Recorre à auto-culpabilização, não procura suporte emocional para lidar com a situação de doença. A queda do cabelo e as preocupações com a saúde no futuro são as dimensões mais comprometedoras da QDV.

Resultados da entrevista clínica- Problemáticas trabalhadas no processo terapêutico: a) Impacto da doença, minimizado pela experiência da maternidade, (ocorreram em simultâneo). “No meio de tudo isto foi uma dupla bênção. Consegui ter um bebé, quando tinha a ciência contra mim (problema ginecológico impedia-a de engravidar). E depois, se não tivesse o bebé o cancro não era descoberto

tão cedo, quando fosse já podia ser tarde". b). Expressão de sentimentos relacionados com o aparecimento da doença, principal motivo de pedido da consulta, ter um espaço seu para expressar o que sente, não quer fazê-lo junto da família, considera que já estão a sofrer muito. *"Tento manter sempre a boa disposição em casa e na rua. Muitas pessoas no trabalho não dão conta que tenho cancro"*. Na fase do diagnóstico, desabafou o que estava a sentir dentro de si num caderno que escondeu. A descrição (terapêutica) de alguns desabafos, foi mais tarde resgatada e trazida para a consulta, pedindo que fossem lidos à posteriori. Deixamos aqui excertos relacionados com um tema de que nunca falou em consulta, o medo de morrer: *No outro dia estava a recordar o dia em que fiquei a saber que era doente oncológica .. E no pavor que tinha de morrer.. (...) Como é que os outros iam reagir à minha morte.. tudo ia continuar igual sem mim.. (...) E o meu filhote não iria lembrar-se de mim..é tão pequenino.. (...) Mas isso não vai acontecer, porque vou estar aqui com eles! E isto vai correr bem!!! Tem que correr!"* c) Alteração das rotinas diárias – *"Desde que estou doente fico em casa dos meus pais, mas tenho saudades da minha casa. Decorámos o quarto do bebé, fizemos sozinhos as obras, pintamos ... E o bebé ainda não dormiu no quarto dele. A primeira vez que fui lá, desde que estou doente, desatei a chorar"*. d) Pesadelos durante o sono - *"Tenho sonos muito agitados. Mexo-me, falo. Mas não me lembro... Esta noite o meu marido diz que acordei a chorar!"* f) Reacções às modificações na imagem corporal, corporalidade e sexualidade – as modificações na imagem (queda de cabelo, aumento de peso, mastectomia) foram as experiências mais exigentes do ponto de vista da adaptação – *"Há pensamentos que me assombram. Sobre a minha imagem eu nunca me preocupei com o meu visual, nunca me preocupei com dietas (...) Mas agora não gosto do que vejo no espelho..vejo-me gigante..fragilizada..não sei explicar, mas não gosto.."*.g) Dúvidas e sentimentos relacionados com a cirurgia - *"Estou preocupada com a cirurgia. Vão tirar a mama toda? Quanto tempo ficarei internada? O meu filho pode visitar-me? Vou ter saudades dele! E depois da operação.. como vou conseguir segurar nele? Quero-me organizar ...!"* (...) *"As pessoas dizem que é a parte mais fácil, que custa menos que a quimioterapia. (...) Da operação tenho medo!"* h) Reminiscências traumáticas da experiência de doença – concluída a quimioterapia, apesar de considerar que não foi uma experiência tão incapacitante como a maioria das pessoas descreve, conta a dificuldade em olhar para a sala de tratamentos, a necessidade de se desfazer do saco onde levava os seus haveres – *"Não conseguia olhar para ele, ficava com enjoos e náuseas"*. i) Modificações no comportamento decorrentes da experiência de doença – na sua perspectiva, a doença desencadeou mudanças em alguns aspectos da sua forma de ser – *"com a doença parece que estou maluca, digo tudo o que penso, doo a quem doer. Dantes engolia muita coisa..."*. j) Significado da experiência de doença – *A experiência de doença mudou completamente a minha vida, mas num sentido positivo". "Sinto-me vitoriosa". "Sinto-me mais forte. Saí uma pessoa fortalecida desta batalha". "Nunca pensei que fosse tão forte!"*

Análise Caso Clínico 2- Queixa: Partiu da própria, sendo encaminhamento efectuado pela médica de oncologia. *“Não estou psicologicamente preparada para a cirurgia (mastectomia), independentemente de ser à mama. Tenho muitos traumas com os hospitais”.*

Foram realizadas 15 consultas de seguimento bi-semanal, com a duração de 50/60 minutos, distribuídas ao longo de seis meses de acompanhamento.

Resultados da avaliação psicológica

Na escala de sintomas do BSI foram encontrados índices clínicos ligeiros nas sub-escalas de somatização, depressão, ansiedade, ideação paranóide, obsessiva-compulsiva e sensibilidade interpessoal: Pouco satisfeita com o suporte social recebido. As estratégias de *coping* mais utilizadas são a auto-distração, coping activo, humor e aceitação. Planear, reinterpretação positiva e suporte emocional, são utilizadas por vezes. A QDV encontra-se ligeiramente comprometida nas dimensões função física, dor, fadiga, função cognitiva e dificuldades financeiras. E bastante afectada na função sexual, sintomas no braço e preocupações com os estado de saúde no futuro.

Resultados da Entrevista Clínica- Problemáticas trabalhas no processo terapêutico: a) Expressão de sentimentos relativamente à situação cirúrgica (catarse) – Encontrava-se consciente da gravidade da situação clínica, bem como, do seu estado psicológico, por isso pediu ajuda - *“Eu não digo que não me vou operar, mas preciso de ajuda, de preparação psicológica”.* O facto prendia-se com a recordação de intervenção cirúrgica na infância que não correu bem. *“O meu problema é a anestesia, eu não estou preparada para suportar a máscara da anestesia”.* b) Reminiscência de situação cirúrgica traumática na infância – Conta que aos 13 anos de idade para remover um dente foi-lhe administrada anestesia através de uma máscara – *“Correu mal. Tive uma visão da morte que me deixou muito traumatizada. Acordei e via-me com aquela máscara, não conseguia respirar, parece que ia asfixiar”.* Recorda ainda, que também na infância um tio seu, nas vésperas de intervenção cirúrgica se encontrava muito pessimista relativamente à intervenção, morreu no bloco. Justifica igualmente com o facto o seu medo/trauma. c) Pesadelos durante o sono decorrentes do conhecimento da cirurgia – Nos dias seguintes à tomada de conhecimento da cirurgia teve pesadelos recorrentemente – *“Sonhava que estava com uma máscara de oxigénio, e que descia uma escadas, cada vez descia mais, mais, cada vez mais fundo. Eu não queria descer, mas não conseguia fugir”.* Relata que o marido a acordava, vendo o seu sofrimento durante o sono. d) Partilha de acontecimentos familiares significativos – Considera que viveu sempre em função da família, sentido que muitas vezes esta não lhe dá o devido valor. Queixa-se da relação fria com o marido – *“O meu companheiro não é nada afectivo. Não é carinhoso. Não me compreende. Não é meigo. E isso magoa-me muito”.* *“Acho que não gosta de mim, está comigo para ter alguém que lhe faça as coisas”.* e) Adaptação às alterações corporais após a cirurgia (mastectomia) – Revela insight e capacidade pró-activa de ajustamento às modificações decorrentes da mastectomia, antes da cirurgia pensa nas adaptações que deverá fazer no

vestuário – “Imagino como me hei-de compor”, “Quando estou em pijama imagino-me já sem a mama, para me ir habituando”, “Também já conversei sobre o assunto com o meu marido”. f) Morte de amiga com cancro da mama – as perdas por morte de cancro afectam psiquicamente os doentes oncológicos – “Não tive oportunidade de me despedir dela. Tenho muita pena. Ela teve muitos desgostos”. g) Conflitos com a filha – A relação com a filha encontra-se desgastada por conflitos recorrentes, tendo evoluído para o afastamento total – “Parece-me que deixei de amar minha filha. Já não sinto aquela preocupação, nem saudades, sinto-me fria com ela, e isso preocupa-me e entristece-me!” h) Modificações no comportamento decorrentes da experiência de doença – A situação de doença ofereceu a possibilidade de se preocupar mais consigo mesma – “Tive uma conversa com o meu marido, como nunca tive. Disse-lhe que a partir de agora ia viver o tempo que me resta, para mim, pensar primeiro em mim. (...) Disse-lhe que gostava que fosse mais companheiro, que me compreendesse melhor, que fosse mais meu companheiro, e que demonstrasse os sentimentos que tem para comigo (...)”, “Depois dessa conversa, tenho tido os melhores momentos da nossa vida em 27 anos que estamos juntos”, “Passei também a cuidar-me mais, a gostar mais de mim!” i) Significado da experiência de doença – Acredita que a doença teve um objectivo na sua vida – “Antes da doença, anda 24 horas por dia dentro de minha casa a pensar, sou tão infeliz, o meu marido não me ama...”. “A doença fez-me pensar em retrospectiva na minha vida”, “Passei a dar mais valor à vida. A vida deu-me esta doença para eu mudar o meu caminho, a forma de ver e viver a vida”.

As doentes conseguiram resolver e ultrapassar as situações de maior morbilidade e desenvolver um processo de crescimento pessoal na doença. Encontram significado para a doença nas suas trajectórias de vida. Em ambos os casos, a experiência de doença, foi representada como experiência profundamente transformadora, modificando o sentido e o significado da vida e o modo de viver.

REFERÊNCIAS

- Anjos, A. C. Y., & Zago, M. M. F (2006). A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica: visão do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (1), 33-40.
- Barros, A.C. S.D. (2008). Câncer de Mama. In. V.A. Cravalho, et al. (Organizadores). *Temas em Psico-Oncologia*. (pp.40-45). São Paulo: Summus Editorial.
- Durá, E., & Ibáñez, E. (2000). Psicologia Oncológica. Perspectivas futuras de investigação e intervenção profissional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 27- 43.
- Costa, S. (2010). *Implicaciones del apoyo social en el estrés y el afrontamiento en la enfermedad de cáncer de mama*. Trabajo de Grado no publicado. Universidad de Salamanca, Salamanca, _Espana.
- Costa,S., Jiménez,F., & Pais-Ribeiro,J. (2010). Sexuality while dimension of a quality of live in illness breast cancer. *European Journal of sexology and sexual health*, 19 (S1), 130 [abst].

- Costa, A., & Patrão, I. (2009). “Mamas de Cristal”: sexualidade e imagem corporal em mulheres mastectomizadas. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos* (p.1214). Faro: U. do Algarve.
- Dias, M. R., Manuel, M., Xavier, P., & Costa, A. C. (2001). O Cancro da Mama no «seio» da família. In M.R. Dias & E. Durá (Coord.) *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi.
- Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J., & Estradé, E. (2001). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. In. M.R.Dias & E. Durá (Edts). *Territórios da psicologia oncológica* (pp.427-452). Lisboa: Climepsi.
- Heppner, P. P., Armen, J., & Mallinckrodt, B. (2009) Problem-solving style and adaption in breast cancer survivors. a prospective analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 3, 128-136.
- Justo, J. M. (2002). Uma Perspectiva Psicológica sobre as Doenças Oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. In. M. R. Dias & E. Durá (Edts.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 51-73). Lisboa. Climepsi.
- Liberato, R.P., & Carvalho, V.A. (2008). Psicoterapia. In. V.A. Cravalho, et al. (Organizadores). *Temas em Psico-Oncologia*. (pp.341-350). São Paulo: Summus Editorial.
- Lopes, V., & Carvalho, M. (2009). *Estudo da Relação entre a Imagem Corporal e as Estratégias de Coping com o Ajustamento Emocional e a Satisfação Sexual em Mulheres Submetidas a Cirurgia Radical e Parcial*. Comunicação Apresentada no I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, nos dia 5, 6 e 7 de Fevereiro de 2009, Algarve.
- Macieira, R. C., & Maluf, M. F. (2008). Sexualidade e Câncer. In. V.A. Cravalho, M.H. Franco, M. J. Kovács, R.P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. Gomes, & L.H. Barros (Organizadores). *Temas em Psico-Oncologia*. (pp.303-315). São Paulo: Summus Editorial.
- Matos, P., & Pereira, M. G. (2002). Psicoterapia com Doentes Oncológicos e Seus Familiares: Pertinência e Objectivos Gerais. In. M.G Pereira & C. Lopes. *O Doentes Oncológico e a Sua Família*. (pp. 27-56) Lisboa: Climepsi.
- Matthews, E., & Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping and social support during treatment for breast cancer. *Psychooncology*, 18 (7), 716-726.
- Miguel, A., Marques, A. L., & Tosi, S. D. (2009) Viver sem mama: discurso de mulheres mastectomizadas. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos* (pp.1513-1521). Faro: Universidade do Algarve.
- Neme, C.M.B. (2010). Psico-oncologia: caminhos, resultados e desafios da prática. In. C.M.B. Neme (Org.). *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas* (pp 19-57). São Paulo: Summus.

Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa:Climepsi.

Pereira, M.G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.

Peres, R., & Santos, D. (2009). Funcionamento defensivo em mulheres acometidas por câncer de mama: especificidades de pacientes em remissão e pacientes em recidiva. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos*(pp.565-570). Faro: Universidade do Algarve.

Pinto, C. A., & Pais-Ribeiro, J.L (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (1), 142-148.

Tavares, J. S., & Trad, L. A. (2005). Metáforas e significados do cancro da mama na perspectiva das famílias afectadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 426-435.

Varela, M., & Leal, I. (2008). Perturbação de pós-stress traumático, estratégias de *coping* e suporte social. In I. Leal, J.L.Pais Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 13-32). Porto. Universidade do Porto.

**DA INEVITABILIDADE DA DOR À OPCIONALIDADE DO SOFRIMENTO:
ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO DA DOENÇA, ADESÃO AOS TRATAMENTOS,
SOFRIMENTO E RESILIÊNCIA EM PACIENTES COM DOR CRÓNICA**

FILIPPE RIBEIRO, JOÃO PEREIRA & MARIA CUNHA

A dor é representada nos cuidados de saúde como um problema de saúde física, com foco na etiologia e tratamento, porém, poucas pessoas obtêm benefício com o tratamento ou compreendem a razão para a dor continuar (Daniel & Williams, 2010). Tendo em conta este facto, a dor assume-se como crónica, um problema médico, que carece de atenção constante (Melzack & Wall, 1987), constituindo-se um grave problema de saúde pública que, pela sua frequência e potencial causa sofrimento e incapacidade, entre outras consequências para os pacientes e suas famílias, representando enormes custos para a sociedade (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010; Rosenblum, Marsch, Joseph & Portenoy, 2008).

A experiência de dor é modulada pela percepção subjectiva da doença (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007), ou seja, pelas representações que orientam as reacções aos sintomas, diagnósticos e tratamentos, onde percepções imprecisas ou disfuncionais podem gerar problemas como não-adesão aos tratamentos e sofrimento (Cameron & Moss-Morris, 2010). Para Jairo, Vélez e Krikorian (2008), a percepção dos pacientes pode variar face ao tipo de dor crónica, oncológica ou não oncológica, constatando-se que os pacientes com dor oncológica apresentam maiores consequências da doença devido a menor adaptação à doença e menores níveis de actividade (Turk et al., 1998, as cited in Jairo et al., 2008), enquanto os pacientes com dor não oncológica percebem uma maior duração da doença, ou seja, esta prolongar-se-á para sempre, não sendo necessariamente causa de morte (Jairo et al., 2008).

Intimamente associado a percepção da doença encontra-se o sofrimento, verificando-se nos estudos de Sobral (2006) que as percepções de elevado controlo pessoal, crença na eficácia do tratamento e maior compreensão parecem ajudar a diminuir o sofrimento, enquanto as percepções de maior identificação dos sintomas, elevadas consequências, elevada duração da doença e elevada representação emocional contribuem para maior sofrimento.

De facto, é natural que a situação de doença seja vivida como experiência de sofrimento (Ferrell & Coyle, 2008), não só pela percepção da doença como ameaça para a saúde, mas também, pela dor e desconforto, opondo o doente à sua fragilidade e ideia de morte (Gameiro, 2000).

Outro aspecto identificado como um problema bastante prevalente no tratamento da dor crónica é a adesão aos tratamentos (Turk & Rudy, 1991), esta depende das características individuais do paciente, da condição clínica e de factores psicológicos (Weinman & Petrie, 1997, as cited in Nicklas, Dunbar & Wild, 2010), sendo a baixa adesão aos tratamentos nestes pacientes associada à elevada sintomatologia grave (Kurita & Pimenta, 2003) e sofrimento físico (McCracken, Hoskins & Eccleston, 2006, as cited in Nicklas et al., 2010).

Por último, considerando a dor crónica uma situação provavelmente adversa para os pacientes, destaca-se a resiliência, como capacidade destes para lidar com a doença (Angst, 2009), contribuindo assim na recuperação e adaptação à doença (Zautra, Johnson & Davis, 2005). Neste sentido, estudos recentes referem que níveis elevados de resiliência permitem aos pacientes, manterem-se relativamente estáveis quanto aos níveis de saúde física e psicológica (Bonanno, 2004, as cited in Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007), diminuindo vulnerabilidade a estados emocionais negativos (Zautra et al., 2001, as cited in Zautra et al., 2005), os sintomas físicos (Smith et al., 2008) e sofrimento (Wessells, 2009).

Embora a pertinência da temática da dor crónica, poucos estudos têm sido realizados do âmbito da Psicologia neste campo. Neste sentido, este estudo tem como objectivos ampliar o conhecimento acerca das diferenças da percepção da doença entre pacientes com dor oncológica e não oncológica, assim como as relações existentes entre percepção da doença, adesão aos tratamentos, sofrimento e resiliência nos pacientes com dor crónica.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo foi recolhida por conveniência na Unidade de Tratamento de Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. (CHVNG/E). No total, participaram neste estudo 89 indivíduos com dor crónica, dos quais 79,8% do sexo feminino e 20,2% do sexo masculino. Quanto à idade dos participantes, esta situa-se entre 28 e 82 anos, com uma média de 56,69 anos (DP=10,95). Relativamente ao estado civil, 11,2% são solteiros, 77,5% casados ou em união de facto, 7,9% divorciaram-se ou separaram-se e 3,4% viúvos. Quanto às habilitações literárias, grande parte tem apenas o 4º ano de escolaridade (40,4%). Relativamente à situação laboral, a maioria dos participantes estão reformados (52,8%) e apenas 7,9% estão a trabalhar a tempo inteiro.

Quanto à condição clínica, 20,2% tinham dor oncológica e 79,8% dor não oncológica, sendo as principais doenças para a consulta de dor o cancro (20,2%), a lombalgia (18,0%) e doença osteoarticular (16,9%). Relativamente à intensidade de dor, os participantes apresentam uma intensidade moderada-intensa ($M= 6,94$; $DP=2,15$), sendo que em 96,6% dos pacientes a dor prolonga-se há mais de 1 ano. A maioria dos participantes tomam medicação regularmente (98,9%) e 61,8% dos indivíduos frequentam consultas de Psicologia.

Material

O protocolo de investigação incluía um questionário sociodemográfico e clínico, o Questionário de Crenças sobre a Doença – versão breve (IPQ-R), a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), o Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença (IESSD) e a Escala de Resiliência de 14 Itens (RS-14).

O Questionário Sociodemográfico e Clínico engloba a caracterização sociodemográfica e clínica, incluindo um item para avaliar a intensidade subjectiva de dor.

O IPQ-R desenvolvido por Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006) e adaptado à população portuguesa por Soares, Trovisqueira e McIntyre é constituída por 9 itens que avalia as percepções de doença acerca das consequências, duração, controlo pessoal, controlo dos tratamentos, identidade, preocupação, resposta emocional, compreensão e principais causas.

A MAT desenvolvida por Delgado e Lima (2001) é constituída por 7 itens permitindo avaliar a adesão aos tratamentos através da média das respostas.

O IESSD desenvolvido por Gameiro e McIntyre é constituído por 44 itens, que permite avaliar a intensidade de sofrimento na doença ao nível global e nas dimensões: físico, psicológico, sócio-relacional, existencial e experiências positivas (Gameiro, 2000).

A RS-14 é a versão reduzida da Escala de Resiliência de Wagnild & Young, sendo constituída por 14 itens, permite avaliar o nível de resiliência (Wagnild, 2009). A escala original foi adaptada à população portuguesa por Felgueiras, Festas e Vieira (*no prelo*).

Procedimento

Após efectuadas as diligências necessárias para a autorização de recolha de dados no CHVNG/E e aprovado pelos respectivos Conselho de Administração, Comissão de Ética e Directores dos Serviços, procedeu-se à respectiva recolha. Esta realizou-se com pacientes com DC nas suas deslocações às consultas na Unidade de Tratamento de Dor onde, após consentimento livre e informado, cada participante respondeu aos questionários.

Para a análise estatística dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0. Na caracterização dos dados sociodemográficos e condição clínica utilizou-se estatísticas de frequência e descrição. Quanto à análise das diferenças entre grupos utilizou-se o teste não paramétrico *Mann-Whitney*, e para a análise das correlações utilizou-se o teste estatístico correlação de *Pearson*.

RESULTADOS

Inicialmente procurou-se comparar e analisar as diferenças relativamente à percepção da doença entre os pacientes com dor oncológica e não oncológica.

Quadro 1: Diferenças Significativas entre Pacientes com Dor Oncológica e Não Oncológica

	Classificação Média		Mann-Whitney U	Nível de Significância
	Dor Oncológica (n=18)	Dor Não Oncológica (n=71)		
Consequências	58,28	41,63	400,00	,012
Duração	36,08	47,26	478,50	,033

De acordo com o quadro 1, verifica-se que os pacientes com dor oncológica apresentam uma percepção de consequências mais elevada ($p=,012$) enquanto os pacientes com dor não oncológica apresentam uma percepção de maior duração da doença ($p=,033$).

Posteriormente investigou-se as relações existentes entre percepção da doença, adesão aos tratamentos, sofrimento e resiliência.

Quadro 2: Correlações entre Resiliência e Percepção da Doença e Sofrimento Global

		Resiliência	
		Correlação Pearson	Nível de Significância
Percepção da Doença:	Sofrimento Global	9	-,650**
	Controlo Pessoal	9	,370**
	Identidade	9	,311**
	Preocupação	9	,309**
	Compreensão	9	,440**
	Resposta Emocional	9	,457**

**Correlação é significativa ao nível 0,01 *Correlação é significativa ao nível 0,05

No quadro 2 apresenta-se as relações existentes entre resiliência, percepção da doença e sofrimento global, constatando-se que a resiliência correlaciona-se inversamente com o sofrimento global ($r=-,650$; $p=,000$), percepções de identidade ($r=-,311$; $p=,003$), preocupação ($r=-,309$; $p=,003$), resposta

emocional ($r=-,457;p=,000$) e positivamente com as percepções de controlo pessoal ($r=,370;p=,000$) e compreensão ($r=,440;p=,000$).

Quadro 3: *Correlações entre Percepção da Doença e Sofrimento Global*

		Sofrimento Global	
Percepção da Doença		Correlação de <i>Pearson</i>	Nível de Significância
Consequências	9	,388**	,000
Duração	9	,114	,288
Controlo Pessoal	9	-,336**	,001
Controlo Tratamentos	9	-,046	,668
Identidade	9	,312**	,003
Preocupação	9	,361**	,001
Compreensão	9	-,249*	,018
Resposta Emocional	9	,542**	,000

**Correlação é significativa ao nível 0,01 *Correlação é significativa ao nível 0,05

No quadro 3, apresentamos as relações existentes entre a percepção da doença e sofrimento global, verificando-se que o sofrimento global se correlaciona positivamente com as percepções das consequências da doença ($r=,388;p=,000$), identidade dos sintomas ($r=,312;p=,003$), preocupação ($r=,361;p=,001$), resposta emocional ($r=,542;p=,000$), e inversamente com o controlo pessoal ($r=-,335;p=,001$) e compreensão ($r=-,249;p=,018$).

Quadro 4: *Correlações entre Adesão aos tratamentos, Identificação de sintomas e Sofrimento Físico*

		Adesão Aos Tratamentos	
		Correlação de Pearson	Nível de Significância
Identidade	9	-,369**	,000
Sofrimento Físico	9	-,341**	,001

**Correlação é significativa ao nível 0,01 *Correlação é significativa ao nível 0,05

No quadro 4, observa-se que a adesão aos tratamentos correlaciona-se inversamente com a identificação de sintomas ($r=-,269;p=,000$) e sofrimento físico ($r=-,341;p=,001$).

DISCUSSÃO

Ao longo do presente estudo, procurou-se estudar a experiência dos pacientes com dor crónica, analisando a forma como estes percebem a doença e quais as relações existentes com a adesão aos

tratamentos, o sofrimento e a resiliência. Neste sentido, analisando quanto às diferenças relativamente à percepção da doença dos pacientes com dor oncológica e não oncológica, observou-se que os pacientes com dor oncológica apresentam percepção de elevadas consequências, que pode dever-se a uma menor adaptação à doença e a menores níveis de actividade por parte destes (Turk et al., 1998, as cited in Jairo et al., 2008). Por outro lado, os pacientes com dor não oncológica apresentam uma percepção de elevada duração da doença, o que confirma que os estes apresentam uma percepção de duração elevada pois compreendem que vão ter de viver com a dor para sempre (Jairo et al., 2008).

Quanto à análise das relações encontradas, verificou-se que os pacientes com dor crónica mais resilientes apresentavam níveis mais elevados de percepção de controlo pessoal e compreensão da doença e menores níveis de identificação de sintomas, preocupação e resposta emocional, ou seja, os pacientes mais resilientes apresentam uma maior capacidade de controlar e lidar com a doença (Angst, 2009), adaptando-se assim de forma mais adequada (Bonanno, 2004, as cited in Bonanno et al., 2007), o que contribui para diminuir as emoções negativas e os sintomas físicos (Smith et al., 2008). Outro dado relevante é o facto dos pacientes mais resilientes apresentarem um menor sofrimento global, destacando-se que os indivíduos mais resilientes não apresentam um sofrimento tão profundo (Wessells, 2009).

Continuando com a análise das relações, verificou-se que a percepção de consequências elevadas da doença, a identificação de elevados sintomas, a elevada preocupação e uma elevada resposta emocional mais negativa por parte dos pacientes com dor crónica encontra-se associado a uma maior sofrimento por parte destes, sobressaindo aqui que as percepções mais negativas ou disfuncionais acerca da doença parecem contribuir para um aumento do sofrimento para os estes indivíduos (Cameron & Moss-Morris, 2010; Sobral, 2006). Por sua vez, um maior controlo pessoal e compreensão sobre a doença por parte dos pacientes em estudo associa-se a um menor sofrimento global, constatando-se que estas percepções parecem contribuir para minimizar o sofrimento (Sobral, 2006).

Por último, observou-se que a elevada adesão aos tratamentos nos pacientes com dor crónica encontra-se associada a uma baixa identificação de sintomas e um menor sofrimento físico, sugerindo que uma maior adesão permite diminuir a sintomatologia (Kurita & Pimenta, 2003) e o sofrimento físico (McCracken et al., 2006, as cited in Nicklas et al., 2010).

No decorrer desta investigação, a principal limitação com que nos deparamos e pode ter enviesado os resultados obtidos refere-se ao estado clínico dos pacientes, dado que muitos deles padeciam, no momento da recolha, de dores intensas, dificultando todo o processo, requerendo em diversos casos de um hetero preenchimento dos questionários.

Em suma, podemos afirmar que é certo que a dor para estes pacientes é inevitável, pois faz parte do seu quotidiano, compelindo-os a aprender a viver com ela. Porém, é demonstrado que o sofrimento

destes pacientes pode ser minimizado, pois encontra-se associado à capacidade de resiliência de cada um, bem como a forma como percebem a doença e aderem aos tratamentos, sobressaindo a possibilidade de intervenções neste sentido.

REFERÊNCIAS

- Angst, R. (2009). Psicologia e Resiliência: Uma Revisão de Literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260.
- Bonanno, G., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources, and Life Stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671–682.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631–637.
- Cameron, L., & Moss-Morris, R. (2010). Illness-Related Cognition and Behaviour. In French, D., Vedhara, K., Kaptein, A. & Weinman, J. (Eds.), *Health Psychology*. (2^{ed}, pp. 149-161). West Sussex: British Psychological Society and Blackwell Publishing
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). *Pain Proposal: A dor crónica em Portugal*. Retrieved from: http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf
- Daniel, H., & Williams, A. (2010). Pain. In French, D., Vedhara, K., Kaptein, A. & Weinman, J. (Eds.), *Health Psychology* (2^aed, pp.303-316). West Sussex: British Psychological Society and Blackwell Publishing
- Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100. Retrieved from: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>
- Felgueiras, M., Festas, C., & Vieira, M. (no prelo). Adaptação e Validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a Cultura Portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(1), 73-80.
- Ferrell, B., & Coyle, N. (2008). The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), 241-247.
- Gameiro, M. (2000). IESSD: Um Instrumento para a Abordagem do Sofrimento na Doença. *Revista Referência*, 4, 57-66.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624.

- Jairo, J., Vélez, M., & Krikorian, A. (2008). Aspectos Neurobiológicos, Psicológicos Y Sociales Del Sufrimiento. *Psicooncología*, 5(2-3), 245-255.
- Kurita, G., & Pimenta, C. (2003). Adesão ao Tratamento da Dor Crônica: Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 61(2-B), 416-425.
- Melzack, R., & Wall, P. (1987). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nicklas, L., Dunbar, M., & Wild, M. (2010). Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: The role of illness perceptions and medication beliefs. *Psychology and Health*, 25(5), 601–615.
- Rosenblum, A., Marsch, I., Joseph, H., & Portenoy, R. (2008). Opioids and the Treatment of Chronic Pain: Controversies, Current Status, and Future Directions. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 405–416.
- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, k., Tooley, E., Christopher P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194–200.
- Sobral, H. (2006). Experiências Subjectivas de Sofrimento em Doentes Oncológicos: Percepção da Doença e Religiosidade. *Interacções*, 11, 147-162.
- Turk, D., & Rudy, T. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients - relapse, noncompliance, and adherence enhancement. *Pain*, 44(1), 5-28.
- Wagnild, G. (2009). *The resilience scale user's guide for the U.S. english version of the resilience scale and the 14-item resilience scale*. Montana: The Resilience Center.
- Wessells, M. (2009). Do No Harm: Toward Contextually Appropriate Psychosocial Support in International Emergencies. *American Psychologist*, 64(8), 839–854.
- Zautra, A., Johnson, L., & Davis, M. (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 212–220.

COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS IDOSOS: ESTUDO PRELIMINAR DE UMA ESCALA DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS

INÊS RIBEIRO & ISABEL LEAL

A perspetiva sobre a intimidade e a sexualidade no envelhecimento têm vindo a sofrer alterações. O desejo pela intimidade e o contacto com a vida sexual trazem benefícios para um envelhecimento saudável. Contudo, à medida que a idade avança o interesse e o desejo pelo sexo genital deslocam-se para um desejo pela intimidade (Rheume & Mitty, 2008), pelo companheirismo, pela comunicação e pelo afeto (Moura et al., 2008). A atividade sexual e o interesse por esta decrescem com o avançar da idade em ambos os sexos, principalmente nas mulheres (Genazzi, Gambacciani, & Simoncini, 2007; Kontula & Haavio-Mannila, 2009; Lindau et al., 2007; Nicolosi et al., 2006). Ocorrem adaptações fisiológicas e hormonais, que influenciam a redução do desejo e da atividade sexual (Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

Os principais problemas nas mulheres são a secura vaginal e dor na penetração ou problemas de saúde como a incontinência urinária, artroses e cancro da mama. Nos homens são a disfunção erétil e a ejaculação precoce (Genazzani et al., 2007; Nicolosi et al., 2004). Após a menopausa o interesse sexual das mulheres está bastante dependente da existência de um relacionamento (Genazzani et al., 2007). Sentem a morte do cônjuge como a conclusão da sua atividade sexual, daí o desinteresse por esta (DeLamater & Sill, 2005; Kontula & Haavio-Manilla, 2009). Os homens com ou sem parceira frequente têm mais pensamentos e sentimentos de desejo sexual, também afirmam menos a ausência de relações sexuais ou que viveriam bem sem sexo (Rheume & Mitty, 2008).

A intimidade é facilitadora da excitação no desejo sexual (Birnbaum et al., 2007). Porém, verifica-se que nas relações de longa duração existe uma tendência para os níveis de intimidade diminuírem entre os parceiros. A monotonia nas relações sexuais aumenta, o desejo sexual e a excitação diminuem. A insatisfação sexual contribui para uma deficiente intimidade sexual e para um declínio do desejo sexual, criando um ciclo vicioso da relação e da insatisfação sexual a culminar na meia-idade (Birnbaum et al., 2007).

As barreiras na sexualidade e na intimidade nesta faixa etária estão relacionadas com a noção de imagem corporal, crenças e valores a respeito da expressão sexual, tal como a falta de conhecimento ou, especialmente nas mulheres, o conforto com a sexualidade (Rheaume & Mitty, 2008)

O sexo entre pessoas mais velhas é ainda visto como anormal ou embaraçoso. Como é dado adquirido que o desejo sexual e a satisfação no coito diminuem ao longo da idade, a relação sexual tem sido encarada como debilitada, contribuindo para a exclusão da velhice. Envelhecer passa a ser ficar cada vez mais distante do ideal de perfeição do corpo, estando a beleza e a juventude associadas à saúde (González 2007). As mulheres idosas vão perdendo a sua imagem feminina, sofrendo assim uma invisibilidade (Silva et al., 2009). A diminuição do potencial reprodutivo faz com que seja difícil de ignorar o seu próprio envelhecimento podendo suscitar dúvidas sobre a atração sexual (Birnbaum et al., 2007). Medicamentos como o Viagra vieram abrir a porta a uma sexualidade mais legítima e aceitável na velhice, revelando que em qualquer idade, aparentemente o sexo pode ter importância. Contudo, esta situação apenas reforça a sexualidade masculina, dando prioridade ao físico e à eficiência, em vez dos sentimentos. (González, 2007).

Este estudo tem como objetivo, averiguar o comportamento sexual em ambos os sexos numa amostra de adultos com idade igual ou superior a sessenta anos. Segundo a literatura e estudos anteriores, a atividade sexual tem tendência para diminuir com o aumento da idade em ambos os sexos, mas principalmente nas mulheres. Tentámos estudar o comportamento sexual em função da disponibilidade de parceiro, assim como o estado civil, as habilitações literárias e o tipo de residência considerando que estes fatores poderão ter influência, ou serem ainda condicionantes no comportamento sexual.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, observacional-descritivo transversal.

Participantes

A amostra é constituída por 215 adultos com idade igual ou superior a 60 anos (53% do sexo feminino, 47% do sexo masculino). A idade média dos indivíduos é de 70,62 anos (desvio padrão de 5,84). É uma amostra não probabilística por conveniência feita através de um sistema de bola de neve. O protocolo de investigação foi recolhido em centros de dia e lares de idosos, bem como em lugares públicos, nos distritos de Lisboa e Setúbal. No que se refere ao estado civil verifica-se que cerca de 55% do total dos inquiridos são casados, 30% são viúvos, 6% são divorciados, os solteiros e os que vivem em relação de facto representam cada um cerca de 5%. 65,1% dos inquiridos diz manter uma relação afetiva atualmente. 60,6% do total de inquiridos são casados ou vivem em relação de fato, 5% são solteiros, viúvos ou divorciados. No que se refere às habilitações literárias, 5% dos inquiridos

possuem curso superior e cerca de 68% possuem até 6 anos de escolaridade. Em relação à profissão exercida a amostra é muito heterogénea, salientando que 13% dos inquiridos eram domésticas, 8% eram comerciantes e 7% eram costureiras. Relativamente à atividade exercida atualmente, 77% são reformados, 8% são domésticas, existindo uma pequena percentagem (1% a 1,5%) que se dedicam a atividades diversas (dança, jardinagem ou voluntariado).

Material

Os instrumentos utilizados foram um Questionário Sócio-demográfico e uma Escala de Comportamentos Sexuais (ver artigo de validação em anexo). O questionário de caracterização sócio-demográfica, permitiu-nos recolher dados sobre a idade, o sexo, o estado civil (há quantos anos), com quem reside, as habilitações literárias, a profissão exercida, a atividade atual e a existência de uma relação afetiva atualmente. A Escala de Comportamentos Sexuais (ver artigo de validação em anexo) foi desenvolvida para o estudo a partir da tradução e adaptação das seguintes escalas: EAS Escala de Atitudes Sexuais de Alferes (1999), Questionário de Atividade Sexual (SAQ – Sexual Activity Questionnaire) de Thirlaway, Fallowfield e Cusick (1996) e EEH Escala de Esperança de Herth (1991). Está organizada em três partes: a primeira foca as atitudes sexuais, a segunda recolhe informação sobre os comportamentos sexuais e existe ainda uma terceira que nos dá conhecimento a cerca da esperança. A escala possui 43 itens, distribuídos em formato de escala de Likert, com 5 possibilidades de resposta, preocupo-me muitíssimo, muito, moderadamente, pouco e nada ou não se aplica.

Procedimento

Para se obter a validação da Escala de Comportamentos Sexuais (ver artigo de validação em anexo) passaram-se por várias etapas: obtenção da equivalência semântica da escala, aplicação da mesma aos sujeitos da amostra e posterior análise estatística da mesma (Análise Fatorial Exploratória – AFE). Assim, a partir das correlações entre as variáveis, obtém-se fatores comuns e relações estruturais entre esses fatores e as variáveis. Recorremos ao *Software* PASW Statistics (v.18, SPSS Inc, Chicago, IL), para a análise dos dados estatísticos.

RESULTADOS

Recorreu-se à análise descritiva dos dados, a fim de obter as frequências e as respetivas percentagens de respostas dadas pelos indivíduos com mais de sessenta anos. Nas análises estatísticas utilizamos o fator comportamento sexual, obtido anteriormente, na análise fatorial exploratória. Em termos estatísticos, os *scores* de cada um dos indivíduos neste fator foram obtidos da seguinte forma: Fator Comportamento Sexual = Média (V28, V29, V31, V33, V34 e V35).

De acordo com o teste *t-student* as diferenças observadas nos valores médios para o fator comportamento sexual entre homens e mulheres são estatisticamente significativas ($t(199, 281)=-4,889$; $p<0.001$). Os resultados obtidos pela aplicação do teste ANOVA *Welch* ($F(4; 24,927)=9,437$; $p<0,001$) indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos 2 grupos de estado civil. Procedeu-se à comparação múltipla de médias pelo teste de *Tamane*. Para este fator, o teste indica como estatisticamente significativas as diferenças registadas entre os seguintes pares de grupos: “Viúvo” e “Casado” (IC 95% [0,302; 1,130], $p<0,001$); “Viúvo” e “Relação de facto” (IC 95% [0,354; 2,194], $p=0,004$) e “Relação de facto” e “Divorciado” (IC 95% [0,310; 2,823], $p=0,009$).

Os indivíduos que apresentam uma atividade sexual média mais elevada são aqueles que vivem com o companheiro (1,81) ou que vivem em família (1,58). Os resultados obtidos pela aplicação do teste ANOVA *one-way* ($F(3, 198)=11,301$; $p<0,001$) são indicativos da existência de pelo menos dois grupos em que as diferenças dos valores médios do fator comportamento sexual são estatisticamente significativas. A comparação múltipla de médias efetuadas pelo teste de *Tukey* mostra que os grupos onde se registam essas diferenças são: os grupos “Família” e “Sozinho” ([0,140; 1,058], $p=0,005$) e “Companheiro” e “Sozinho” ([0,446; 1,210], $p<0,001$).

Para testar se existem diferenças no que se refere ao comportamento sexual dos idosos com diferente nível de habilitações literárias, utilizamos a ANOVA *one-way*. Os resultados obtidos pela aplicação do teste ANOVA *one-way* ($F(6,195)= 2,119$; $p=0,053$) são indicativos de diferenças entre pelo menos dois grupos apenas marginalmente significativas ($p<0,10$). No entanto, o teste de *Tukey* para comparação múltiplas de médias, não encontra nenhum grupo onde as diferenças sejam estatisticamente ou marginalmente significativas.

Os resultados do teste de *t-student* ($t(200)=8,104$; $p<0.001$) permitem afirmar que as diferenças registadas nas médias do fator comportamento sexual entre os idosos com e sem relação afetiva são estatisticamente significativas.

A amostra apresenta uma idade média de 70,6 anos, com um mínimo de 57 anos e um máximo de 92 anos. Que relação existirá entre estas duas variáveis? Será que os idosos mais velhos são mais ou menos ativos sexualmente do que os idosos mais novos? Calculámos os coeficientes de correlação de *Pearson*. Os resultados apontam para uma correlação negativa ($\rho=-0.126$, $p=0,074$) e marginalmente significativa ($p<0.10$), o que significa que quando a idade aumenta o fator comportamento sexual diminui.

DISCUSSÃO

As adaptações do ser humano, tanto biológicas como psicológicas, ao longo do processo de envelhecimento, influenciam a atividade sexual. No nosso estudo tivemos em conta os fatores idade, género e existência de uma relação afetiva como determinantes significativos da atividade sexual.

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que a atividade sexual e o desejo sexual diminuem com o avançar da idade. Há uma correlação negativa entre a idade e o fator comportamento sexual. Como esperado, os homens, apresentam em média, um comportamento sexual mais elevado do que as mulheres, ou seja, apresentam maior atividade sexual.

Birnbaum et al. (2007) referiu que a menopausa tem efeitos prejudiciais nas mulheres tanto na sua qualidade da vida sexual, como no seu relacionamento. As mudanças na menopausa estão associadas aos baixos níveis de estrogénio que podem fazer a atividade sexual menos prazerosa (Rheume e Mitty, 2008). A idade não produz, necessariamente, uma diminuição do desejo sexual (Birnbaum et al., 2007), são as preocupações relacionadas com as relações afetivas que atingem a esfera sexual, conduzindo à vivência de dificuldades a nível sexual, tais como uma intimidade deficiente (Basson, 2000; Birnbaum et al., 2007). A relação a longo prazo, tem um particular efeito de detrimento no desejo sexual da mulher. A paixão tende a diminuir com o avançar da relação, desenvolvem-se rotinas sexuais, conduzindo à habituação na relação sexual e à pouca criatividade/romance (Bancroft, Loftus, & Long, 2003; Birnbaum et al., 2007). A redução do desejo sexual pode ser considerado uma reação “adaptativa” às dificuldades na relação, em vez de de uma evidência de um mau funcionamento do sistema da resposta sexual (Bancroft & Jassen, 2000).

Os nossos resultados também mostram que os indivíduos que vivem em relação de facto apresentam um comportamento sexual mais ativo do que os indivíduos divorciados e viúvos. Os casados são mais ativos do que os viúvos e os divorciados (as diferenças observadas entre estes dois grupos não são resultado do acaso, têm suporte estatístico como demonstrado anteriormente). As pessoas que vivem com o companheiro ou com a família apresentam valores superiores relativamente aos comportamentos sexuais do que as que vivem sozinhas. Os indivíduos que têm uma relação afetiva têm mais comportamentos sexuais. As mulheres com mais de 75 anos são menos propensas a ter um parceiro do que os homens da mesma idade, tal como uma atitude menos positiva e menos interesse na atividade sexual (Rheume & Mitty, 2008). Para o homem o desejo sexual não está dependente da existência de um parceiro (DeLamater e Sill, 2005; Kontula & Havio-Mannila, 2009).

A pouca oportunidade para experiências sexuais é a maior barreira sexual nos idosos. (Rheume & Mitty, 2008). A existência de pouca privacidade nos lares de idosos também cria obstáculos nos seus residentes, existindo poucas possibilidades de momentos de intimidade. Devido ao facto da sexualidade ser um elemento fundamental na qualidade de vida dos idosos, torna-se importante entender como a percebem e como a vivem. É necessário possibilitar a partilha de vivências, manter e fazer novas amizades, aumentar o sentimento de valorização, proporcionando a expressão da sexualidade e exercício desta, de uma forma duradoura e saudável. Deste modo, será importante, criar junto dos profissionais de saúde, formas de comunicação com os seus pacientes, para que tenham uma visão mais positiva da sua sexualidade e tirar maior partido desta (Moura et al., 2008).

Através deste estudo depreendemos que para as pessoas com mais de sessenta anos de idade existem diferenças significativas no seu comportamento sexual. Os sujeitos do sexo masculino assim como os que possuem um parceiro disponível apresentam mais comportamentos sexuais, deduzindo que a existência de parceiro estável é indicador de mais comportamentos sexuais e de maior satisfação sexual. Percebemos também que existem fatores biológicos, psicológicos e sociológicos que influenciam o comportamento sexual. A vivência da sexualidade é mais complexa nas mulheres do que nos homens.

Seria crucial entender melhor a dinâmica da satisfação sexual. Esta tem sido investigada para melhorar o bem estar dos indivíduos, bem como a estabilidade dos casamentos e de relações de intimidade (Carpenter et al., 2009). Entender os problemas sexuais também pelo lado subjetivo das dificuldades ou da insatisfação (Bancroft, Loftus and Long, 2003; Carpenter et al., 2009). Os fatores biológicos têm sido considerados importantes no declínio da atividade sexual no envelhecimento, poderia ser analisada a doença crônica (própria ou do parceiro). Foi uma limitação do estudo. Outra limitação está relacionada com a impossibilidade de medir e estudar os níveis hormonais dos sujeitos.

Sendo a investigação desta temática na população portuguesa ainda pouco explorada, pensamos que este estudo poderá servir para impulsionar futuras investigações que esclareçam de forma mais conclusiva a forma como é vivida a sexualidade nesta faixa etária, assim como outros fatores que poderão estar na origem da diminuição da atividade sexual após a meia idade. Para tal, pensamos que deveria ser utilizada uma amostra com maior número de sujeitos, assim como a realização de outro tipo de testes psicológicos, pois seria importante perceber quais os diagnósticos psicológicos dos inquiridos.

REFERÊNCIAS

- American Association of Retired Persons (1999). *Modern maturity. Sexuality study*. Washington DC: AARP,.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 24, 571-579.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 193-208.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 51-65.
- Birnbaum, G., Cohen, O., & Wertheimer, V. (2007). Is it all about intimacy? Age, menopausal status, and women's sexuality. *Personal Relationships*, 14, 167-185.

- Bouman, W., Arcelus, J., & Benbow, S. (2006). Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSAI). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 21 (2), 149-161.
- Carpenter, L.M., Nathanson, A. C., & Kim, Y. J. (2009). Physical woman, emotional men: gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 87-107.
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *The Journal of Sex Research*, 42 (2), 138-149.
- Genazzani, A. R., Gambacciani, M., & Simoncini, T. (2007). Menopause and aging, quality of life and sexuality. *Climacteric*, 10, 88-96.
- González, C. (2007). Age-graded sexualities: The struggles of our ageing body. *Sex Cult*, 11, 31-47.
- Hajjar, R. R., & Kamel, H. K., (2003). Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression. *J Am Med Dir Assoc*, 4, 152-156.
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, 46 (1), 46-56.
- Lindau, S., Schumm, L., Laumann, E. et al. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357 (8), 762-774.
- Mattiasson, A.C., & Hember, M. (1999). Intimacy – meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer? *Nurs Ethics*, 5, 527-534.
- Moura, I., Leite, M., & Hilbert, L. (2008). Idosos e a sua percepção acerca da sexualidade na velhice. *RBCEH, Passo Fundo*, 5(2), 132-140.
- Nicolosi, A., Laumann, O., Glasser, B., Moreira, JR., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigator's Group. *Urology*, 64 (5), 991-997.
- Nicolosi, A., Buyat, J., Glasser, B., Hartmann, U., Laumann, O., Gingell, C., et al. (2006). Sexual behavior, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: The global study of sexual attitudes and behaviors. *World Journal of Urology*, 24, 423-428.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Price, B. (2009). Exploring attitudes towards older people's sexuality. *Nursing Older People*, 21(4), 23-39.

- Rheume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, 29, 5, 342-349.
- Silva, V., Marques, A., & Lyra-da-Fonseca, J. (2009), Considerations about elderly sexuality in gerontologic texts. *Rev. Bras. Geriatr.*, 12 (2), 295-303.
- Vistad, I., Fosså, S., Kristensen, G., Mykletun, A., & Dahl, A., (2007). The sexual activity questionnaire: psychometric properties and normative data in norwegian population sample. *Journal of Women's Health*, 16 (1), 139-148.
- Wallace, M. (2003). Sexuality and aging in long-term care. *Ann Long-Term Care*, 11, 53-59.

PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO E ENGAJAMENTO NO TRABALHO: UM ESTUDO COM PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS

*CÁSSIA SOUZA ROCHA, ELIZABETH RUSSO INFANTE, LAURA MAZA GARRIDO, ROBERTO
RUSTICCI & MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA*

As questões relacionadas ao ambiente organizacional são, na atualidade, cada vez mais recorrentes, destacando-se entre elas a saúde do trabalhador. Assim, a Psicologia Positiva, atenta a essas questões, propõe o estudo de variáveis indicativas de saúde dentro das organizações, como por exemplo, a percepção do suporte social no trabalho e engajamento no trabalho.

Pachane e Pereira (2005), revelam que atualmente se tem configurado um processo de mudanças no panorama organizacional global, onde se inserem as instituições de ensino superior. As autoras indicam que tais mudanças estão associadas, em especial, a alterações na organização do trabalho, aos processos de globalização da economia, ao avanço científico-tecnológico e a alterações na relação dos indivíduos com o conhecimento. Ainda de acordo com as autoras, os professores universitários, por fazerem parte deste cenário de transformações e desenvolverem atividade intelectual que exige inovações constantes dentro de um setor competitivo, são impelidos a um comprometimento com a organização em que estão inseridos, atuando de tal maneira, que tenham condições para lidar com as novas formas didáticas de ensino e acompanhar o dinâmico mercado de trabalho. Neste contexto a percepção de suporte social no trabalho pode ser fundamental para o desenvolvimento do profissional.

Na visão de Rodrigues e Cohen (1998 como citado em Siqueira, 2008a) suporte social é constituído por três dimensões: emocional, informacional e instrumental. Suporte emocional é o suporte recebido das pessoas com quem se mantém forte vínculo afetivo e relação de confiança.

Refere-se ao que as pessoas podem fazer e falar ao outro, sentir-se respeitado, amado, perceber que tem quem se preocupe com ele. Já suporte informacional diz respeito às informações importantes para o indivíduo e que são disponibilizadas pela sua rede social. Por fim, suporte instrumental é definido como os vários tipos de auxílios tangíveis que uma pessoa recebe da outra, disponibilizado por redes sociais ou por instituições.

Siqueira (2008b) aponta que no Brasil, algumas medidas relacionadas ao suporte social foram voltadas ao ambiente de trabalho e destaca o trabalho de Gomide Jr., Guimarães e Damásio (2004 como citado em Siqueira, 2008b), que desenvolveram e validaram a Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho e sustentam que suporte social no trabalho refere-se à crença global do empregado de que a organização empregadora oferece os três tipos de suporte social (emocional, instrumental e informacional) necessários para a execução dos trabalhos.

O recebimento deste suporte pode facilitar a superação de crises e fortalecer laços e vínculos na empresa, proporcionando maior bem-estar. Segundo Andrade (2010) é essencial a percepção de suporte social nas relações com colegas de trabalho e também em outros contextos sociais no qual o indivíduo conviva, pois isto contribui para a estabilidade emocional, e pode estar relacionado com a forma como o trabalhador se engaja no trabalho.

Para Csikszentmihalyi (1988 como citado em Snyder & Lopez, 2009, p.369), o envolvimento engajado no trabalho tem semelhanças com o conceito de fluxo, por isso, para um melhor entendimento do conceito de engajamento no trabalho é necessário estudar primeiramente o conceito de estado de fluxo. Para o autor, estar em “flow” ou em fluxo significa “viver em capacidade total” e para isto deve-se analisar “a dinâmica da experiência momentânea e as condições em que ela atinge o seu melhor” (Csikszentmihalyi 2002 como citado em Snyder e Lopez, 2009, p.232).

Ainda segundo o autor, “para atingir o estado de fluxo, são necessárias duas condições: ter desafios ou oportunidades de ação percebidos que ampliam as habilidades pessoais e possuir objetivos próximos, claros e com “feedback” imediato sobre o progresso”.

O estado de fluxo tem as seguintes características: concentração intensa e dirigida naquilo que se está fazendo no momento; fusão de ação e consciência; perda da autoconsciência reflexiva, ou seja, perda da consciência de si mesmo como ator social; sensação de que se pode controlar a situação; distorção da experiência temporal (geralmente, uma sensação de que o tempo passou mais rapidamente do que o normal) e atividade intrinsecamente gratificante (Nakamura & Csikszentmihalyi 2002 como citado em Snyder & Lopez, 2009, p.232). Portanto, para Csikszentmihalyi (1988 como citado em Snyder & Lopez, 2009, p.369), o envolvimento engajado no trabalho proporciona ao trabalhador entrar em estado de fluxo, onde pode ficar tão absorto e envolvido com o trabalho que perde a noção de tempo.

Para Harter, et al. (2002 como citado em Snyder & Lopez, 2009, p.369) engajamento no trabalho, é entendido como o envolvimento do empregado com seu trabalho, ao passo que a satisfação é o que podemos chamar de entusiasmo do empregado no trabalho. O engajamento no trabalho é definido como um estado afetivo-inspirador persistente, patente e positivo de realização dos empregados (Llorensl et al., 2004). É composto de três dimensões: vigor, dedicação, e absorção.

O vigor refere-se aos altos níveis de energia e da superação mental do trabalhador, a voluntariedade ao investir esforços onde trabalha, a habilidade de não ser desgastado facilmente e persistência face às dificuldades. A dedicação refere-se a uma participação forte nos locais de trabalho, acompanhado por sentimentos de entusiasmo e de significado, assim como de um sentido de orgulho e de inspiração. Finalmente, a absorção refere-se a um estado em que os indivíduos estão concentrados inteiramente em suas atividades, possuindo a sensação de que o tempo passa rapidamente e têm dificuldade de desapegar-se do trabalho.

No Brasil, a escala desenvolvida por Martins, Lima, Agapito, Souza e Siqueira (2011) não contempla a dimensão dedicação, avaliando somente as dimensões absorção e vigor.

Para Bakker (2009) os empregados engajados têm altos níveis de energia e estão entusiasmados com seu trabalho. Além disso, muitas vezes, estão totalmente imersos em seu trabalho a ponto de não perceberem o tempo passar.

O engajamento ocorre quando os empregados entendem que suas necessidades estão sendo atendidas. Especificamente, o engajamento reflete aquelas circunstâncias na vida em que os empregados “sabem o que se espera deles, dispõem do que precisam para fazer seu trabalho, têm oportunidades de se sentir bem com colegas de trabalho em que confiam e têm chances de melhorar e se desenvolver” (Harter et al., 2002, como citado em Snyder & Lopez, 2009, p.369). Da mesma forma, Warr (2002, como citado em Snyder & Lopez, 2009, p.369) relata que os empregados que mais se engajam são aqueles que têm tarefas especiais e nos quais há um bom equilíbrio das atividades demandadas com as habilidades e a personalidade dos empregados.

Bakker (2008) cita um estudo feito com trabalhadores holandeses no qual foram realizadas entrevistas qualitativas com profissionais de diferentes ocupações, os trabalhadores indicaram que o seu entusiasmo e energia também aparecem fora do trabalho, por exemplo: nos esportes, hobbies criativos e trabalho voluntário. Para estes profissionais, funcionários engajados se sentem cansados após um longo dia de trabalho duro, no entanto, eles descrevem o cansaço como um estado bastante agradável porque está associado a efeitos positivos e realizações. Finalmente, os empregados não são viciados em trabalho. Eles desfrutam de outras coisas fora do trabalho e, ao contrário dos "workaholics", eles não trabalham duro por causa de um forte impulso interior e irresistível, mas porque para eles, trabalho é sinônimo de diversão.

Este estudo tem por objetivo analisar a relação entre a percepção de suporte social no trabalho e engajamento no trabalho em professores universitários. São Objetivos específicos: Descrever os níveis de percepção de suporte social no trabalho; Descrever os níveis de engajamento no trabalho; Investigar a relação entre os níveis de suporte social no trabalho e os níveis de engajamento no trabalho.

MÉTODO

Participantes

Este estudo contou com a participação de 63 professores universitários da rede privada de ensino, sendo a maioria do sexo feminino, representando 52,4%. A idade dos participantes variou entre 22 e 65 anos, com idade média de 44 anos (DP = 10,52). A maioria são casados, ou seja, 57,1%. Da população estudada 41,3% possui especialização e 41,3% mestrado, seguido por 17,4% de doutorado. O tempo médio em que trabalham na universidade é de 7,24 anos (DP = 5,14).

Material

Para esta pesquisa os participantes responderam a um questionário auto-aplicável composto pelas seguintes medidas:

Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho (EPSST) – esta escala foi desenvolvida por Gomide Jr., Guimarães, e Damásio, (2004 como citado em Siqueira, 2008b) e tem por objetivo avaliar a percepção de suporte social no trabalho. É constituída por 18 itens, respondidos em uma escala de quatro pontos (1 = discordo totalmente; 2 = apenas discordo; 3 = apenas concordo; 4 = concordo totalmente), dividida em três fatores: informacional (a de Cronbach = 0,85), emocional (a de Cronbach = 0,83) e instrumental (a de Cronbach = 0,72), na qual o indivíduo informa a frequência com que percebe a possibilidade de contar com o suporte social no trabalho.

Escala de Engajamento no Trabalho (EET) – escala desenvolvida por Martins et al. (2011) composta por 10 itens, com o objetivo de avaliar o engajamento dos profissionais ao seu trabalho, através de 2 fatores : vigor e absorção (a de Cronbach =0,78 e 0,86 respectivamente), respondida em uma escala de 5 pontos (1 = Nunca 2 = Poucas vezes 3 = Às vezes 4 = Muitas vezes 5 = Sempre).

Procedimento

Foram contatados docentes de universidades privadas cuja participação deu-se por conveniência. Para tanto foram explicitados os objetivos da pesquisa e diante da aceitação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual o participante ficou ciente de que não sofreria nenhum tipo de prejuízo participando da pesquisa e que sua identidade seria preservada. Na sequência foi-lhes entregue o questionário auto-aplicável.

Para o procedimento de tabulação e tratamento dos dados coletados foi utilizado o Programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 19.

RESULTADOS

Analisando-se os resultados pode-se dizer que os participantes desse estudo demonstram dúvida quanto à percepção da presença de suporte social no trabalho, pois as médias obtidas em cada dimensão foram: 2,54 para suporte informacional, 2,53 para suporte instrumental e 2,73 para suporte emocional.

No que diz respeito ao engajamento no trabalho, obteve-se 4,06 para dimensão absorção o que indica que os participantes desse estudo sentem-se absorvidos pelo trabalho, enquanto na dimensão vigor teve-se a média de 3,77 o que denota que os participantes estão em dúvida sobre sentir-se revigorados e energizados pelo trabalho.

Os valores de t de Student na comparação das dimensões de engajamento no trabalho e percepção de suporte social no trabalho demonstram uma relação significativa entre as variáveis Informacional e Emocional e uma relação muito significativa entre as variáveis Absorção e Vigor; Emocional e Instrumental (Quadro 1).

Quadro 1: Médias e valores de t de Student comparando-se dimensões de engajamento no trabalho e percepção de suporte social no trabalho (n=63).

Variáveis Comparadas	Médias	Comparadas	Valores de t
1 Absorção X Vigor	4,06 - 3,77		4,031**
2 Informacional X Instrumental	2,54 - 2,53		0,255
3 Informacional X Emocional	2,54 - 2,73		-2,380*
4 Emocional X Instrumental	2,73 - 2,53		3,030**

*p < 0,05; ** p < 0,01

Para desenvolver as interpretações pertinentes aos resultados fornecidos pelas correlações (r de Pearson), foram adotados os critérios de interpretação propostos por Bisquera, Sarriera e Martinez (2004, p. 147), assim estruturados: r = 1, correlação perfeita; 0,80 < r < 1, correlação muito alta; 0,60 < r < 0,80, correlação alta; 0,40 < r < 0,60, correlação moderada; 0,20 < r < 0,40, correlação baixa; 0 < r < 0,20, correlação muito baixa e r = 0 correlação nula. São utilizadas as mesmas interpretações para coeficientes negativos.

Encontra-se correlação positiva, muito significativa e moderada entre as variáveis Absorção e Vigor (r = 0,582; p < 0,01), o que demonstra que quanto maior a absorção do indivíduo no trabalho, mais revigorado o trabalhador se apresenta.

Pode-se observar uma correlação positiva, significativa e baixa entre Absorção e Percepção de Suporte Informacional (r = 0,230; p < 0,05), o que significa que quanto mais informação ele percebe receber da empresa, mais absorvido com o trabalho ele fica. Observa-se correlação positiva, muito significativa e baixa entre as variáveis Vigor e Percepção de Suporte Informacional (r = 0,344; p <

0,01), o que demonstra que quanto mais o trabalhador percebe receber informação da organização, mais revigorado para o trabalho ele se sente. Desta forma, percebe-se que a variável Suporte Informacional está relacionada com o Engajamento no Trabalho.

Encontra-se correlação positiva e muito significativa entre as três variáveis que compõe Percepção de Suporte Social no Trabalho, sendo que o r de Person entre Percepção de Suporte Informacional e Percepção de Suporte Instrumental ($r = 0,610$; $p < 0,01$) é alto; entre Percepção de Suporte informacional e Percepção de Suporte Emocional ($r = 0,426$; $p < 0,01$) e entre as variáveis de Percepção de Suporte Instrumental e Percepção de Suporte Emocional ($r = 0,524$; $p < 0,01$) é moderada (Quadro 2).

Quadro 2: Índices de correlação bivariada (r de Pearson) entre as dimensões de engajamento no trabalho e de percepção de suporte social no trabalho ($n=63$). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Correlação bivariada		1	2	3	4	5
Engajamento no trabalho						
1.	Absorção	-				
2.	Vigor	0,582	-			
		**				
Percepção de suporte social no trabalho						
3.	Informacional	0,230	0,344	-		
		*	**			
4.	Instrumental	0,192	0,230	0,610	-	
				**		
5.	Emocional	0,128	0,216	0,426	0,524	-
				**	**	

Na análise realizada entre os dados das variáveis de Engajamento no Trabalho, Percepção do Suporte Social no Trabalho, idade e tempo de trabalho, verifica-se correlação positiva, significativa e baixa ente Idade e Absorção ($r= 0,285$; $p < 0,05$), o que indica que quanto mais idade, mais absorvido o trabalhador fica pelo trabalho. Encontra-se correlação positiva, muito significativa e moderada tanto entre Vigor e Idade ($r= 0,400$; $p < 0,01$) quanto para Vigor e tempo de trabalho ($r= 0,412$; $p < 0,01$), o que revela que quanto mais idade e mais tempo de trabalho o indivíduo fica mais revigorado com o trabalho (Quadro 3).

Quadro 3: Comparação entre as variáveis de Engajamento no Trabalho, Percepção do Suporte Social no Trabalho, idade e tempo de trabalho. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

	1	2	3	4	5	6	7
1. Idade	-						
2. Tempo de trabalho	0,543	-					
	**						
3. Emocional	0,068	-	-				
		noss					
4. Informacional	0,130	0,064	0,426	-			
			**				
5. Instrumental	0,057	0,057	0,524	0,610	-		
			**	**			
6. Absorção	0,285	0,246	0,128	0,230	0,19	-	
	*				?		
7. Vigor	0,400	0,412	0,216	0,344	0,23	0,582	-
	**	**		**	0	**	

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar os níveis da percepção de suporte social no trabalho (PSST), engajamento no trabalho e a correlação entre os dois constructos em uma população de professores universitários.

A respeito da PSST, observa-se que a amostra estudada tem dúvidas sobre o suporte social recebido da organização, assim estes professores que não se percebem cuidados pela empresa podem deixar de comprometer-se com sua instituição de trabalho, bem como de ter sua produção e desempenho diminuídos, e também dificuldade para encontrar satisfação com seu trabalho. Isto porque o suporte social é um indicador importante sobre bem-estar e o comprometimento no trabalho, uma vez que ele não é notado pode-se prejudicar a relação do trabalhador com seu emprego diminuindo sua saúde no âmbito organizacional.

Sobre engajamento no trabalho pode-se dizer que os participantes, embora sintam-se absorvidos pelo trabalho, isto é, concentram-se em suas atividades laborais perdendo a noção do tempo, eles não se sentem revigorados com este trabalho, parece que de alguma forma eles experimentam sensação de desgaste e podem deixar de investir esforços, ou seja, denotam um entusiasmo reduzido com seu trabalho. Desta forma, parece que estes trabalhadores não estão sendo atendidos totalmente nas suas necessidades no trabalho, o que reflete no seu engajamento e pode demonstrar falta de equilíbrio entre as atividades demandadas pela organização e a habilidade e personalidade dos trabalhadores.

A única dimensão de PSTT que se relacionou com engajamento no trabalho foi a informacional, demonstrando que a percepção de suporte social no trabalho está pouco relacionada com o engajamento no trabalho.

Na correlação entre as variáveis de engajamento no trabalho e PSST percebe-se que quanto mais engajado o indivíduo estiver mais ele vai perceber o recebimento de informação por parte da empresa, ou seja, quanto mais envolvido ele estiver com o trabalho mais ele perceberá as informações fornecidas pela organização o que será indispensável para guiar e orientar ações na solução de problemas diários ou nas decisões no desenvolvimento do trabalho.

Outra questão importante visualizada nesse estudo é a indicação de que quanto mais idade o indivíduo possui, mais absorvido e revigorado pelo trabalho ele fica, isto é, parece que a idade pode estar relacionada com o engajamento no trabalho, sendo esta uma informação muito importante para as empresas que pretendem ter funcionários engajados em seu quadro, uma vez que estes produzem de forma mais intensa, com qualidade e sentem-se satisfeitos com o trabalho que desenvolvem.

Em relação ao tempo de trabalho, percebe-se uma relação com vigor, quanto mais tempo de serviço o indivíduo possui na organização mais energizado ele se apresenta no desenvolvimento do seu trabalho, melhorando seu desempenho e produtividade.

Observou-se correlações muito significativas entre as dimensões de cada constructo: engajamento no trabalho (absorção e vigor) e PSST (emocional, informacional e instrumental) o que confirma a credibilidade das escalas utilizadas.

Pode-se sugerir como agenda investigar se existe relação entre a idade do trabalhador e seu engajamento com o trabalho, uma vez que esta amostra foi pequena e não permite generalizar esta informação para outros grupos de trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- Andrade, T. (2010). *Valores organizacionais, suporte social e organizacional no trabalho: um estudo no setor bancário*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.
- Bakker, A. B., & Demeroui, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13(3), 209-223.
- Bakker, A. B., & Demeroui, E. (2009). The crossover of work engagement between working couples - a closer look at the role of empathy. *Journal of Managerial Psychology*. 24(3), 220-236.
- Bisquera, R., Sarriera, J. C., & Martinez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artimed.
- Martins, M. C. F., Lima, L. G., Agapito, P. R., Souza, W. S., & Siqueira, M. M M . (2011, maio). Construção e validação fatorial da Escala de Engajamento no Trabalho. *Anais do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde*, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.
- Siqueira, M.M.M. (2008a). Construção e Validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Siqueira, M.M.M. (2008b). *Medidas do comportamento organizacional – ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Porto Alegre: Artmed.
- Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Llorensl, S., & Schaufeli, W. (2007). Does a positive gain spiral of resources efficacy beliefs and engagement exist? *Science Direct – Computers in Human Behavior*, 23(1), 825-841.

Pachane, G.G., & Pereira E.M.A. (2004). A importância da formação didático-pedagógica e a construção de um novo perfil para docentes universitários. *Revista Iberoamericana de Educação*, 33(1), 1-13.

MENOPAUSA: O QUE FOI, O QUE PODERIA TER SIDO E O QUE JAMAIS SERÁ... - REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA E NA IMAGEM CORPORAL

CÁTIA RODRIGUES 1, FILIPA PIMENTA 1,2 & ISABEL LEAL 1,2

A menopausa assinala o início de uma nova fase na vida da mulher, repleta de modificações fisiológicas, espirituais, sociais, e psicológicas. O modo como cada mulher vive este período é influenciado por factores sócio-culturais e económicos, como também pela própria representação, expectativas e conhecimento que possui do acontecimento (Fagulha & Gonçalves, 2005; Locklear et al., 2008; Serrão, 2008). Este período refere-se ao final da vida reprodutiva da mulher, uma vez que o número de folículos se torna insuficiente na produção de estrogénios, e deste modo não ocorre menstruação. De acordo com o modelo biomédico, a menopausa é definida como a última menstruação confirmada após doze meses de amenorreia (Pimenta, Leal, & Branco, 2007).

O conceito de climatério é igualmente utilizado quando abordamos esta temática, referindo-se especificamente ao período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da mulher (Serrão, 2008). Engloba três fases: a pré-menopausa refere-se a um período em que a função reprodutora da mulher vai diminuindo. A peri-menopausa refere-se ao período de tempo (de 2 a 8 anos) que ocorre antes da menopausa, caracterizado por ciclos menstruais irregulares e por um grande número de mudanças biológicas, endócrinas e psicológicas. E por fim a terceira fase corresponde à pós-menopausa, que demora mais de um ano e que se inicia após um ano de amenorreia (Serrão, 2008).

Como consequência da baixa produção de estrogénios (hipoestrogenismo), podem surgir várias transformações a nível físico, emocional, cognitivo e comportamental (Pimenta, Leal, & Branco, 2007; Serrão 2008). De modo a avaliar o impacto que tais transformações têm na vida da mulher a presente investigação foca-se na sua influência na qualidade de vida e nas preocupações com a forma corporal da mulher.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007), a qualidade de vida pode ser definida, como a percepção que o indivíduo possui sobre a sua vida em termos culturais e considerando os seus objectivos, expectativas e preocupações pessoais (Lorenzi, 2008).

1-ISPA – Instituto Universitário; 2-Unidade de Investigação em Psicologia da Saúde.

Reenvia para componentes multidimensionais, uma vez que sofre influência de factores físicos, psicológicos, sociais, económicos, culturais e espirituais (Lorenzi, 2008). São destacadas quatro dimensões: emocional, sexual, ocupacional e saúde (Utian, et al., 2002).

A influência da menopausa na qualidade de vida emocional, poderá estar relacionada com as flutuações de humor, derivadas das alterações hormonais que se observam em algumas mulheres entre e peri e pós-menopausa (Becker, Orr, Weizman, Kotler, & Pines, 2007; Vesco, Haney, Humphrey, Fu, & Nelson, 2007). A nível da qualidade de vida ocupacional, estudos demonstram maior prevalência de sintomas psicológicos e um aparecimento mais tardio da menopausa em mulheres profissionalmente activas (Hernández & Botell, 2007; Kakkar, Kaur, Chopra, Kaur, & Kaur, 2007). Relativamente à qualidade de vida sexual, estudos demonstram um declínio da vida sexual ao longo do processo de envelhecimento, realçando esta diminuição durante a menopausa (Nappi, 2007). São vários os factores que podem interferir com a qualidade de vida sexual, como a imagem corporal, a presença ou ausência de parceiro, assim como a sua a qualidade de relação, satisfação individual e do casal, intimidade e comunicação (Nappi, 2007). O consequente declínio hormonal que se observa na menopausa tem igualmente um impacto no funcionamento da mulher e é causa de muitos sintomas que afectam significativamente a sua qualidade de vida e a sexualidade (Genazzani, Gambacciani, & Simoncini, 2007).

Vários estudos demonstram ainda a influência de outros factores na qualidade de vida da mulher menopáusicas, nomeadamente problemas a nível financeiro têm repercussões na qualidade de vida tanto em termos de saúde como emocional (Tang, 2007). O consumo de tabaco tem identicamente influência, uma vez que investigações comprovam uma maior qualidade de vida entre mulheres menopáusicas não fumadoras (Heikkinen, Jallinoja, Saarni, & Patjaa, 2008; Nicita-Mauro, Maltese, Nicita-Mauro, Lasco, & Basile, 2010).

A preocupação com a imagem corporal é igualmente um dos factores que tem impacto na qualidade de vida da mulher, como também na forma como percebe a menopausa. A imagem que a mulher tem do seu corpo vai-se transformando ao longo dos anos, e com o envelhecimento e as mudanças hormonais ocorrem mudanças físicas, mais ou menos marcadas, como por exemplo, o aumento de peso (Hös, 2005). O conceito de imagem não reenvia apenas para os atributos físicos, como também encontra-se associada a factores sociais e psicológicos (Phillips & Man, 2010; Matsuo et al., 2007).

MÉTODO

O presente estudo recorre a um tipo de amostragem não probabilística, sendo os dados recolhidos numa população intencionalmente escolhida de acordo com critérios de disponibilidade e tendo sido a idade igualmente um critério de inclusão.

Participantes

A amostra foi constituída por 364 mulheres com idades compreendidas entre 42 e 60 anos ($DP = 5.24$). A maioria das participantes é de raça caucasiana, casada, activa profissionalmente e com um rendimento familiar até 20.000 euros. A maioria das mulheres nunca foi fumadora (50,3%) e não praticam exercício físico (54,6%). As participantes foram ainda classificadas, ao nível do estado da menopausa como estado em três estados: Pré-menopausa (26%), Peri-menopausa (26%) e Pós-menopausa (48%).

Material

O material utilizado corresponde a um questionário, previamente elaborado sócio-demográfico e de saúde. Recorreu-se ainda a dois instrumentos para explorar a qualidade de vida e as preocupações com a forma corporal. O questionário sócio-demográfico permitiu obter dados referentes à caracterização dos participantes, como a idade e o rendimento total anual bruto do agregado familiar. O questionário de Saúde permitiu explorar as variáveis consumo de tabaco, exercício físico, e estado da menopausa. O Questionário de qualidade de vida corresponde a uma adaptação do original *The Utian Quality of Life (UQOL) Scale*, específico para a menopausa desenvolvido por Utian, Janata, Kingsberg, Schluchter e Hamilton (2002), apresentando um alfa de Cronbach de 0,83 para a escala total. É constituída por 23 itens que avaliam quatro dimensões emocional, ocupacional, saúde e sexual. Trata-se de uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (“Não é verdadeiro no meu caso”) a 5 (“Largamente verdadeiro no meu caso”). Permite avaliar a qualidade de vida da mulher, obtendo cinco scores (um para cada subescala e um total). O questionário de imagem corporal surge como uma adaptação do original *Body Shape Questionnaire* desenvolvido por Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn (1987). É constituído por 34 itens avaliados segundo uma escala do tipo Likert de seis pontos, que varia de 1 (“Nunca”) a 6 (“Sempre”), permitindo aceder à preocupação das participantes com a sua forma corporal ao longo do último mês.

Procedeu-se ainda ao estudo da consistência interna de ambos os instrumentos. No que diz respeito à medida qualidade de vida, constatou-se uma consistência interna adequada em todas as dimensões (Emocional de 0,718; Saúde de 0,699; Ocupacional de 0,867; Sexual de 0,643; e Total de 0,869.) mostrando assim alfas de Cronbach moderados e altos. Identicamente a medida de preocupações com a imagem corporal apresentou uma consistência interna muito alta de 0,963.

Esta investigação reenvia para um estudo observacional-descritivo transversal, uma vez que o investigador não intervém, ficando a analisar as ocorrências e efeitos na população, ocorrendo a recolha de informação num único momento.

Desta forma, os objectivos da presente investigação são: 1) estudar a existência de relações entre os diferentes níveis de qualidade de vida total ou nas quatro dimensões (emocional, sexual, saúde e

ocupacional) e as preocupações com a imagem corporal; 2) verificar se existem diferenças entre os diferentes níveis de qualidade de vida total ou nas quatro dimensões e percepção da imagem corporal com as dimensões de saúde como o consumo de tabaco e a prática de exercício físico; 3) investigar se existem relações entre a qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas como o rendimento anual total bruto.

Procedimento

A mostra foi recolhida em diversos locais, entre eles estabelecimentos de ensino e empresas na área de Lisboa. Os questionários foram acompanhados de um consentimento informado escrito.

RESULTADOS

A análise dos dados permitiu verificar que a variável preocupação com a forma corporal correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com todas as dimensões da qualidade de vida, ($r=-0,247$; $p=0,001$) na qualidade de vida ocupacional, ($r=-0,123$; $p=0,001$) na qualidade de vida sexual, ($r=-0,383$; $p=0,001$) na qualidade de vida emocional, ($r=-0,391$; $p=0,001$) na qualidade de vida total e ($r=-0,430$; $p=0,001$) na saúde.

Relativamente à variável rendimento anual bruto do agregado familiar, pôde-se constatar uma relação significativa com a variável qualidade de vida total e em todas dimensões. Na dimensão ocupacional observa-se que mulheres com rendimentos superiores a 20.001 euros possuem maior qualidade de vida ($MD=-3,33$; $p=0,001$), do que com rendimentos até 10,000 euros. Na dimensão emocional observa-se maior qualidade de vida em mulheres com rendimentos de 10,001 até 70,000 euros ($MD=-256$, $p=0,001$). Na dimensão sexual, observa-se que mulheres com rendimentos de 20,001 euros a 37,500 ($MD=-1,39$; $p=0,001$) e de 35,501 a 70,000 ($MD=-1,27$; $p=0,001$) possuem maior qualidade de vida. Na dimensão de saúde, mulheres com rendimentos de 35,501 a 70,000 possuem maior qualidade de vida ($MD=-2,03$; $p=0,001$). E por fim, observa-se na qualidade de vida total, que mulheres pertencentes a agregados familiares com rendimentos entre os 20,001 e os 37,500 euros ($MD=-8,68$; $p=0,001$) e entre os 37,501 e 70,000 euros ($MD=-11,56$; $p=0,001$) possuem maior qualidade de vida, do que com rendimentos até 10,000 euros.

A prática de exercício físico relacionou-se significativamente com as dimensões da qualidade de vida emocional ocupacional, saúde e qualidade de vida total, com valores que variam entre $T=3,428$; $p=.001$ (emocional) e $T=10,555$; $p=.001$ (saúde). Os resultados mostram ainda que quem pratica exercício físico apresenta maior qualidade de vida emocional, de saúde e qualidade de vida total. No entanto, constatou-se uma ausência de relação entre o consumo de tabaco com a qualidade de vida total ($F=4,84$; $p=6,17$) e nas quatro dimensões e preocupações com a imagem corporal ($\chi^2(2)=2,75$; $p=0,253$).

DISCUSSÃO

Em termos gerais os resultados sugerem, que a menopausa influencia a qualidade de vida da mulher. Observou-se que quanto maior a preocupação com a imagem corporal menor o nível de qualidade de vida, em todas as dimensões e na amostra total. Este pressuposto poderá estar relacionado com a discrepância existente entre a imagem corporal real da mulher, e a imagem corporal ideal (Hós, 2005). A preocupação com a forma corporal poderá levar a insatisfação, baixa auto-estima, constrangimento com o próprio corpo, influenciando a qualidade relacional da mulher tanto em termos emocionais, sexuais ou até mesmo profissionais (Kakkar et al. 2007; Serrão 2008). Relativamente à dimensão de saúde, obteve-se uma correlação moderada relativamente à preocupação com a forma corporal. Esta relação poderá estar relacionada com o facto de a insatisfação com o corpo corresponder a um factor de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares, ou até mesmo para o excesso de peso (Matsuo, Velardi, Brandão, & Miranda, 2007), influenciando assim a saúde. O aumento de peso corresponde a outra consequência no corpo da mulher durante a menopausa, podendo levar ao aumento da insatisfação com a imagem corporal (Philips & Man, 2010; Lorenzi et al., 2008). Este efeito muitas vezes relacionado com o hipotestrogenismo e sedentarismo, pode ser atenuado pela prática de exercício físico, tendo consequências positivas para a saúde (Lorenzi et al., 2008; Aldrighi et al., 2010). As mudanças que a menopausa e o envelhecimento causam na maioria das mulheres levam ao aumento de peso, problemas de saúde e sexuais, condicionando a sua qualidade de vida (Genazzani, et al., 2007; Phillips & Man, 2010; Nappi, 2007).

A presente investigação permitiu ainda analisar o rendimento total anual bruto do agregado familiar, em relação à variável qualidade de vida. Foram encontradas diferenças entre vários grupos. Maioritariamente as relações estabelecidas remetem para o facto de quanto maior o rendimento maior a qualidade de vida total e em todas as dimensões. Esta relação poderá estar associada às preocupações que advém de um baixo rendimento económico, uma vez que problemas a nível financeiro poderão reflectir-se na saúde e nas emoções, condicionando a qualidade de vida (Tang, 2007). À semelhança de outros estudos, foi possível demonstrar que a actividade física permite melhorar a qualidade de vida nas dimensões ocupacional, emocional, saúde e total (Acree et al., 2006). Esta situação poderá estar relacionada com o facto de a actividade física permitir não só a manutenção do peso, uma vez que observa-se o aumento de peso na pós-menopausa, como também contribuir para a redução no aparecimento de sintomatologia psicológica, como ansiedade e depressão, melhoria do sono, e das funções cognitivas. Desta forma o exercício físico assume-se relevante na transição para a menopausa, na medida em que proporciona uma sensação de força e controlo numa altura da vida em que a mulher pode sentir uma falta de controlo sobre o seu corpo. Todas estas situações contribuem para o aumento da qualidade de vida em função da prática de exercício físico (Acree et al., 2006).

Não se constatou diferenças significativas entre a qualidade de vida na dimensão sexual e a prática de exercício físico. Esta situação não está em concordância com a revisão de literatura encontrada (Vaz & Nodin, 2005). Uma possível explicação para este acontecimento poderá remeter para o facto da revisão de literatura se referir a diferentes instrumentos e introduzir diferentes conceitos para o mesmo objectivo de investigação, como satisfação sexual, funcionamento sexual e qualidade de vida sexual.

As principais limitações prendem-se com o procedimento de administração, uma vez que o preenchimento dos questionários na ausência dos investigadores poderia suscitar dúvidas as quais seriam impossíveis de serem esclarecidas.

A presente investigação sugere que a qualidade de vida pode estar associada a diversos factores, e nesse sentido seria pertinente o estudo mais aprofundado de factores mediadores desta variável como as representações sociais, expectativas e crenças.

REFERÊNCIAS

- Acree, L. S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., . . . Gardner, A. W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. [Article]. *Health & Quality of Life Outcomes*, 4, 37-36. doi: 10.1186/1477-7525-4-37.
- Aldrighi, J., Aldrighi, C., & Aldrighi, A. (2010). Como Diagnosticar a tratar alterações sistémicas no climatério. *Revista Brasileira de Medicina*.15-21.
- Becker, D., Orr, A., Weizman, A., Kotler, M., & Pines, A. (2007). Depressed mood through women's reproductive cycle: correlation to mood at menopause. [Article]. *Climacteric*, 10(1), 46-50. doi: 10.1080/13697130601174374.
- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*, 19(1-2), 19-38.
- Genazzani, A. R., Gambacciani, M., & Simoncini, T. (2007). Menopause and aging, quality of life and sexuality. [Article]. *Climacteric*, 10(2), 88-96. doi: 10.1080/13697130701297760.
- Heikkinen, H., Jallinoja, P., Saarni, S. I., & Patjaa, K. (2008). The impact of smoking on health-related and overall quality of life: A general population survey in Finland. [Article]. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(7), 1199-1207. doi: 10.1080/14622200802163142.
- Hernández, B. H., & Botell, M. L. (2007). Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. (Spanish). [Article]. *Age of menopause and its relationship with smoking, marital status and work. (English)*, 33(3), 1-7.

- Hös, Á. T. (2005). The effects of guided systematic aerobic dance programme on the self-esteem of adults. [Article]. *Kinesiology*, 37(2), 141-150.
- Kakkar, V., Kaur, D., Chopra, K., Kaur, A., & Kaur, I. P. (2007). Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas*, 57(3), 306-314. doi: 10.1016/j.maturitas.2007.02.026.
- Locklear, T. D., Doyle, B. J., Yue, H., Perez, A. L., Caceres, A., & Mahady, G. B. (2008). Menopause, A Universal Female Experience: Lessons from Mexico and Central America. [Article]. *Current Women's Health Reviews*, 4(1), 3-8. doi: 10.2174/157340408783572033.
- Lorenzi, D. (2008). Avaliação da Qualidade de vida no Climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30, 103-106.
- Matsuo, R., Velardi, M., Brandão, M., & Miranda, M. (2007). Imagem corporal de idosas e atividade física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 6, 37-43.
- Nappi, R. E. (2007). New attitudes to sexuality in the menopause: clinical evaluation and diagnosis. [Article]. *Climacteric*, 10, 105-108. doi: 10.1080/13697130701599876.
- Nicita-Mauro, V., Maltese, G., Nicita-Mauro, C., Lasco, A., & Basile, G. (2010). Non Smoking for Successful Aging: Therapeutic Perspectives. [Article]. *Current Pharmaceutical Design*, 16(7), 775-782.
- Philips, N., & Man, A. (2010). Weight status and body image satisfaction in adult men and women. *North American Journal of Psychology*, 12, 171-184.
- Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: uma revisão de literatura. *Análise Psicológica*, 3, 455-466.
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 26(1), 15-23.
- Tang, T. (2007). Income and Quality of Life: Does the Love of Money Make a Difference? (Vol. 72, pp. 375-393): Springer Science & Business Media B.V.
- Utian, W., Janata, J., Kingsberg, S., Schluchter, M., & Hamilton, J. (2002). The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause*, 9, 402-410.
- Vesco, K. K., Haney, E. M., Humphrey, L., Fu, R., & Nelson, H. D. (2007). Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. [Article]. *Climacteric*, 10(6), 448-465. doi: 10.1080/13697130701611267.

STRESS, BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E DESORDENS EMOCIONAIS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE ONCOLOGIA

JOANA RODRIGUES, JOÃO PAULO PEREIRA & MARIA JOÃO PEREIRA

Em contextos que se relacionam com a saúde e a doença, a intensidade e a duração da exposição ao stress tem merecido por parte da comunidade científica um enorme enfoque, na medida em que se reflecte ao nível das perturbações emocionais, prejudicando drasticamente a saúde daqueles que as experienciam. Embora actualmente já haja estudos que evidenciam esta problemática noutras profissões, aquelas que mantêm um contacto directo com as pessoas, como os profissionais de saúde, apresentam-se ainda hoje como um grupo de risco extremo. As consequências que advêm destas experiências nos profissionais de saúde, reflectem-se ao nível da qualidade dos serviços prestados aos doentes, bem como na própria qualidade de vida e bem-estar destes profissionais. Em situações de crise a percepção da qualidade de vida e bem-estar que é organizada apresenta-se condicionada pela presença de uma instabilidade emocional que se reflecte no uso de estratégias de coping pouco adaptativas, neste cenário será minimamente evidente que embora todos os profissionais de saúde possam experienciar estas situações, os que estão nos serviços de oncologia acabam por estar num ambiente mais potenciador desta instabilidade.

Os objectivos traçados com base na literatura temática, em estudos que se centram nos determinantes contextuais e socioprofissionais, estudando variáveis como o stress profissional, a sobrecarga de trabalho, a pressão de tempo, o conflito e ambiguidade de papéis, a falta de apoio e de capacidade de auto-regulação (Schaufeli e Buunk, 2003, cit in Pinto e Chambel, 2008). Segundo os mesmos autores, estudos anteriores mostram que os factores de trabalho apresentam uma relação mais forte com o burnout do que os factores pessoais (Pinto e Chambel, 2008), sugerindo que embora sejam importantes as diferenças individuais, os agentes do trabalho, ou o desnível entre as expectativas de reforço e resultados de eficácia pessoal, construídas pelo indivíduo e a situação de trabalho real, são aqueles que desencadeiam um número maior de quadros de burnout. A partir desta noção, surgem os estudos sobre o engagement, considerado como um estado cognitivo-afectivo positivo, persistente, relacionado com o trabalho. O fluxo de trabalho embora possa muitas vezes ser entendido como oportunidade de progressão, apresenta-se junto dos trabalhadores como um processo que desencadeia ansiedade, sentimento de incapacidade e impotência perante as tarefas expostas.

O desempenho do trabalhador apresenta uma relação positiva com o stress, levando-nos a constatar que existe um limiar ideal de stress sob o qual o desempenho profissional atinge níveis máximos de eficiência, e que abaixo desse limiar o desempenho tende a decrescer (Bartlett, 1998; Kalimo & Meijman, 1987, cit in Pinto e Chambel, 2008). Os autores Demerouti e Verbeke (2004), a este propósito consideram que as exigências do trabalho são bons preditores da exaustão emocional, a qual, por sua vez, tem um efeito negativo no desempenho (Pinto e Chambel, 2008).

Ao contrário do que é apresentado teoricamente acerca do fluxo de trabalho, o comprometimento laboral que de acordo com Meyer e Herscovitch (2001, as cited Pinto e Chambel, 2008), se refere a uma força que estabiliza e coage, comandando o comportamento é por sua vez apresentado como sendo um factor preponderante da motivação no trabalho. O presente estudo apresenta um desenho inferencial na medida em que pretende verificar a relação existente entre diferentes variáveis procurando tirar conclusões para a população, através de estimação ou decisão (teste de hipóteses).

O objectivo principal do presente estudo é verificar a existência de um perfil diferenciado entre os profissionais de saúde de oncologia e aqueles que executam a sua actividade profissional com outros grupos de doentes, foram identificados os objectivos específicos que a seguir se apresentam: 1. Identificar a presença de vulnerabilidade ao stress nos dois grupos de profissionais de saúde; 2. Identificar a presença de burnout nos dois grupos de profissionais de saúde; 3. Identificar se a percepção de maior fluxo de trabalho é factor potencializador de vulnerabilidade ao stress e burnout nos profissionais de ambos os grupos; 4. Verificar qual o papel da vulnerabilidade ao stress no desenvolvimento de quadros de

burnout; 5. Compreender o papel da percepção das áreas de vida no trabalho e do comprometimento laboral (*Organizational Commitment*) no desenvolvimento de quadros de burnout; 6. Identificar o papel do engagement como mediador da influência do fluxo de trabalho sobre a vulnerabilidade stress e o burnout nos participantes do estudo;

MÉTODO

Participantes

Este estudo contou com a participação de 167 profissionais de saúde (médicos/as, enfermeiros/as e auxiliares de acção médica) incluídos nos serviços do IPO do Porto, do

Hospital São João, do Hospital de Santo António e da Unidade de Saúde Familiar Sete

Caminhos. Os participantes integraram dois grupos de estudo, tendo em consideração o facto de exercerem a sua actividade na especialidade de oncologia (n= 75), e o de exercerem a sua actividade profissional noutro tipo de especialidades médicas (n= 92). O grupo de profissionais de oncologia (g1), apresenta uma média de idades de 37,2 anos, são maioritariamente de sexo feminino, com

relação afectiva estável, e exerce a sua profissão em média há 7,8 anos. O grupo de profissionais de outros serviços (g2), apresenta uma média de idades de 34,2 anos, maioritariamente do sexo feminino, com relação afectiva estável, e exerce a sua profissão em média há 9,2 anos.

Material

De forma a servir os objectivos do presente trabalho de investigação, após uma pesquisa pormenorizada sobre os instrumentos existentes adaptados à população portuguesa, optou-se pelos seguintes, desenvolvidos de raiz:

Questionário para Técnicos de Saúde- Dados socio-demográficos: Áreas da vida de trabalho (Leiter & Maslach, 2000); Inventário de Burnout (MBI); Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS)

Procedimento

A recolha de dados foi feita junto dos aos profissionais de saúde do IPO do Porto, do Hospital São João, do Hospital de Santo António e da Unidade de Saúde Familiar Sete Caminhos. Os questionários foram entregues em envelopes fechados e recepcionadas da mesma forma, de forma a manter a confidencialidade. Após o consentimento livre e informado, em que o anonimato e o sigilo foram garantidos, cada um dos participantes respondeu a um questionário que incluía dados sócio-demográficos, a escala das áreas da vida de trabalho (Leiter & Maslach, 2000), o Inventário de Burnout (MBI) e o Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS). Após a respectiva recolha de dados, estes foram introduzidos e tratados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 17), onde se realizaram as análises estatísticas em função das hipóteses consideradas.

RESULTADOS

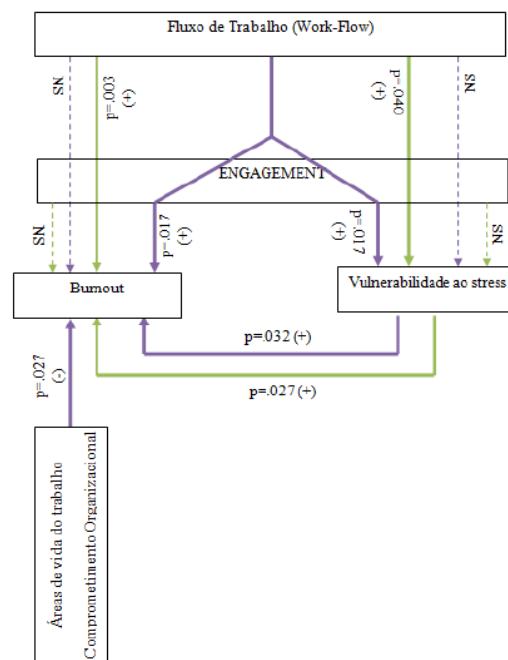
De acordo com os objectivos do presente estudo, testadas as hipóteses levantadas. As variáveis em estudo são o fluxo de trabalho, as áreas de vida no trabalho, o comprometimento laboral (VI) a Vulnerabilidade ao stresse, o Burnout (VD).O presente estudo pretendeu verificar a capacidade preditiva da percepção do fluxo de trabalho sobre a vulnerabilidade ao stresse e ao burnout nos profissionais de saúde de oncologia e de outras especialidades. Problema 1 – Será que no grupo de profissionais de saúde, podemos verificar a presença de índices de stress e burnout?

Quadro 1: Indicadores de vulnerabilidade ao stress e ao burnout

Variáveis em estudo	Vulnerabilidade ao stress	Burnout
Amostra		
Geral (Oncologia + Outras)	12,5%	9,6%
Oncologia (g1)	13,9%	7,6%
Outras especialidades (g2)	9,3%	6,3%

As percentagens indicam-nos que a vulnerabilidade ao stress e o burnout estão presentes tanto quando analisamos profissionais em conjunto como quando os separamos nos dois grupos de estudo. Contudo podemos referir que no aspecto relacionado com a presença de vulnerabilidade ao stress os profissionais de saúde de oncologia são aqueles que apresentam uma percentagem mais alta, sugerindo que o facto da sua actividade profissional estar intimamente ligada a situações de risco e processos de decisão rápidos, os predispõe a desenvolver uma maior vulnerabilidade ao stress do que os outros profissionais. No entanto surge um valor interessante de analisar, que está relacionado com uma menor percentagem em relação a quadros de burnout nos profissionais de saúde de oncologia quando comparados com os outros profissionais de saúde. Assim, tudo parece indicar que embora a vulnerabilidade ao stress possa constituir-se como factor desencadeador de quadros de burnout, outros factores que estão podem encontrar-se a influenciar o desenvolvimento de burnout.

Quadro 2: Modelo conceptual, com variável engagement



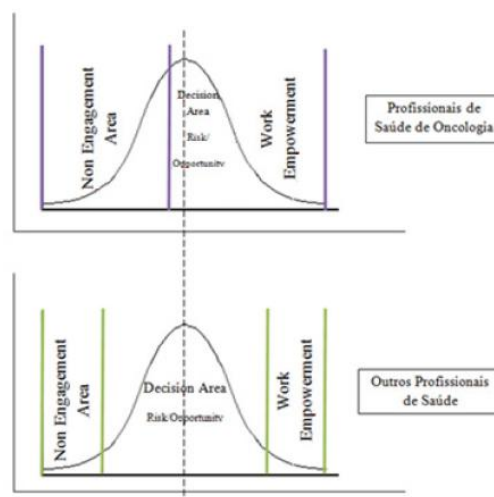
Os profissionais de saúde de oncologia apresentam elementos preocupantes, existindo resultados estatisticamente significativos aquando do aparecimento da variável intermédia

(engagement), tido por Schaufelli, Salanova, González-Romá e Bakker (2002) como um estado positivo, muitas vezes definido como oposto ao burnout.

No engagement, a realização, contrasta com o vazio de vida que o burnout proporciona, encontrando-se relacionado com um determinado envolvimento que tenderia a diminuir a vulnerabilidade ao stress e a proteger de quadros de burnout. Contudo os resultados mostram-nos que no caso dos profissionais de oncologia este apresenta-se como potenciador da vulnerabilidade ao stress e de burnout. Ou seja, ao contrário daquilo que verificamos na literatura, que considera o engagement,

constituído por uma dimensão positiva, caracterizado por um estado de vigor, dedicação e eficácia, que se opõem às três dimensões negativas do burnout, exaustão, despersonalização e perda de realização (Maslach & Leiter, 1997; Salanova et al., 2000, cit in Pinto & Chambel, 2008), no nosso estudo surge uma dimensão negativa relacionada com o engagement nos profissionais de oncologia (apenas 30,8 % contra 37,1% de engagement do g2). Esta pode ser interpretada pelo facto de que quando estes participantes se envolvem emocionalmente com os doentes, devido ao contexto que se encontram inseridos, há um incremento de reacções adversas, provocando uma maior vulnerabilidade ao stress e consequentes quadros de burnout. Deste modo, estes resultados podem resultar de mecanismos de defesa que os profissionais de saúde de oncologia vão adquirindo ao longo da sua actividade profissional. No seguimento do estudo anteriormente exposto, surgiram os resultados acerca do engagement e do Work Empowerment sobre os profissionais de saúde de oncologia e os outros profissionais de saúde.

Quadro 3: Engagement e Empowerment



Os profissionais de saúde de oncologia apresentam uma área de decisão menor, significando tal facto que estes se envolvem cada vez menos. Como a área de risco e de tomada de decisões neste contexto é realmente reduzida e complexa, estes apresentam-se cada vez menos envolvidos (non-engagement) adoptando o distanciamento como um mecanismo de defesa que os protege na tomada de decisões de risco. O empowerment surge como uma variável com um potencial positivo que influencia nos resultados em benefício dos indivíduos e das organizações.

No quadro 3 ao analisarmos a curva referente aos profissionais de saúde de outras especialidades, constatamos que estes apresentam uma área de decisão com uma amplitude bastante grande, indicando um “processo normal” de tomada de decisões, contrariamente aos de oncologia, que devido ao tipo de contexto que estão inseridos têm de apresentar uma resposta rápida, despendendo de muito menos tempo de decisão e oportunidade.

É evidente que os participantes do grupo 2, apresentam indicadores de vigor, dedicação e absorção, que traduzem elevados níveis de energia e resistência mental, desejo e capacidade de investir esforço no trabalho; sentimento de relevância, entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio face ao trabalho; e a persistência, em que há uma concentração total, perda da noção do tempo a passar e se deixar levar, feliz, no seu envolvimento com o trabalho (Schaufeli et al., 2002^a e 2002b, cit in Pinto & Chambel, 2008).

Estes resultados levam-nos a inferir que os profissionais de saúde são efectivamente susceptíveis ao stress, embora haja evidências significativas de que aqueles que estão na especialidade de oncologia se encontram numa situação mais preocupante, na medida em que um factor que à partida seria protector, o engagement, é apresentado como um factor desencadeante de stress, prejudicando-os, diminuindo a sua capacidade e vontade de arriscar e evoluir no seu local de trabalho.

O estudo 2 mostra-nos que os profissionais de saúde de oncologia devido à sua pequena ou inexistente margem de erro, desenvolvem um distanciamento, não se envolvendo emocionalmente com os doentes, adoptando mecanismos de defesa no sentido do “fortalecimento” (empowerment) em benefício da organização, deles próprios e dos doentes.

Finalmente, importa referir o papel central da componente profissional na vida de todas as pessoas, pelo que o seu contributo para um sentimento de bem-estar global é bastante significativo. Assim, o ideal é que o trabalho seja fonte de satisfação e de desafio, trazendo benefícios tanto para a pessoa como para a organização.

Referindo Leiter (2009), não é apenas o trabalho e especificamente o fluxo de trabalho o responsável máximo pelo burnout, porque se assim fosse, seria fácil resolvermos esta situação, diminuindo a carga de trabalho. O que acontece é que as pessoas podem-se envolver com seu trabalho, mesmo quando enfrentam grandes exigências. E podem ainda experimentar o burnout, enquanto gerem uma carga de trabalho relativamente moderada. O ponto crítico é saber se eles acreditam no trabalho que fazem e se trabalham num local onde acreditam neles.

DISCUSSÃO

Ao longo do presente estudo foram levantadas algumas dúvidas em relação à actividade profissional na área da saúde e à predição de stress e burnout. Os resultados obtidos levam-nos a inferir que os profissionais de saúde são efectivamente susceptíveis ao stress, embora haja evidências significativas de que aqueles que estão na especialidade de oncologia encontram-se numa situação mais preocupante, na medida em que um factor que à partida seria protector, o engagement, surge como um factor desencadeante de stress, prejudicando-os, diminuindo a sua capacidade e vontade de arriscar e evoluir no seu local de trabalho.

Como mostra o estudo 2 os profissionais de saúde de oncologia devido à sua pequena ou inexistente margem de erro, desenvolvem um distanciamento, não se envolvendo emocionalmente com os doentes, adoptando mecanismos de defesa no sentido do “fortalecimento” (empowerment) em benefício da organização, deles próprios e dos doentes.

Finalmente, importa referir o papel central da componente profissional na vida de todas as pessoas, pelo que o seu contributo para um sentimento de bem-estar global é bastante significativo, assim, o ideal é que o trabalho seja fonte de satisfação e de desafio, trazendo benefícios tanto para a pessoa como para a organização.

Assim, concluímos que não é apenas o trabalho e especificamente o fluxo de trabalho que é responsável pelo desenvolvimento de burnout.

REFERÊNCIAS

- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review*
- Maslach, C. & Leiter, M. P (2000). *Burnout, Encyclopedia of Stress, I*, 358-362
- Pinto, A. & Chambel, M. (2008). *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional. Estudos com Amostras Portuguesas*, Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17.
- McIntyre, T., McIntyre, S., Salgado, J., Pereira, J., Dantas, J., Johnston, D., & Jones, M. (2007). Servindo dois lados: as características do trabalho como predictores de respostas psicossociais e psicofisiológicas ao stress em médicos e enfermeiros em posições de gestão. Projecto Bial 126/02.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). *UWES - Utrecht Work Engagement Scale Preliminary Manual*. Version 1.

ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTIRETROVÍRICA, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E FUNÇÕES NEUROCOGNITIVAS EM PESSOAS INFETADAS PELO VIH: IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

ANA L. ROSA, GONÇALO LOBO & RENATA MARGALHO FIALHO

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2011), de 1983 até 2010, encontravam-se notificados 39 347 casos de infeção VIH/SIDA, em diferentes estadios. A introdução da terapêutica antiretroviral (TARV), em 1996, potenciou a longevidade das pessoas infetadas e reduziu a mortalidade e comorbilidade, transformando uma infeção aguda em crónica (Barclay et al., 2007; Lovejoy & Suhr, 2009). Porém, a eficácia desta terapêutica depende da adesão dos sujeitos, verificando-se como consequências da não adesão, a resistência ao vírus, assim como, a eventual progressão da doença (Barclay et al., 2007; Ingersoll & Cohen, 2008; Lovejoy & Suhr, 2009). A adesão é um tema complexo e multifatorial, sendo vários os estudos que analisam a influência das variáveis sócio-demográficas, psiquiátricas e psicológicas, crenças acerca da infeção pelo VIH, suporte social, regime terapêutico, funcionamento cognitivo, entre outros, neste comportamento (Barclay et al., 2007).

No que concerne às funções neuropsicológicas, são documentadas as consequências da infeção VIH, devido ao efeito neuropatogénico do vírus no SNC direta e indiretamente através de fenómenos inflamatórios e lesões ao nível sináptico dendrítico (Ellis et al., 2009; Hazleton, Berman, & Eugenin, 2010; Hazleton et al., 2010; Lovejoy & Suhr, 2009). Apesar da terapêutica diminuir a incidência das perturbações cognitivas, as formas ligeiras ou moderadas desta patologia aumentaram significativamente, sendo prevalentes nesta população (Lovejoy & Suhr, 2009). De facto e porque existe evidência que o VIH atinge áreas do cérebro responsáveis pelo planeamento e execução de comportamentos complexos, memória, velocidade psicomotora e controlo motor fino (Barclay et al., 2007; Lovejoy & Suhr, 2009), é plausível que um défice no funcionamento neuropsicológico tenha um impacto na capacidade dos doentes para aderir à TARV.

A revisão da literatura, que analisa a relação entre funcionamento cognitivo e adesão à TARV, evidencia a associação entre empobrecimento cognitivo e não adesão (Barclay et al., 2007; Lovejoy & Suhr, 2009).

Verifica-se ainda uma interação entre deterioração cognitiva e/ou depressão e complexidade do regime terapêutico. Perante um regime terapêutico complexo, a deterioração cognitiva parece estar relacionada com níveis mais baixos de adesão (Ingersoll & Cohen, 2008). Os mesmos autores, noutros estudos observam que a depressão, e não a deterioração cognitiva afetava a adesão. Embora aparentemente contraditórios, as duas patologias partilham características sintomáticas que poderão afetar a adesão, independentemente da sua etiologia (Ingersoll & Cohen, 2008). Torna-se um desafio a distinção entre causas orgânicas e psicológicas de um estado mental alterado.

Ao considerarmos a mudança de paradigma de doença aguda para doença crónica, emergem novos desafios para a pessoa infetada pelo VIH, nomeadamente na auto-gestão da sua saúde, tratamento, vivência de estigma e isolamento social que poderá suscitar emoções negativas e reações psicopatológicas (Grilo, 2001; Swendemana, Ingrams, & Rotheram-Borus, 2009). As crenças menos positivas sobre a importância da terapêutica, um menor sentimento de auto-eficácia e efetividade para tomar a terapêutica estavam associados a mais stress, depressão e sofrimento sintomático (Beusterien, Davis, Flood, Howard, & Jordan, 2008). Assim, o presente estudo pretende caracterizar e verificar a relação entre as dimensões: adesão à terapêutica antiretroviral, sintomatologia psicopatológica e funções cognitivas em pessoas infetadas pelo VIH.

MÉTODO

O presente estudo é observacional, analítico e transversal, com método de amostragem não-probabilístico sequencial (Ribeiro, 1999). Constituíram-se como critérios de inclusão, ser maior de 18 anos, infetado pelo VIH, ter indicação para terapêutica antiretroviral por período igual ou superior a 6 meses, com visão normal ou corrigida e 6.º ano de escolaridade mínima. Foram consideradas como variáveis de exclusão consumos de substâncias psicoativas nos últimos 6 meses.

Participantes

Participaram 32 indivíduos infetados pelo VIH, tendo sido excluídos 15 participantes devido a consumos de substâncias psicoativas, durante os últimos 6 meses. Assim, a amostra é constituída por 17 participantes, dos quais 58,8% são do sexo masculino, 41,2% são do sexo feminino, com uma média de idade de 42,18 (DP=8,2). A maioria é natural de Portugal (70,6%), solteiros (58,8%), desempregados (58,8%) e com uma média de anos de escolaridade de 10,06 (DP=3,9).

Os indivíduos encontram-se, maioritariamente, infetados pelo VIH tipo 1 (94,1%) e apresentam, relativamente, ao tempo de diagnóstico, uma média de 11,35 anos (DP=6), que varia entre 1 ano e 20

anos. A principal via de transmissão a via sexual (52,9%). Relativamente aos marcadores biológicos, e especificamente no que concerne ao sistema imunitário, verificamos que 41,3% apresenta células CD4+ ≥ 500 (estadio assintomático), 41,3% tem entre 200-499 células CD4+ (estadio Sintomático) e 17,7% apresenta < 200 células CD4+ (estadio SIDA), verificando-se, igualmente, que 64,7% apresenta carga vírica indetetável (< 50 cópias do vírus) (AIDS Education and Training Centers, 2011).

Material

Os instrumentos aplicados foram o Questionário de Caracterização Sócio Demográfica e Clínica (entrevista semi-estruturada), Questionário de Adesão à Medicação – ACTG (auto-aplicado), Avaliação Breve do Estado Mental – ABEM (hetero-aplicado), *Trail Making Test* – TMT (hetero-aplicado), *International HIV Dementia Scale* – IHDS (hetero-aplicado) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (auto-aplicado).

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica- Pretende recolher informação sobre o género, idade, naturalidade, estado civil, situação profissional, habilitações literárias, tipo de vírus, tempo de diagnóstico, via de transmissão, marcadores biológicos (células CD4+ e carga vírica), adesão à TARV, tempo de toma da TARV e consumo de substâncias psicoativas. No presente estudo, a variável adesão à medicação foi obtida por auto-resposta, através da dose prescrita versus dose tomada, durante a última semana (Cramer et al., 2008) e a categorização da carga vírica e estado serológico (através das células CD4+), foi definido de acordo com a classificação dos *Centers for Disease Control and Prevention* (AIDS Education and Training Centers, 2011).

Questionário de Adesão à Terapêutica – ACTG- Pretende avaliar a adesão e variáveis que influenciam a adesão à terapêutica, agrupadas em quatro áreas principais: crenças acerca da medicação e auto-eficácia, perturbação psicológica e suporte social, utilização de álcool e drogas e características sociodemográficas (Chesney et al., 2000; Gonçalves, Caldeira, Ouakinin, & Antunes, 2011).

Avaliação Breve do Estado Mental – ABEM- A Avaliação Breve do Estado Mental, versão portuguesa do Mini mental State Exam de Folstein, Folstein e McHugh, 1975 (Guerreiro & Botelho, 2003), identifica a deterioração cognitiva moderada e grave, contudo não constitui instrumento de diagnóstico. O questionário é constituído por 30 itens, agrupados em por várias categorias que avaliam diferentes determinantes cognitivos: Orientação, Atenção e cálculo, Memória de evocação e retenção, Linguagem e Construção visuo-espacial.

Trail Making Test – TMT- O *Trail Making Test* – TMT fornece informação sobre atenção, exploração visual, coordenação mão-olho, velocidade de processamento, sequenciação, flexibilidade cognitiva e deteta disfunções cognitivas (Cavaco et al., 2008). Composto pelas partes “A” e “B”, a primeira parte é composta por 25 círculos numerados de 1 a 25 e a parte “B” é constituída por 25 círculos com números e letras. É solicitada a ligação, por ordem crescente e por meio de uma linha

contínua, de todos os números e na prova “B”, dos números e letras (ex. 1-A-2-B-3-C, etc.). Analisa-se o tempo de execução e número de erros, calculando-se o índice B:A. Valores mais elevados no tempo de execução, no número de erros e no índice B:A, estão associados a pior desempenho (Cavaco et al., 2008).

International HIV Dementia Scale – IHDS- A IHDS é um instrumento que tem como principal objetivo avaliar funções cognitivas globais em doentes com infeção VIH, sendo um instrumento adequado para análise de deterioração cognitiva subcortical, como é o caso da demência associada ao VIH (Sacktor et al., 2005). É constituído por 3 subtestes relativos a destreza digital, sequência de alternância da mão e memória (Sacktor et al., 2005). A cotação máxima é de 12 pontos sendo que um valor total for igual ou inferior a dez significa, presença de eventual defeito cognitivo (Sacktor et al., 2005). Atualmente o instrumento está a ser validado e adaptado à população portuguesa (Pereira et al., 2011).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)- O Inventário de Sintomas Psicopatológicos surge como a adaptação portuguesa do Brief Symptom Inventory de L. Degoratis de 1982 (Canavarro, 2007). Avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Índice de Sintomas Positivos – ISP e Total de Sintomas Positivos - TSP). Em termos de qualidades psicométricas, o BSI apresenta níveis adequados de fidelidade, teste-reteste e consistência interna (Canavarro, 2007).

Procedimento

A presente investigação seguiu todas as recomendações éticas e deontológicas, subjacentes à realização de estudos com seres humanos (e.g., Declaração de Helsínquia). Foi solicitada a assinatura da declaração de consentimento informado, onde consta o papel dos investigadores e participantes, a confidencialidade das respostas aos questionários, o tratamento coletivo dos dados, bem como a garantia que os procedimentos decorrem de forma voluntária e não invasiva, sem que haja qualquer repercussão no caso de recusa de participação. Todos os participantes foram avaliados por psicólogos experientes, numa sessão única, com duração média de uma hora, entre setembro e novembro de 2011. Para análise dos dados e tratamento estatístico, utilizámos a versão 17.0 do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). As análises realizadas basearam-se na estatística descritiva, Correlação de Spearman e teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Os resultados foram considerados significativos quando inferiores ao nível de significância $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Caracterização da Adesão à Terapêutica Antiretroviral-Verificou-se, na última semana, uma adesão de 100%, com tempo médio de terapêutica de 5,88 anos ($DP=5,8$), que varia entre 1 e 17 anos, e com um esquema terapêutico que implica, em média 3,71 comprimidos diários ($DP=2,6$) e que varia entre 1 e 10 comprimidos diários. Na avaliação da adesão, no último mês, face à questão “quando foi a última vez que falhou a toma da medicação?” 11,8% assinalam durante a “última semana”. Podemos observar que 41,2% dos sujeitos “tem a certeza absoluta que vai ser capaz de tomar toda ou quase toda a medicação tal como foi prescrita”; 64,7% “tem a certeza absoluta que a medicação terá um efeito positivo na saúde”; 82,4% “tem a certeza absoluta que o VIH torna-se resistente caso não tome a medicação exatamente como prescrita”, e 41,2% salientam que não sentem apoio dos amigos ou familiares a recordar a toma da medicação.

Caracterização das Funções Cognitivas-No que diz respeito ao instrumento Avaliação Breve do Estado Mental - ABEM, observamos uma média de 28,29 ($DP=1,86$) nos valores totais da escala e verificamos que 11,8% dos sujeitos apresentam defeito cognitivo. Relativamente ao *Trail Making Test* - *TMT*, verificamos que 29,5% dos sujeitos apresenta défice cognitivo. No que concerne à *International HIV Dementia Scale* - *IHDS*, observamos que 70,6% dos indivíduos apresentam resultados totais ≤ 10 , requerendo avaliação para despiste de eventual quadro demencial.

Caracterização de Sintomatologia Psicopatológica-Relativamente ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI, verificamos que a nossa amostra apresenta valores médios superiores aos da população geral, em todas as subescalas. Salientamos o facto da subescala Depressão apresentar uma média de 1,92 ($DP=1,50$) que se encontra acima da média da população com perturbações emocionais (Média=1,828 e $DP=1,051$) (Canavarro, 2007).

Adesão à terapêutica, Funções Neurocognitivas e Sintomatologia Psicopatológica-Relativamente ao indicador clínico, células CD4+, podemos constatar uma correlação positiva e moderada com a subescala Velocidade Motora do *IHDS* ($R_s=0,515$; $N=17$; $p=0,035$) e contrariamente, uma correlação negativa e moderada com a subescala Depressão ($R_s=-0,573$; $N=17$; $p=0,016$) do BSI. Verificamos, ainda, uma correlação negativa e moderada com o Índice de Sintomas Positivos ($R_s=-0,588$; $N=17$; $p=0,016$) do BSI. Vemos, assim, que quanto mais o sistema imunitário dos sujeitos está preservado, melhores resultados apresentam em termos da função neurocognitiva (em particular, na velocidade motora), menos valores de sintomatologia depressiva e os sintomas psicopatológico são percebidos como menos intensos e perturbadores.

Por sua vez, no que concerne aos valores da Carga Vírica, verificamos uma correlação negativa e moderada com a subescala de Memória do *IHDS* ($R_s=-0,537$; $N=17$; $p=0,026$), uma correlação positiva e moderada com o tempo de execução da prova B do *TMT* ($R_s=0,607$; $N=17$; $p=0,010$) e uma correlação positiva e moderada com o Índice de Sintomas Positivos ($R_s=0,555$; $N=17$; $p=0,021$) do

BSI. Constatamos que a uma maior presença do vírus no organismo, correspondem maiores dificuldades mnésicas e aumento de execução de tarefa. A nível psicopatológico sugere que os sintomas são percebidos como mais intensos e perturbadores.

Relativamente ao tempo de TARV, observamos que existe uma correlação positiva e moderada com os valores globais do ABEM ($R_s=0,540$; $N=17$; $p=0,025$) e uma correlação negativa e moderada com o tempo de execução da prova B do *TMT* ($R_s= -0,512$; $N=17$; $p=0,036$). Assim, quanto mais tempo os indivíduos estão a tomar TARV, melhores os resultados nas funções cognitivas. No que diz respeito ao número de comprimidos que fazem parte do esquema terapêutico, observamos uma correlação positiva e moderada com a subescala Ansiedade ($R_s=0,490$; $N=17$; $p=0,046$) do BSI. Podemos, assim, constatar que a um maior número de comprimidos tomados correspondem valores mais altos de Ansiedade.

DISCUSSÃO

Os indivíduos da nossa amostra relatam um nível de 100% de adesão, na última semana. No entanto, quando avaliamos, mensalmente, verificamos dificuldades na adesão. Os nossos resultados coincidem com a literatura, que reforça a avaliação da adesão através de diferentes índices temporais e fontes de informação (e.g. auto-relato, informação da farmácia hospitalar, marcadores biológicos).

Importa, ainda, considerar a influência de variáveis sócio-demográficas, crenças acerca da infeção pelo VIH, crenças acerca da TARV, suporte social, entre outros (Barclay et al., 2007) em futuros estudos e intervenções.

No que diz respeito às funções neurocognitivas, os instrumentos utilizados dão-nos diferentes valores em termos de défice cognitivo, indo de encontro com a literatura, que descreve uma maior sensibilidade da *IHDS*, na avaliação de lesões subcorticais, como é exemplo, o VIH (Sacktor et al., 2005).

Tal como já foi evidenciado por outros estudos (Barclay et al., 2007; Ingersoll & Cohen, 2008; Lovejoy & Suhr, 2009), a relação entre funcionamento cognitivo, psicopatologia e adesão à TARV, na nossa amostra, expressa-se através da associação entre empobrecimento cognitivo, prevalência significativa de depressão e não adesão, o que reforça a consideração destas dimensões.

Assim, salientamos a necessidade de avaliação e intervenção neuropsicológica para prevenir a patologia, bem como contribuir para a adesão e consequente qualidade de vida das pessoas infetadas pelo VIH (Anthony & Bell, 2008; Barclay et al., 2007; Lovejoy & Suhr, 2009).

O processo de adaptação à doença crónica, em particular na infeção pelo VIH, tem exigências emocionais e comportamentais e é marcada por factores como estigma e isolamento social, que podem

suscitar emoções negativas e reações psicopatológicas (Beusterien, Davis, Flood, Howard, & Jordan, 2008; Grilo, 2001; Swendemana, Ingrams, & Rotheram-Borus, 2009).

REFERÊNCIAS

- AIDS Education and Training Centers. (2011). *HIV Classification: CDC and WHO Staging Systems*. Acedido através de:
http://www.aids-ed.org/aidsetc?page=cg-205_hiv_classification
- Barclay, T. R., Hinkin, C. H., Castellon, S. A., Mason, K. I., Reinhard, M. J., Marion, S. D., Levine, A. J., & Durvasula, R. S. (2007). Age-Associated Predictors of Medication Adherence in HIV-Positive Adults: Health Beliefs, Self-Efficacy, and Neurocognitive Status *Health Psychology, 26* (1), 40-49.
- Beusterien, K. M., Davis, E. A., Flood, R., Howard, K., & Jordan, J. (2008). HIV patient insight on adhering to medication: a qualitative analysis. *AIDS Care, 20* (2), 251-259.
- Canavarro, M., C. (1995). Inventário de Sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa, volume 3* (pp. 305-330). Braga, SHO/APPORT.
- Cavaco, S., Pinto, C., Gonçalves, A., Gomes, F., Pereira, A., & Malaquias, C. (2008). Trail Making Test: Dados normativos dos 21 aos 65 anos. *Psychologica, 49*, 222-238.
- Chesney, M. A., Ickovics, J. R., Chambers, D. B., Gifford, A. L., Neidig, J., Zwickl, B., & Wu, A.W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). *AIDS Care, 12* (3), 255-266.
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wonk, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health, 11* (1), 44-47.
- Ellis, R. J., Calero, P., & Stockin, M. D. (2009). HIV Infection and the Central Nervous System: A Primer. *Neuropsychology Review, 19*, 144-152.
- Guerreiro, M. S. A., & Botelho, M. A. (2003). Avaliação Breve do Estado Mental: Escalas e Testes na Demência. *Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, 27-32*.

- Gonçalves, G., Caldeira, L., Ouakinin, S., & Antunes, F. (2011). Questionário de Adesão à Medicação – ACTG. (Instrumento em processo de validação e adaptação à população portuguesa).
- Grilo, A. M. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 101-118.
- Hazleton, J. E., Berman, J. W., & Eugenin, E. A. (2010). Novel mechanisms of central nervous system damage in HIV infection. *HIV/Aids – Research and Palliative Care*, 2, 39-49.
- Ingersoll, K. S., & Cohen, J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 213–224.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2011). Infecção VIH/SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010. Acedido através de: <http://www.Sida.pt/>
- Lovejoy, T. I., & Suhr, J. A. (2009). The relationship between neuropsychological functioning and HAART adherence in HIV positive adults: a systematic review. *Journal of Behavior Medicine*, 32, 389-405.
- Pereira, M., Fialho Margalho, R., Mendonça, N., Sacktor, N., Lobo, G., & Rosa, A. L. (2011). Escala Internacional de Demência associada ao VIH [IHDS]. (Instrumento em processo de validação e adaptação à população portuguesa).
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Sacktor, N. C., Wong M., Nakasujjac, N., Skolaskya, R. L., Selnes, O. A., Musisic, S., Robertson, K., McArthur, J. C., Ronald, A., & Katabirac, E. (2005). The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. *AIDS*, 19, 1367–1374.
- Swendeman, D., Ingram, B. L., & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. *AIDS Care*, 21(10), 1321-1334.

AUTO-MUTILAÇÃO: UM SILÊNCIO (IN)ESCRITO NOS LIMITES DO CORPO

BRUNA ALEXANDRA MOREIRA ROSA

Ao longo dos anos tem-se verificado uma crescente incidência, na prática clínica, de manifestações psicopatológicas articuladas ao corpo biológico, quer pela via do adoecimento psicossomático, quer pela via do agir. A auto-mutilação surge como um comportamento auto-destrutivo sediado no agir patológico.

Na visão de Allen (2003), “a auto-mutilação num paciente não-psicótico é a coisa mais próxima que existe de um sinal patognomónico para o diagnóstico da patologia *borderline*” (p. 111), constituindo-se como um dos sintomas psiquiátricos mais “desafiantes e frustrantes” (*ibid*, p. 111) – a dor (auto-infligida), em oposição à perda do amor e ao abandono, parece efectivar-se para estes sujeitos como um mal menor (Milia, 2000). Segundo Allen (2003), a resposta mais frequentemente dada por um paciente limite para o comportamento auto-mutilatório é que este “reduz a sua ansiedade” (p. 111). De facto, tomando as palavras de Green, “todas as formas de ansiedade são acompanhadas de destruição” (2005, pp. 145-146). O alívio da ansiedade é também partilhado por Kernberg (1992) como a motivação para este comportamento “levado a cabo sob grande raiva (...) e sem qualquer sintomatologia depressiva” (Duque & Neves, 2004, p. 218). Similarmente, Matos (1994) considera que “o *borderline* se encontra aquém da verdadeira depressão” (cit. por Maranga, 2002, p. 222).

Milia (2000) assume a hipótese de o acto auto-mutilatório se constituir como um meio do sujeito alcançar a auto-preservação contextualizada em termos de “relação do *self* com os outros” (p. 57). Segundo Berliner (1958) parece haver na agressão auto-dirigida uma inibição da agressão sobre os outros que tem como alvo “o prestador de cuidados primário” (cit. por Milia, 2000, p. 57). Galenson considera que este redireccionamento deriva de uma não modulação da agressividade da criança, causada por uma experiência interna de aumento da agressividade hostil face à intolerância do cuidador primário às expressões de agressividade infantil e consequente restrição severa daquelas (cit. por Milia, 2000). A auto-preservação poderia implicar, neste nível de dependência, que “a criança aceitasse a dor auto-infligida necessária para a manutenção da sua relação com o prestador de cuidados” (*ibid*, p. 57).

A auto-mutilação pode também representar uma utilização do corpo como veículo para a expressão “quer da dor silenciada quer dos afectos incontidos” (Straker, 2006).

Relativamente às razões pelas quais a comunicação corporal pode ser percepcionada como mais bem sucedida do que a verbal hipotetiza-se a existência de uma dificuldade na comunicação dos sentimentos de modo a criar a experiência de intersubjectividade, tomando o corte o lugar da palavra ou símbolo (Morelle, 1995). Esta falência reside na percepção da “capacidade [insuficiente] das palavras para reflectir a experiência vivida, para criar estados mentais partilhados, para conter o afecto, e para *afectuar* outros” (Straker, 2006). Na perspectiva lacaniana, o corte “é um acto que procura fornecer ao afecto alguma representação mas que, simultaneamente, procura representar a necessidade de que o afecto seja limitado/cortado” (*ibid*). Pelo facto de haver na linguagem uma relação arbitrária entre o significante e o significado, o autor refere a necessidade de um ponto de ancoragem – *le nom-du-père* (i.e. o *não* e o *nome* do pai) – que possibilite a emergência do significado e da subjectividade. A vacilação da função paterna de limitação/interrupção do prazer surge assim como hipótese para a constituição da auto-mutilação como “uma tentativa de criar uma terceira posição e, portanto, de produzir sentido através da criação no *self* de um corte literal, o qual poderá também [i.e. à semelhança do *pai*] limitar e canalizar a experiência sentida, ou seja, a dor que, para Lacan, pode ser também uma forma de prazer” (*ibid*).

O presente estudo teve por objectivo aceder à natureza da dinâmica interna dos sujeitos com comportamentos auto-mutilatórios.

MÉTODO

Participantes

Os protocolos foram recolhidos em contexto clínico. À data da avaliação, o Luis (nome fictício) tinha 17 anos, e o Martim (nome fictício), 17 anos e 11 meses.

Material

Utilizou-se o Rorschach, uma metodologia projectiva de natureza essencialmente clínica. Consideraram-se dois problemas de investigação para as funções que a auto-mutilação intenta cumprir: 1) estabelecer um sentido de delimitação, uma diferenciação do interno/externo, eu/outro que, pela impossibilidade de ser simbolizada, se age, significando, em última instância, a efectividade do *self* próprio e garantindo a sua manutenção, ou 2) evitar o abandono real ou imaginado do objecto, pela deflexão da agressividade patológica sobre o *self*. Consideraram-se na análise do conteúdo latente os parâmetros clássicos da Escola Francesa relacionados com a representação de si e do Outro, na dupla vertente da identidade e identificação. Com base nos problemas de investigação e numa organização defensiva entendida como paralela à dinâmica intrapsíquica dos sujeitos auto-mutiladores, constituiu-se uma grelha de leitura dos protocolos, atendendo-se aos elementos de cotação das respostas e do psicograma quantitativo e a dimensões mais subjectivas. Na leitura da expressão do

fenómeno foram utilizadas estas referências habituais de análise e o seu alargamento teórico, sob a influência dos modelos teóricos que procuram explicar o objecto do presente estudo.

RESULTADOS

Em ambos os protocolos evidenciou-se uma maior presença de itens de análise relacionados com a problemática da indiferenciação entre o interno e o externo, o Eu e o Outro, articulada com a falência dos processos de simbolização. Esta abordagem reenvia para a impossibilidade de criação de um espaço transitivo, entre o objecto interno e o objecto externo que parece relacionar-se, em ambos os sujeitos, com uma fragilização da função de manutenção do psiquismo, a que subjaz uma insuficiente interiorização do *holding* materno e, consequentemente, a inviabilização da “criação de um espaço intermédio de depósito, primeiro, de sensações, depois de pensamentos” (Linhares & Pinheiro, 2009, p. 308). A ausência, em ambos os protocolos, de respostas que remetam para a idealização é passiva de ser explicada por esta falência na introjecção de um continente (Bick, 1968), atestando a presença, também comum, de *G vagos* o facto de este envelope ser sentido como insuficiente (Chabert, 2003). A presença, comum aos dois protocolos, de indicadores do mecanismo de identificação projectiva, parece, então, reenviar para a concepção de Bion (1963, cit. por Maranga, 2002), segundo a qual a identificação projectiva seria mobilizada por uma dupla necessidade do sujeito: de libertação de determinadas emoções experimentadas como intoleráveis e de que estas (i.e. elementos β) fossem contidas e transformadas, em elementos pensáveis (i.e. elementos α) por um Outro. Paralelamente, a evidência de uma função simbólica precária, reflexo de uma falência na função de rêverie materna, reitera o aumento da identificação projectiva – “o sujeito, em vez de pensar, coloca os elementos assimbólicos no outro” (Oneto, Marques & Pinheiro, 2009, p. 333), sendo esta dependência do outro – condição assimbólica – necessária para que o sujeito viva, ao permitir o delineamento de um espaço pré-potencial (Dias, 2004, cit. por Godinho, Marques & Pinheiro, 2009). Assume-se, em síntese, que a não introjecção do objecto, motivada pela sua “fraca qualidade afectiva e de introjectabilidade” (Matos, 2000, cit. por Maranga, 2000, p. 219) tenha inviabilizado a identificação completa à sua possibilidade contentora, impedindo a passagem de um estado de não-integração “à fantasia dos espaços interno e externo” (Bick, 1968) e dando origem ao rompimento da pele mental e a uma consequente permeabilidade do pensamento (Dias, 2004, cit. por Godinho et al., 2009, p. 351). Perfila-se então, uma utilização do objecto “como uma segunda pele (mental)” (*ibid*, p. 351). Concomitantamente, a fragilização da função de pára-excitação, evidenciada nos dois protocolos, denota a inviabilização da separação, união e comunicação entre os mundos interno e externo. Esta impossibilidade de contenção e contacto entre o consciente/inconsciente, interno/externo e representações/coisas em si, assegurada pelo processo de barreira de contacto restituído na adolescência, impede “a ocorrência das transformações e das mudanças inerentes à adolescência: a separação e ulterior união (...) a estruturação do espaço psíquico (...) a criação” (Cabral, 1998, cit. por

Soares & Marques, 2009, p. 261). O corpo surge, então (cf. as *explosões psicossomáticas* de McDougall), como um “veículo de expressão [regressiva] do sofrimento, quando circunstâncias internas ou externas ultrapassam os modos psicológicos de resistência habitual” (Dias et al., 2007, p. 25), agindo a lesão da pele, como uma tentativa “de manter os limites do corpo e do eu, de restabelecer o sentimento de estar intacto e coeso” (Anzieu, 1989, cit. por Dias et al., 2007, p. 29), pela equivalência simbólica do corte “à ruptura com o outro fusionado” (Dias et al., 2007, p. 28). Pode reenviar-se aqui para as perspectivas de Anna Freud, segundo a qual “as ansiedades e patologias da adolescência estão relacionadas com a necessidade de cortar os laços com os objectos de amor infantis” (cit. por Suyemoto, 1998, p. 543) ou de Tustin, para quem “sair da unidade dual para perceber a existência de um eu e de um não-eu é a trajectória inicial para o desenvolvimento do psiquismo” (cit. por Fontes, 2006, p. 111). Esta perspectiva ganha também relevo no âmbito da teoria de Thomas Ogden sobre a posição autística-contígua, marcada pela experiência do corpo e, em particular, das suas superfícies, no seio da qual a auto-mutilação, pela impressão de sensações na pele, se poderá agilizar em termos de “uma conduta defensiva, vital para o *sentir-se existir* e o *manter-se*” (Vidailhet et al., 1984, cit. por Morelle, 1995, p. 73). De modo equivalente, Winnicott (1986) afirma que “a falta de um *holding* adequado, conduz à interrupção da continuidade de ser” (cit. por Godinho et al., p. 350). Reafirma-se a perspectiva de Muller, segundo a qual “o corte tenta demarcar os limites do *self*, marcar a fronteira transgredindo-a” (1996, cit. por Woodruff, 1999). Na mesma linha de pensamento, podem considerar-se as abordagens de McLane (1996) – a auto-mutilação como um suporte (i.e. enquanto acto privado e voluntário) para o sujeito, na restauração das fronteiras entre o *self* e o outro – e de Malcolm (1994) – a auto-mutilação como uma tentativa para “fortalecer um contentor psíquico ou uma pele psíquica rompidos” (cit. por Straker, 2006). De facto, a presença, em ambos os protocolos, de G impressionistas, atesta a existência deste “espaço mental com buracos psíquicos” (Oneto et al., 2009, p. 339). Paralelamente, pode conceber-se a existência de uma mediação de má qualidade (i.e. uma diferenciação deficitária) entre o eu psíquico e o eu corporal, de que resultaria uma fragilização das funções asseguradas pelo Eu-pele e, consequentemente, a não criação de “um envelope contentor, narcísico e diferenciador” (Tröger & Pinheiro, 2009, p. 321).

Poder-se-á ponderar também a possibilidade de a dificuldade de simbolização patente em ambos os protocolos traduzir uma representação do corte como “um acto que procura fornecer ao afecto alguma representação” (Lacan, cit. por Straker, 2006), ou seja, “uma representação crua do afecto pelos efeitos concretos produzidos” (Straker, 2006). Neste contexto, preconiza-se uma falha ao nível das capacidades de mentalização, a qual impediria a passagem de “sensações corporais rudimentares” (Straker, 2006) a afectos relativamente diferenciados e desconectados do soma (Fonagy & Target, 1996, cit. por Straker, 2006), inviabilizando a sua contenção e, consequentemente, agindo-os (Duque & Neves, 2004). De facto, à semelhança de nos pacientes *borderline*, nos sujeitos com comportamentos auto-mutilatórios parece haver uma impregnação do funcionamento psíquico pelo modelo do acto, resultante “de uma impossibilidade de reduzir as quantidades maciças de afectos que

não puderam ser sujeitas à elaboração do pensamento” (Green, cit. por Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002, p. 492). O facto de em ambos os protocolos se evidenciar um tipo de ressonância íntima extratensivo (misto, no primeiro caso, e puro, no segundo) sublinha, a par com a presença insuficiente de respostas de boa qualidade formal e a presença excessiva de respostas de má qualidade formal, uma falta de controlo afectivo, indiciando ainda uma submissão dos sujeitos aos afectos a par com uma emotividade, instabilidade e labilidade que os torna muito permeáveis à invasão pelo real, pelo objecto, impedindo o estabelecimento de uma relação intersubjectiva entre o interno e o externo (Trautenberg, 1970; Godinho et al., 2009). Esta impossibilidade de criação de uma experiência de intersubjectividade reflecte-se numa substituição da palavra pelo corte que assinala uma preferência pela comunicação corporal – o *corte literal* – em detrimento da comunicação verbal, na reconstrução de um sentido de subjectividade (Straker, 2006). Paralelamente, pode atender-se ao conceito de processo dialéctico, de Ogden (1985), considerando-se que a impossibilidade de transformação do *estado de dois* em *estado de três*, que reflecte a incapacidade de manter uma dialéctica psicológica, inviabilize “a possibilidade de triangularidade, dentro da qual o espaço [potencial] é criado” (Godinho et al., 2009, p. 351) potenciando uma psicopatologia da simbolização (Ogden, 1985, cit. por *ibid*). Assume-se, então, que a impossibilidade de se estabelecer um espaço transitivo inviabilize uma necessária condensação dos afectos, impelindo o sujeito a uma concretização da experiência afectiva. A não contenção da agressividade própria, agida sobre o *self*, parece constituir-se, assim, como reflexo de uma capacidade contentora insuficiente, reproduzindo o sujeito, na pele visível, “[uma] pele psíquica frágil, sem espessura” (Oneto et al., 2009, p. 339). Se atendermos à possibilidade de a cicatriz funcionar como uma aproximação ao objecto transitivo (Straker, 2006), pode estabelecer-se aqui um paralelo com a concepção de Green (2005) sobre a falência, nos pacientes *borderline*, na criação de subprodutos funcionais do espaço potencial – “ao invés de manifestarem fenómenos transitivos, criam sintomas para completar a função do fenómeno transitivo (...) os objectos ou fenómenos transitivos não têm qualquer valor funcional” (p. 80). De facto, se entendido enquanto objecto de suporte, pode considerar-se que o corte/a cicatriz viabilize “a possibilidade de um contacto mínimo com a realidade, o Outro” (Godinho et al., p. 351).

DISCUSSÃO

Considero terem-se prestado três contributos essenciais: uma concepção da auto-mutilação como intrinsecamente articulada com uma indefinição dos limites próprios e uma precariedade da função simbólica; o corte na pele como uma expressão do agir patológico na procura de um continente e de uma simbolização dos afectos próprios; o Rorschach como um espaço originário privilegiado para a expressão do corpo, na sua tripla valência: real, imaginária e simbólica. Se atendermos à auto-mutilação enquanto expressão patológica do agir, com uma ampla expressividade nas patologias *borderline* e, conseqüentemente, na clínica contemporânea, compreende-se a importância do estudo

aprofundado da dinâmica intra-psíquica subjacente aos sujeitos que se auto-mutilam, no delineamento de uma abordagem mais atenta à componente simbólica e dialógica da pele, espaço periférico de relação, união e subjectivação. A existência, no comportamento auto-mutilatório, de uma “torção entre a pele vista e a psique invisível” (Dimes, 1998, cit. por Straker, 2006) reenvia-nos, necessariamente, para a existência de uma relação íntima entre o corpo, a capacidade simbólica e a linguagem – “[o corpo é] simultaneamente um objecto para os outros e um sujeito para mim” (Merleau-Ponty, 1961, cit. por Dimen, 2000). A realidade psíquica, como Freud preconizou, assume-se tão real como a realidade física, havendo uma corporalização da mente que “ao utilizar o corpo para se exprimir (...) o transforma; [sendo que] reciprocamente, quando a sobrevivência psíquica é posta em causa e a mente não pode fazer mais nada (...) o corpo assume o comando” (Breuer & Freud, 1893-1895, cit. por Dimen, 2000). A concepção das funções do Eu-pele em articulação com a dimensão simbólica, do pensar, enquanto instrumentos de interpretação do processo-resposta Rorschach, permite-nos uma leitura mais aprofundada do fenómeno da auto-mutilação balizada nos eixos clássicos da *representação de si* e da *representação da relação*. Deste modo, preconiza-se que a mancha aja, para o sujeito, como um equivalente do *corpo pré-simbólico*, viabilizando ao clínico o acesso à dinâmica intrapsíquica que subjaz a esta conduta patológica, entendida, à semelhança, como uma expressão regressiva, porque assimbólica, actuada sobre a superfície periférica do corpo próprio. Esta corporalização dos limites permite, então, a materialização de um dentro e de um fora, dando ao sujeito a ilusão de uma individualidade e de uma existência, efectiva porque diferenciada da do Outro. À semelhança do modo como o mundo onírico dos pacientes *borderline* se caracteriza, poderemos, então, pensar o corte na pele como uma concretização, face a uma condensação impossível. Por fim, com o intuito de abrir espaço a uma reflexão sobre o lugar que o Corpo, elemento central da Psicanálise, deve assumir no delineamento de outros estudos, parece-me pertinente retomar as palavras de McLane – “a ferida que é uma *boca* pode dizer o que a boca física real foi proibida de proferir” (1996, p. 115) – para dar lugar a uma afectividade vivificada sob o signo do silêncio e experimentada nos limites de uma dor, necessária, porque confirmadora de um sentido de Existir, questionando se o corpo que é lesado não será, em si, um sujeito que comunica, um silêncio que diz o que o pensamento foi incapaz de esquecer.

REFERÊNCIAS

- Allen, D. M. (2003). *Psychotherapy with Borderline Patients: an Integrated Approach*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object-Relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49 (2-3), 484-486.

- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto – Interpretação psicanalítica*. Lisboa: Climepsi (Tradução do original em língua francesa Le Rorschach em clinique adulte – Interprétation psychanalytique. Paris: Dunod, 1997).
- Dias, H. Z., Rubin, R., Dias, A. V., & Gauer, G. J. (2007). Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. *Psicologia Clínica*, 19 (2), 23-34.
- Dimen, M. (2000). The Body as Rorschach. *Studies in Gender and Sexuality*, 1 (1), 9-39.
- Duque, A. F., & Neves, P. G. (2004). Auto-mutilação em meio prisional: avaliação das perturbações da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 215-227.
- Fontes, I. (2006). A Ternura Tátil: O Corpo na Origem do Psiquismo. *Psyché*, X (7), 109-120.
- Godinho, M., Marques, M., & Pinheiro, C. (2009). A expressão no Rorschach dos fenómenos transitivos e do espaço potencial na personalidade borderline. *Análise Psicológica*, 27 (3), 349-363.
- Green, A. (2005). *On Private Madness*. London: Karnac.
- Linhares, M. B., & Pinheiro, C. B. (2009). O Eu-pele no Rorschach: A sua expressão em adolescentes toxicodependentes. *Análise Psicológica*, 3 (XXVII), 307-318.
- Maranga, A. R. (2002). Organizações borderline: Aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, 2 (XX), 219-223.
- McLane, J. (1996). The Voice on the Skin: Self-Mutilation and Merleau Ponty's Theory of Language. *Hypatia*, 11 (4), 106-118.
- Mijolla, A., & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi.
- Milia, D. (2000). *Self-Mutilation and Art Therapy: Violent Creation*. Great Britain: Athenaeum Press, Gateshead, Tyne and Wear.
- Morelle, C. (1995). *Le corps blessé: automutilation, psychiatrie et psychanalyse*. Paris: Masson.
- Oneto, M. M., Marques, M. E., & Pinheiro, C. B. (2009). A natureza e especificidade do espaço mental através do Rorschach. Um espaço potencial? – Análise de um protocolo de uma paciente limite. *Análise Psicológica*, 3 (XXVII), 331-347.
- Soares, A. S., & Marques, M. E. (2009). Crescer por dentro – A barreira de contacto no processo adolescente através do Rorschach. *Análise Psicológica*, 3 (XXVII), 259-267.
- Straker, G. (2006). Signing with a scar: Understanding Self-Harm. *Psychoanalytic Dialogues*, 16 (1), 93-112.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 531-554.

- Tröger, N., & Pinheiro, C. B. (2009). O Rorschach e a função materna no sujeito transsexual. *Análise Psicológica*, 3 (XXVII), 319-330.
- Woodruff, M. E. (1999). Flesh Made Word: *Cutting* Back to the Mother. *Psychoanalytic Review*, 86 (5), 701-708.

O BIOFEEDBACK NO ESTUDO DA ANSIEDADE DOS ALUNOS DO ENSINO SUPERIOR

*LUÍS SANCHO, ANABELA PEREIRA, ANABELA SILVA, PAULA VAGOS, TÂNIA OLIVEIRA
& INÊS DIREITO*

A vida de estudante está associada a graves tensões, exigências e competitividade, marcada não só pelo “trauma” do *numerus clausus* antes da entrada na Universidade, pelas dificuldades sentidas com a adaptação ao novo contexto e curso (Ferraz & Pereira, 2002; Pereira & Williams, 2001; Sharkin, 2006), bem como pelas dificuldades ao nível das novas metodologias de avaliação com aumento da ansiedade aos exames (Zeidner, 1998), consequentemente, com o aumento do insucesso escolar e de problemas ao nível da saúde mental (Adlaf, Gliksman, Demers & Newton-Taylor, 2001).

A maioria dos estudos nesta área tem incidido essencialmente na identificação dos fatores de insucesso escolar (Pereira, 2007), sendo reduzidos os estudos que abordam programas ou estratégias específicas de intervenção, usualmente orientados para a intervenção sobre os fatores de risco, tais como álcool, drogas, estilos de vida saudáveis, entre outros no qual se insere o *stress* (Wagner, Stempluk, Zilberman, Barroso & Andrade, 2007). Por exemplo na Universidade de Aveiro, têm sido realizados alguns estudos em que as duas vertentes de diagnóstico e intervenção dos problemas estão presentes como é o caso da LUA (Linha da Universidade de Aveiro) que tem como objetivo oferecer apoio psico-emocional aos estudantes com problemas. Os resultados indicaram como principais categorias de problemas pelos quais os alunos recorreram ao apoio: os problemas pessoais, onde se incluem os problemas ligados com a autoestima, o autoconceito, a solidão; os problemas interpessoais mais orientados para a relação social, com grupo ou com indivíduos do sexo oposto; os problemas académicos, onde se salientou o *stress* e ansiedade aos exames; depressão e outras patologias. Além disso é disponibilizado por Consultas de psicologia realizados por psicólogos clínicos, bem como programas de intervenção nos quais sobressaem os do *stress* e ansiedade (Pereira e Williams, 2001; Vagos, Santos, Monteiro, Vasconcelos, Amaral & Pereira, 2010).

Universidade de Aveiro.

Também no Laboratório de Estudo e Intervenção no Ensino Superior (LEIES) da Universidade de Aveiro têm vindo a ser apoiados trabalhos de investigação com o objetivo de promover a saúde e bem-estar, perspetivando o sucesso na Universidade, dos quais destacamos o projeto SPASHE/EPsAES – Estratégias de Promoção do Sucesso Académico no Ensino Superior (ES), apoiado pela Fundação Ciência e Tecnologia, na qual se salienta a valência Promoção da Saúde no ES. Pretendeu-se criar um espaço de reflexão, intervenção e investigação, proporcionando a toda a comunidade académica, um ciclo de módulos de formação com vista à educação para a saúde. Merecem aqui particular destaque os módulos de “Gestão e Controlo do Stress” e “Estratégias para Lidar com Pensamentos Automáticos Negativos”, por serem os mais procurados, assim como um espaço de *setting* terapêutico (Pereira, Monteiro, Santos & Vagos, 2007).

Tais projetos e programas de diagnóstico e intervenção têm evidenciado o *stress* como um dos fatores prejudiciais ao bom desempenho académico, sendo que altos níveis de *disstress* emocional estão relacionados com respostas de ansiedade, ideação suicida, depressão, distúrbios de sono, dor de cabeça e comportamentos de risco (Bayran & Bilgel, 2008; Pereira, 2006). Sendo que na altura de maior exigência, tais como no período de exames, poderão sofrer mesmo alterações ao nível do funcionamento do sistema imunológico (Mendes, 2002). Porque nos parece imperioso dotar os alunos de estratégias adequadas para combater a ansiedade dos exames, estudos recentes demonstraram de entre as várias técnicas usadas (Oman, Shapiro, Thoresen, Plante & Flinders, 2008) que a técnica do *biofeedback*, especialmente o portátil, é mais eficaz do que outras técnicas de relaxamento, como por exemplo o yoga, a meditação e outras técnicas de respiração sem auxílio (Fehring, 1983; Ratanasiripong, Sverduk, Hayashino & Prince, 2010).

Tendo em consideração o acima referido pretende o presente estudo averiguar a eficácia que algumas técnicas de controlo da ansiedade, em contexto de ensino superior, especificamente o *biofeedback*.

MÉTODO

Participantes

Numa primeira fase, a amostra foi constituída por 150 estudantes, de ambos os sexos, do 1º ano da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA). A maioria dos alunos era do sexo feminino, oscilando as idades entre os 17 e os 41 anos, com uma média de 18,50 anos (DP=2,29). Numa segunda fase, foram selecionados alunos com elevada ansiedade num total de quinze de ambos os sexos, os quais foram submetidos a intervenção, divididos em três

grupos: cinco submetidos á intervenção com *biofeedback*, cinco com treino cognitivo-comportamental e cinco num outro grupo sem intervenção.

Material

Os questionários utilizados são do tipo *likert*. Foi utilizado o questionário da ansiedade de Spielberg (STAI) na versão I e II, que avalia, respetivamente, a ansiedade de traço (STAI-T) e a ansiedade de estado (STAI-S), constituído por 20 itens cada. Além disso, foram utilizadas a escala LOT (*Life Oriented Test*) para avaliar o otimismo (Monteiro, Tavares & Pereira, 2006) e o ISEU (Inventário do Stress de Estudantes Universitários) para avaliar o *stress* (Pereira, Vaz, Medeiros, Lopes, Melo, Ataíde *et al.*, 2004). Foi utilizado também o *biofeedback* portátil - 2000 X-PERT, para controlo das variáveis fisiológicas, nomeadamente do ritmo cardíaco, com o objetivo de reduzir a ansiedade. Estudos recentes demonstraram que o *biofeedback* portátil é mais eficaz do que outras técnicas utilizadas no combate à ansiedade (Ratanasiripong, Sverduk, Hayashino & Prince, 2010). Autores que trabalham com este material sugerem alguns critérios, os quais foram por nós considerados no presente estudo: facilidade do uso, acessibilidade ao público e necessidade mínima de aprendizagem e por fim portabilidade.

Além disso, foi também construído um programa de controlo de gestão da ansiedade semelhante ao de Oliveira & Pereira (2008) alicerçado num modelo cognitivo-comportamental.

Procedimento

Os dados da primeira fase foram recolhidos em contexto de sala de aula, tendo sido os alunos informados acerca dos objetivos da investigação e do carácter voluntário da sua participação. O anonimato e confidencialidade das respostas foram garantidos.

Em relação aos procedimentos técnicos e após a fase de caracterização da amostra, foram selecionados os alunos com elevada ansiedade, tendo estes sido submetidos aleatoriamente à intervenção em três grupos específicos: um com *biofeedback*, um com treino cognitivo-comportamental e outro grupo sem intervenção. Os programas da intervenção tiveram lugar no STRESSLAB (Laboratório do Stress da Universidade de Aveiro).

RESULTADOS

A distribuição dos alunos foi feita pelos seguintes cursos: enfermagem, fisioterapia, gerontologia, radiologia, terapia da fala, entre outros, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

De uma forma sintética apresentaremos apenas os resultados médios globais dos 3 instrumentos utilizados, os quais nos permitiram proceder à seleção dos candidatos que integraram os três grupos inicialmente delineados. Os estudantes foram selecionados, tendo como referencial aqueles alunos que para o efeito foram considerados com ansiedade elevada, obtida através do (STAI) e *stress* elevado obtido através do (ISEU). Os resultados referentes ao teste LOT apenas foram úteis para melhor nos ajudar a caracterizar o perfil desses alunos.

Os resultados indicaram que 58,6% dos respondentes, estão no curso correspondente à sua primeira opção e 74,8% consideram que o curso que frequentam se harmoniza com as expectativas que tinham. Apenas 12,6%, (n=17) que responderam ao questionário, tomam medicação de onde se destacam os contraceptivos orais e suplementos hormonais (n=4), os anti-inflamatórios e antialérgicos (n=7) e os ansiolíticos (n=6). Vários respondentes consideraram os suplementos vitamínicos como medicação (n=3).

No que concerne aos dados obtidos com o LOT que avalia o otimismo, a média obtida foi de 3,38 (DP=0,93), permitindo-nos, assim, ter uma perceção do nível de otimismo dos nossos alunos. Os dados obtidos com o Inventário de *Stress* do Estudante Universitário (ISEU) os valores médios foram de 3,30 (DP=1,07). No que concerne aos resultados da ansiedade obtidos com o STAI (I e II) os valores médios foram de 3,53 (DP=1,09).

Tendo em conta o valor médio global das escalas podemos agrupar os indivíduos em três tipos: estudantes de elevada ansiedade, estudantes de moderada ansiedade e estudantes de baixa ansiedade, distribuídos, aleatoriamente, pelos três grupos de intervenção acima referidos. De entre estes, foram selecionados apenas os estudantes de elevada ansiedade e distribuídos aleatoriamente pelos três grupos de intervenção.

O grupo submetido à intervenção com o *biofeedback*, foi submetido a um treino intensivo de aprendizagem para melhor lidarem com o material do *biofeedback*, nomeadamente ao nível das medidas psicofisiológicas (batimento cardíaco, pressão sanguínea e temperatura). Os alunos envolvidos neste grupo mostraram um elevado interesse pela inovação tecnológica utilizada, manifestando interesse em desejar adquirir o material para seu uso pessoal no futuro.

O grupo selecionado para o treino cognitivo-comportamental foi submetido a um programa de aprendizagem do controlo do *stress* e ansiedade, em contexto académico, constituído por dez sessões, as quais, obedeceram às técnicas de intervenção cognitivo-comportamental, especificamente onde se inclui, também, o treino de inoculação ao *stress* de Meichenbaum (1977) e técnicas da terapia racional emotiva.

O outro grupo a que denominamos sem intervenção (servindo-nos de base como grupo controlo) dedicou-se a outras atividades não específicas durante o mesmo período, comprometendo-se os investigadores, posteriormente, a realizar com eles um programa com

intervenção do *biofeedback*, de maneira a não serem prejudicados ao nível da aprendizagem do controlo da ansiedade. Antes e após a intervenção foram avaliados, ao nível da ansiedade com o STAI I e II, ao nível stress com ISEU e ao nível do otimismo com o LOT.

Os dados preliminares, com este grupo, indicam elevados níveis de ansiedade nos alunos do 1º ano. Bem como apontam o género feminino como os que apresentam valores mais elevados na ansiedade. Os dados analisados até ao presente indicam uma utilidade favorável do *biofeedback* na redução dos níveis de ansiedade o que poderá levar a uma melhoria no rendimento escolar e do bem-estar do aluno.

Atendendo á complexidade do estudo, porquanto este ainda se encontra em desenvolvimento, especificamente, numa fase de avaliação, tais resultados finais serão apresentados à comunidade científica após a finalização global deste projecto.

DISCUSSÃO

Neste estudo, os resultados aqui apresentados deverão ser lidos com alguma precaução, não só por se tratar de um estudo exploratório na primeira fase, bem como, os resultados da segunda fase, ainda que promissores, se encontrarem, ainda, em desenvolvimento. Com efeito, as mulheres parecem apresentar níveis mais elevados de ansiedade e stress, sendo tais dados coincidentes com a literatura existente (Bayram & Bilgel, 2008; Pereira, Monteiro, Santos & Vagos, 2007). Apesar de se verificar que poucos alunos tomam ansiolíticos, tal resultado sugere uma necessidade de um maior estudo acerca da automedicação, pois estudos realizados sobre a automedicação ansiolítica, em contexto académico, apontam, sobretudo a estudantes da área da saúde, para valores mais preocupantes (Aquino, Barros, & Silva, 2010; Dias, Costa, Manuel, Neves, Geada & Justo, 2001). A fácil e entusiástica adesão do grupo à técnica do *biofeedback* foi para nós muito gratificante, não só porque permitiu aos alunos que pudessem controlar a variabilidade do seu ritmo cardíaco, bem como o controlo dos seus estados emocionais, pois através do *biofeedback* aprenderam a produzir ritmos cardíacos associados a emoções positivas, reduzindo assim os seus níveis de stress, melhorando o seu bem-estar. O sucesso deste programa teve a ver com a aceitação de 100% dos alunos e pela portabilidade do *biofeedback* (Ratanasiripong Sverduk, Hayashino & Prince, 2010). Os resultados preliminares deverão ser avaliados e confrontados com os resultados a nível de um estudo follow up, no sentido de se avaliar a eficácia destes resultados e a sua manutenção na redução dos sintomas, pelo que deverão ser realizados no futuro novos estudos. Perante o aumento da ansiedade em contexto académico, urge que as instituições de ensino superiores implementem medidas que permitam aos estudantes aprender a lidar com a ansiedade inerente aos períodos de avaliação, por outro lado, as instituições deverão, também, estar conscientes de que alguns problemas da saúde

mental dos alunos e das suas vulnerabilidades, poderão, caso não se proceda a intervenção adequada e atempada, levar ao aparecimento de doenças, as quais poderão perturbar a saúde e o bem-estar do jovem adulto.

REFERÊNCIAS

- Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). *The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian campus survey. Journal of American College Health, 50*, 67-72.
- Aquino, D., Barros, J., & Silva, M. (2010). *A automedicação e os académicos da área da Saúde. Ciência e Saúde colectiva, 15 (5)*, 2533-2538
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence of socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatr Epidemiol, 43*, 667-672.
- Dias, M., Costa, A., Manuel, P., Neves, A., Geada, M., & Justo, J. (2001). Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 3(1)*, 207-220.
- Fehring, R. J. (1983). Effects of biofeedback-aided relaxation on the psychological stress symptoms of college students. *Nursing Research, 32(6)*, 362-366.
- Ferraz, M., & Pereira, A. (2002) A dinâmica da personalidade e o *Homesickness* (saudades de Casa) dos jovens estudantes universitários *Psicologia Saúde & Doenças, 3*, 149-164
- Meichenbaum, D. (1977) *Cognitive-Behavior Modification: An integrative approach* . New York: Plenum
- Mendes, A. C. (Ed.). (2002). *Stress e Imunidade: Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Formasau.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). Estudo das características psicométricas da escala de medida de manifestação de bem-estar. In L. Leal, J.L. Ribeiro, & S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições
- Oliveira, T., & Pereira, A. (2008). Stress em Linha: Programa de Gestão de Stress para Jovens do Ensino Superior In I. Leal, J.P. Ribeiro; Silva, I e Marques, S. (Eds), *Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 675-678)- Porto: Universidade do Porto,

- Oman, D., Shapiro, S., Thoresen, C., Plante, T., & Flinders, T. (2008). Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of American College Health*, 56(5), 569-578.
- Pereira, A., & Williams, D.I. (2001). Stress and coping in helpers on a student “nightline” service. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(1), 43-47.
- Pereira, A., Vaz, A., Medeiros, J., Lopes, P., Melo, A., Ataíde, R., Pinto, C., Decq Motta, E., Bernardino, O., Mendes, R., & Ferreira, J. (2004). Características psicométricas do inventário do stress em estudantes universitários – estudo exploratório. In C. Machado (Eds.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 326-329). Braga: Psiquilíbrios Edições,.
- Pereira, A. (2005). *Para obter sucesso na vida académica. O apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Pereira, A. M. S. (2006). Stress e doenças: Contributos da psicologia da saúde na última década. In I. I. L. (Eds), *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp. 145-167). Coimbra: Quarteto Editora. 95
- Pereira, A., Monteiro, S., Santos, L., & Vagos, P. (2007). O Stress do estudante: Identificar, treinar e otimizar. *Psicologia e Educação*, VI (1), 55-61.
- Ratanasiripong, P., Sverduk, K., Hayashino, D., & Prince, J. (2010). Setting up the next generation biofeedback programs for stress and anxiety management for college students: A simple and cost-effective approach. *College Student Journal*, 44(1), 97-100.
- Vagos, P. Santos, L. Monteiro, S. ; Vasconcelos, G. ; Amaral V & Pereira, A. (2010) Gestão do stress académico: Evidências do passado e desafios para o futuro In Pereira, A., Castanheira, H., Melo, A. Ferreira, A., & Vagos, P. *Actas do I Congresso RESAPES – AP – Apoio psicológico no Ensino Superior: Modelos e práticas* (pp 74-81). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Wagner, G., Stempluk, V., Zilberman, M., Barroso, L., & Andrade, A. (2007). Alcohol and drug use among university students: gender differences. *Rev Bras. Psiquiatria*, 29 (2), 123-129.
- Zeidner, M. (1998). *Test Anxiety State of Art*. New York: Plenum Press

UM CASO DE DOENÇAS AUTO-IMUNES

MARIA ESTELA ESCANHOELA AMARAL SANTOS & IVONISE FERNANDES DA MOTTA

As autoras apresentam o caso de uma mulher na faixa etária dos 40 anos que desenvolveu doenças sérias e crônicas como lupus, artrite reumatóide e doença celíaca.

Os primeiros sintomas apareceram sob a forma de dores nas articulações. Após um período de investigação clínica com alguns especialistas, o diagnóstico foi confirmado: Lúpus. Quando o quadro estava sob controle, a paciente desenvolveu outro - Artrite Reumatóide – também uma doença auto-imune.

Um dos principais sintomas era o inchaço abdominal que causava a sensação de uma grande bolsa vazia, que a impedia de se locomover e que mobilizava angústias terríveis, como a sensação de que a morte poderia chegar a qualquer momento.

Ao recorrer à ajuda de psicoterapia, no início de 2009, já havia passado por nove anos de sofrimento físico e psicológico. A doença celíaca foi diagnosticada durante o processo psicoterápico.

Como uma criança, a paciente procurou ajuda na tentativa de encontrar o útero perdido. Era preciso quase morrer para renascer e construir uma nova vida.

Durante o primeiro ano as sessões de psicoterapia, de orientação psicanalítica, tiveram a frequência de duas vezes por semana, tendo sido reduzida a uma no ano seguinte.

As experiências infantis revividas no setting revelaram o sentimento de solidão e desamparo mediante relações parentais frágeis, hostis e de abandono, que foram se confirmando no processo de crescimento e amadurecimento, através dos novos vínculos familiares, sociais e amorosos.

O Caso

Luiza (nome fictício), 41 anos, solteira, nível superior, mora sozinha e administra a empresa iniciada pelo pai há muitos anos atrás. Tem uma irmã cinco anos mais velha e dois sobrinhos. O pai faleceu há cerca de um ano, dormindo, aos 73 anos. A mãe, 75, continuou na residência da família após a viuvez, sozinha.

L. teve poucos namorados, morou algum tempo no exterior e no início de 2008 decidiu trocar a profissão para se aproximar e envolver-se na empresa construída e administrada pelo pai, com quem mantinha relação fria e distante até então. Pretendia modificar e intensificar os laços afetivos com a figura paterna e preparar-se para substituí-lo, o que não esperava ocorrer tão cedo.

As lembranças expressas durante o processo psicoterapêutico revelam um lar frio, indiferente, autoritário, nada acolhedor. A paciente descreve sua mãe como “esquisita”, de quem não se lembra ter recebido colo, carinho, atenção, apenas cobranças e tratamento hostil. O pai, também ausente e distante afetivamente, supria apenas as necessidades materiais e mesmo assim, de forma crítica: “ele dizia que eu só pensava em passear.” (SIC). Não entendia como as pessoas se referiam a ele como um homem bondoso, admirável, se em casa era nulo enquanto pai.

A única lembrança que guarda a seu favor é a desaprovação dele em relação a um namorado que, segundo ele, não a respeitava, não era digno dela. Passou grande parte de sua vida com esse rapaz, aceitando com submissão as regras impostas por ele, como namorar apenas durante a semana, por exemplo.

Com a irmã, enquanto eram crianças e no início da juventude, mantinham bom relacionamento, sentia-se cuidada por ela; atualmente, a indiferença e a hostilidade passaram a delinear o vínculo entre elas. L. tem sido capaz de identificar a semelhança entre a mãe e a irmã, em relação ao modo amargo de encarar a vida.

Pelo que podemos entender, L. nasceu e sobreviveu através de cuidados parentais operacionais sem laços afetivos e emocionais que sustentam o processo de crescimento e de desenvolvimento saudável. Trata-se de pessoa meiga, atenciosa, respeitosa, cuja agressividade parece ter se voltado contra o próprio self, tendo desenvolvido ao longo da vida doenças auto-imunes, como se ainda se mantivesse no lugar de um bebê sozinho, desamparado, impotente e extremamente sensível.

Como surgiu o quadro patológico

Em 1999 começou a sentir dores nas articulações, principalmente no pulso esquerdo, que atribuía a movimentos repetitivos (escrita) e má postura.

Tratava-se através de medicina antropofásica e homeopatia, após ter passado por ortopedista, realizado exames como radiografia e ultrasonografia, sessões de fisioterapia e tomado uma variedade de analgésicos. Foi a especialista em antropofasia que levou a caso de L. à discussão entre colegas e chegaram à hipótese diagnóstica de Lúpus. Após exame específico de sangue comprovou-se o quadro e a paciente foi encaminhada a um reumatologista.

Pesquisando sobre a doença relatou ter entrado em desespero ao saber que não havia cura – a fantasia era de que morreria em pouco tempo.

Iniciou tratamento com corticóides, as dores diminuía, mas o quadro não regredia, segundo o controle através de exames. Assim, que o lúpus foi se estabilizando, surgiu a artrite reumatóide, também uma doença auto-imune. As dores cederam lugar a uma anemia profunda, difícil de ser combatida.

Em 2003, sentindo-se um pouco melhor, ainda anêmica, foi passar um tempo (dez meses) na Europa, voltou ao Brasil em férias e assim que retornou ao país estrangeiro, começou a ter inchaços nos tornozelos, enjões, azia, má digestão e diarreia. O inchaço foi percorrendo o corpo até tomar conta do abdome, rosto e mãos, enfim, o corpo todo.

Contou ter passado momentos terríveis, as roupas não serviam, não podia colocar sapatos, voltou a tomar corticóides e no fim do ano resolveu voltar e permanecer no Brasil, mesmo contra sua vontade. As crises como as descritas acima iam e voltavam e nunca os exames apontavam resultados favoráveis. Anemia, vitamina B e ácido fólico em baixa, bem como o nível de cálcio no organismo.

Por não se sentir respeitada pelo reumatologista, que sempre lhe questionava se estava seguindo as orientações corretamente, se o inchaço não era gravidez, resolveu voltar ao tratamento homeopático em 2007.

Em viagem de férias de verão no ano seguinte, um implante dentário quebrou no percurso aéreo e após ter passado por situações angustiantes, sem dentes, num lugar onde não havia muitos recursos, conseguiu um ajuste provisório até voltar e refazer o implante. Logo em seguida teve um inchaço no corpo todo e as articulações quase paralisadas. Nesse dia, contou emocionada, sentiu que não haveria mais solução, estava prestes a morrer e chamou a irmã. Passado o susto refletiu e atribuiu o quadro como uma descarga de adrenalina (o sufoco que passou no avião), somado ao desequilíbrio emocional e efeitos colaterais dos antiinflamatórios.

“Fiquei enorme, passando mal, vomitando e com sintomas estomacais absurdos.” Aos poucos foi recuperando os movimentos, como dobrar os joelhos, vestir-se e calçar sapatos.

Em momento algum L. falou da mãe, do pai como pessoas que cuidavam, socorriam, se importavam com o drama dela.

Assim que o corpo voltou ao normal, sentiu disposição para retomar a rotina, porém, dois dias depois, foi surpreendida com a notícia da morte do pai, que não se levantou na segunda-feira. Após o funeral, voltou a inchar, a enjoar e apresentar diarreia, além de insônia, por não conseguir encontrar uma posição para dormir. Assim foi do meio para o final do ano. Chegou a frequentar o consultório do homeopata diariamente.

Do inchaço passou a ficar “esquelética” (denominação dela), a pele perdeu a elasticidade e tinha um tom acinzentado; as articulações “enferrujaram-se” (palavras dela), os enjões permaneciam, os

níveis hormonais muito baixos e a falta de ânimo era constante. Mesmo assim, não deixava de trabalhar, passear, viajar, ou seja, tentava esforçar-se para manter uma rotina normal.

Através de um parente médico e de uma amiga, com hábitos alimentares saudáveis, segundo L., iniciou-se uma investigação em relação à função digestiva e após exames específicos, descobriu sua intolerância ao glúten – a Doença Celíaca estava instalada (outubro/2009).

Seguindo orientação de uma nutricionista mudou seus hábitos alimentares, os inchaços retornaram devido à reposição hormonal, sentia-se deprimida ao perceber que seu corpo perdia rapidamente as formas e medidas, mas lutava internamente para suportar e melhorar, conforme relatou em diversas sessões com a psicoterapeuta.

No momento, especialmente há cerca de um ano, sente-se “normal”, com o quadro somatopsíquico totalmente controlado – corpo em dimensões normais, recuperados o brilho nos olhos, a elasticidade da pele, a ausência de dores, o ânimo, a confiança e a esperança de que possui e desenvolveu recursos internos capazes de enfrentar e de superar qualquer tipo de dificuldade, seja intra, extra ou intersíquica.

Fragmento de sessão (setembro/2009)

(Oito meses em processo psicoterápico) - L. entrou no consultório com olhar e postura de quem está em profundo sofrimento.

L.: Eu estou me sentindo péssima. Tinha melhorado, estava mais animada, não fui à casa da minha mãe, dei um tempo, mas ela me ligou para reclamar que a empregada queria ir embora e que precisava de mim para levá-la. Como estava ocupada pedi que minha irmã fosse, mas ela não quis nem saber. Fui e minha mãe me tratou com tanta grosseria, nada estava bom, na saída falou palavrões que não me saíram da cabeça, que se referiam ao porque de eu ter nascido. [...] ontem minha irmã também me fez uma grande desfeita no almoço e a noite cheguei em casa me sentindo enorme, parecia que eu não ia conseguir dar um passo a mais, achei que fosse morrer ou explodir. Deitei, fiquei quietinha e a sensação foi passando até voltar ao normal. *(ela própria aprendeu a se conter)*.

[...] aquela frase que minha disse não me saía da cabeça, não sei o que fiz a ela. [...] ontem levei-a ao médico que já estava agendado e pedi para que minha irmã a trouxesse de volta. Eu queria só resgatar alguma coisa, talvez ela ser a mãe que nunca foi, eu poder sentir que tenho mãe.

T: Você, em especial, é capaz de ajudar mesmo sentindo-se agredida por ela. Você é a presença viva do que ela perdeu – o marido, aquele que a fazia se sentir importante, que a provia de tudo e a levava para passear aos domingos. Você sabe que ela é uma pessoa comprometida e não quer se tratar. Quer ser cuidada, mas ao mesmo tempo não sabe receber

os cuidados que lhe oferecem e você, mesmo não tendo tido a mãe que gostaria, conseguiu desenvolver sentimentos tão nobres com o pouco que conseguiu captar dela e do seu pai.

L: é isso mesmo, é claro que ela tem coisas boas, por que não mostra?

T: Como você é capaz de receber e conter esse ódio e como ela provavelmente gostaria de ser como você e não é, reage te atacando e você absorve tudo como se fosse seu e vai inchando como um boneco inflável, grande e oco, porque esses sentimentos não lhe pertencem.

L.: É verdade, é isso mesmo que eu sinto, que é por fora. [...] é uma pena, eu queria ter o tempo que resta de vida para poder viver uma relação de mãe e filha com ela, poder beijar, abraçar, sentir que ela gosta de mim, deve gostar do jeito dela. Mas eu estou começando a me acostumar com a idéia de que eu não vou ter isso e que vou continuar fazendo tudo para que não falte nada a ela. Estou começando a admitir, a não ter medo de dizer que eu não gosto da minha mãe, sem culpa, sabe? Sou grata apenas porque ela me pôs no mundo.

DISCUSSÃO

Através das idéias e teorias psicanalíticas de D.W.Winnicott podemos compreender este como um caso onde o ambiente primário (mãe) não foi suficientemente bom, ou seja, não houve uma experiência de cuidados iniciais seguidos de atenção, empatia, contenção, confiabilidade, capazes de estabelecer as bases do self. Como descreve o autor em sua obra “Natureza Humana” (1990, p.37), “a base da psique é o soma, e, em termos de evolução, o soma foi o primeiro a chegar.” Na p. 177 ele diz:

“Ao examinarmos os fatores que levam à integração e ao assentamento da psique no corpo, encontramos um que tem a ver com o ambiente e os cuidados físicos em geral, realizados como uma expressão de amor.”

Há possibilidade de sobrevivência, mesmo que a mãe não tenha uma atitude consistente e contínua, porque além de qualquer outra pessoa poder exercer a função materna, cada bebê nasce com potencial herdado para a maturação. No caso de falhas ambientais, que não sejam corrigidas de forma adequada e imediata, algo ficará faltando no desenvolvimento emocional e as consequências acarretarão em prejuízos à saúde física e mental.

No caso de L., através do ambiente analítico favorável, houve a possibilidade de a paciente regredir e experimentar os sentimentos de solidão, de desamparo, incerteza, como se fosse um bebê em busca do útero materno. Winnicott denomina a idéia do acolhimento e proteção intra-uterinos como

sentimento oceânico que tanto pode representar a negação da dependência, como a idéia de um ambiente tão ruim que não haveria chances de uma existência pessoal.

Podemos supor que a predominância do ambiente hostil nas relações objetais primárias, desencadeou o surgimento das doenças auto-imunes, como tentativa de conter o ódio, dirigindo-o contra o si mesma, através de sintomatologia agressiva, destrutiva, numa luta constante contra a auto-proteção e sobrevivência do self.

Por meio da psicoterapia, como um ambiente suficientemente bom, onde L. pode ser reconhecida e tratada conforme a idade emocional do momento e suprida em suas necessidades básicas de atenção, cuidado, respeito e proteção, houve o encontro com a possibilidade de reparar danos e acreditar que as coisas terríveis podiam ser transformadas e o sofrimento amenizado.

Hoje, as doenças estão sob controle, a relação com a mãe é relativamente boa, houve o resgate da figura paterna através da continuidade dos negócios e pela primeira vez sente-se amada por um homem, com o qual se casou recentemente.

A partir de uma relação de apego, de confiança com a psicoterapeuta, num setting consistente e previsível, L. foi capaz de reconstruir suas experiências com base na esperança.

REFERÊNCIAS

- Winnicott, D.W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. (Irineo Constantino Schuch Ortiz, trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1990). *A Natureza Humana*. (Davy Bogomoletz, trad.) Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1999). *Os bebês e suas mães*. (Jefferson Luiz Camargo, trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise*. (Davy Bogomoletz, trad.) Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. ([1970]2005). *Psiquiatria Infantil, serviço social e atendimento alternativo*. In Sherpherd, R.; Johns, J.; Robinsons, H.T. (orgs.), *Pensando sobre Crianças* (pp.235-8). (Maria Adriana Veríssimo Veronese, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

O JOGO DE RABISCOS – DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE

MARIA ESTELA ESCANHOELA AMARAL SANTOS & IVONISE FERNANDES DA MOTTA

Vivemos numa era cada vez mais voraz, onde pulsões libidinais e agressivas se alternam, se misturam, sempre almejando satisfações urgentes. O divã do analista tem sido ocupado, basicamente, por profissionais em formação nas sociedades acadêmicas ligadas ao “velho Freud” – criador da psicanálise.

Deitar, recostar-se para, em estado de relaxamento, falar livremente sobre seu mundo interno, não tem sido a prática de pessoas em busca de ajuda nos consultórios de psicoterapeutas.

“A fila anda” – expressão que os apressados de hoje apregoam. Como se a ocupação de um espaço mental consigo mesmo atrasasse o trajeto ambicioso de chegar não se sabe onde.

O exercício psicanalítico praticado na relação analista-paciente, respeita o ritmo da mente cujo material reprimido e inconsciente vai sendo liberado de acordo com a quebra de rigidez das defesas em jogo, descortinando as dificuldades inerentes e possibilitando a transformação do presente.

A psicanálise se pauta na convivência quase que diária da dupla na tentativa de tornar transparentes sentimentos dolorosos, intoleráveis, ligados as profundezas da mente; só mesmo a vivência na transferência (no aqui e agora) produz libertação e possibilidade de construção de uma nova existência.

Esse é o caminho ideal para se atingir a tão esperada autonomia e integração da personalidade, mas há que se ter tempo, paciência e tolerância ao sofrimento. É exatamente aqui que encontramos um dos obstáculos do viver humano nos dias de hoje.

A evolução tecnológica e digital colocou o homem em grau de semelhança à máquina, no sentido de produzir cada vez mais e mais rápido, distanciando-se do ser interior (Walter Trinca, 2007) que possibilita o envolvimento e o crescimento. Gradativo, longo prazo, são conceitos vividos apenas quando se trata de obter o sonho de consumo, ou seja, compro e vou pagando devagar e sempre.

A investigação da dinâmica da mente ficou reduzida aos desajustes incompatíveis do momento. Mesmo assim, quem trabalha em prol do desenvolvimento humano deve manter suas bases na psicanálise, cuidando da própria estrutura para adequar ao outro o melhor tratamento.

Consultas Terapêutica como alternativa de Movimento

O trabalho foi pautado no interesse em atender as demandas atuais que visam o diagnóstico e a intervenção clínica imediata do conteúdo emocional responsável pela paralisação ou bloqueio do processo de amadurecimento humano, como atitude inicial de ajuda terapêutica. Nem todos os casos aplicam-se à psicanálise clássica e a consulta terapêutica poderá ser suficiente para beneficiar o paciente em suas necessidades emergentes ou para indicar os caminhos necessários que conduzam à continuidade do desenvolvimento.

A formação de um profissional adequado, criativo, capaz de atender as especificidades de cada caso dentro de um contexto adaptativo, requer treinamento árduo e consistente.

Para se manter uma atitude séria, coerente, sem se misturar ou se envolver com o paciente, é necessário que o psicoterapeuta tenha atingido, através de experiências de vida e de análise pessoal, certo grau de maturidade que o mantenha no equilíbrio desejado – ser flexível sem perder as regras de conduta vigentes no cumprimento de suas atribuições e no estabelecimento do setting.

Um dos principais pontos da psicanálise de D.W.Winnicott é a importância devotada ao ambiente. De acordo com a provisão ambiental observa-se a possibilidade de maior ou menor facilitação do desenvolvimento emocional desde o princípio da vida. Só haverá orquestra se cada músico com seu instrumento se harmonizar e se envolver empaticamente formando uma corrente única de sons coerente.

A comunicação visa relação, há sempre alguém do outro lado, em sintonia, preocupado, pronto a atender qualquer chamado. Assim é a mãe suficientemente boa (conceito criado por Winnicott, 1956), proveniente de um ambiente favorável e que conduz o elo promissor da vida. Onde houve fracasso ou interferência negativa do ambiente primário (relação mãe-bebê) há indícios futuros de uma sintomatologia contrária ao desenvolvimento.

É aqui, neste espaço, que poderemos introduzir as “Consultas Terapêuticas” de Winnicott, em especial como forma de comunicação, de interação espontânea com a criança. A Consulta (diagnóstica) Terapêutica pode ocorrer uma única vez ou algumas vezes e atende aos casos que fogem à demanda da psicanálise, em especial pela necessidade imediata de um diagnóstico ou para preparar o paciente ao processo psicanalítico a que poderá se submeter mais tarde.

Durante a primeira entrevista o adulto ou a criança em consulta, poderá se mostrar de forma ampla e detalhada ou não se deixando revelar e neste caso o terapeuta precisará de um ou mais contatos para conhecer o funcionamento mental daquela pessoa.

A base para esse tipo de trabalho, como salienta Winnicott (2007), é a idéia de que a pessoa (adulto ou criança) que procura o psicoterapeuta acredita que poderá encontrar ajuda e que o ambiente é confiável. Portanto, é essencial que o setting se estabeleça de forma humanamente profissional, o que significa que o terapeuta deve ser ele mesmo sem perder o curso da expressão espontânea do paciente e da manutenção do padrão organizador - confiabilidade; comportamento regular; interpretação que indique entendimento.

Como suporte, no primeiro encontro com crianças, o pediatra e psicanalista britânico D.W.Winnicott utilizava do “Jogo de Rabiscos” como forma de facilitar a interação. Não se trata de teste psicológico, mas está baseado no brincar, como possibilidade de comunicação de conteúdos internos, tal como ocorre nos sonhos.

Segundo o autor, só tem possibilidade de brincar aquele que confia na provisão do ambiente. Portanto, a sugestão da brincadeira na Primeira Entrevista pode denunciar o nível de confiança ou desconfiança do indivíduo em relação ao ambiente.

Por outro lado, permitir que uma criança alcance a capacidade de brincar, através dos “Jogos de Rabisco” já indica um movimento evolutivo no desenvolvimento pessoal e ambiental.

O surpreendente neste tipo de atendimento é que não há nenhum tipo de pressão ou de expectativa em relação ao que deve acontecer – a espontaneidade e a flexibilidade são regras fundamentais para que se estabeleça um contato baseado na confiança. Mesmo que o paciente convidado a desenhar prefira conversar ou contar um sonho, o psicoterapeuta não fará comentários ou interpretações, apenas acompanhará o que estiver acontecendo.

A liberdade de expressão através do primeiro rabisco pode levar a descoberta de verdadeiras obras de arte, bem como a surpresa de atos criativos e sentimentos inesperados. O importante é o envolvimento da dupla num jogo de construção conjunta, que lembra o suporte ambiental primário necessário ao crescimento.

A partir de um fragmento chega-se a algo organizado e porque não integrado e isso, por si só, funciona como alento. Acompanhar a sequência dos desenhos pode ajudar a criança a descobrir o quanto é possível caminhar e modificar os temores, as angústias terríveis, as emoções sem nome.

No Jogo de Rabiscos, uma linha inicial pode ser a expressão de uma obra mesclada de sentimentos e conteúdos diversos que vão de manifestações de alegria a angústias terríveis. Não se trata de teste, jogo foi o termo que o criador considerou apropriado para demonstrar que se trata de uma técnica que propõe a interação entre a criança e o psicoterapeuta. Qualquer resultado benéfico após essa consulta será capaz de produzir alterações em casa ou na escola. Caso contrário, será conveniente outro tipo de intervenção clínica, como a indicação à psicoterapia, por exemplo.

Como bem demonstrou em muitos de seus casos, Winnicott provou que é possível atender as demandas imediatas de pacientes sem interpretar psicanaliticamente, apenas funcionando como sustentação humana para o desenvolvimento.

Jogo de Rabiscos

Para ilustrar essa modalidade de consulta terapêutica, vou apresentar um caso atendido no leito hospitalar uma única vez.

Caso: criança de cinco anos hospitalizada . Gerson, único filho de pais separados, vive com a mãe na casa dos avós maternos desde a separação do casal quando ele tinha dois anos e meio.

Segundo a mãe o filho foi fruto de um planejamento no terceiro ano da união oficiosa dos pais de G. Meses antes do término do casamento o menino havia iniciado na escola maternal e continuou sendo cuidado pela avó materna, porém dali em diante, morando na casa dela.

A mãe sempre trabalhou muito para garantir o sustento da família, pois o marido não se mostrava responsável o suficiente, gastava mais do que ganhava, contou-me Francisca, a genitora. Até hoje, continua negligente enquanto pai provedor e o que é considerado por ela como mais preocupante, transmite ao filho a sensação de que “a vida é bela”, ou seja, isenta de compromisso e responsabilidade. A irresponsabilidade paterna foi a principal razão da separação.

Gerson foi amamentado e na tentativa de desmame ao findar a licença maternidade, descobriu-se a intolerância dele à lactose – os sinais foram imediatos ao ingerir leite artificial: inchaço, vômito e erupções na pele. Atualmente faz uso de leite de soja e ele mesmo se policia sobre o alimento que não pode consumir. Pelo fato de comer muita fritura e doces, apresenta colesterol elevado, no momento.

A mãe está namorando há três meses e a reação de Gerson quando soube foi de aceitação. Disse à mãe: “eu já sabia que você ia namorar P. desde que eu estava na sua barriga”.

Hospitalização: segundo a mãe, sexta-feira (19/11/2010), Gerson manifestou uma crise de bronquite, que o acompanha desde que tinha um ano e cinco meses, e passou pelo médico. Como a febre não cedeu voltou a ser atendido sábado pela manhã; novamente medicado, voltou para casa sem que a pediatra tivesse solicitado qualquer tipo de exame.

Na terça-feira seguinte, sentia-se melhor e pediu para que a mãe comprasse uma fantasia a ele – Francisca comentou que ele adora fantasias. No dia seguinte, quarta, foi internado com diarreia e vômito e aí sim, a médica pediu Raio X dos seios da face (acusou sinusite forte), do pulmão e hemograma (infecção intestinal).

Na quinta-feira à noite, ao saber da internação do garoto por intermédio do namorado da mãe, pedi permissão à pediatra e à família se eu podia visitá-lo para uma consulta terapêutica. Sob consentimento cheguei ao Hospital de uma cidade pequena no interior de São Paulo por volta das

19hs. Ao chegar, encontrei-o na cama, recebendo soro na mão direita e sua aparência indicava debilidade física, palidez facial, olhar expressando cansaço.

Assistia a um desenho animado pela TV e junto com ele, no quarto, estavam a mãe, a avó materna e o tio materno com sua noiva. Aproximei-me do menino, mas logo percebi que ele não queria ser incomodado naquele momento. A mãe sugeriu que ele falasse comigo, mas recomendei que aguardássemos o intervalo.

Após alguns minutos, a pediatra chegou para vê-lo e também não foi bem sucedida na tentativa de diálogo com ele. Voltou-se para a mãe e comentou que ele já estava melhor e que poderia continuar o tratamento em casa; deixou a critério dela escolher se iriam sair aquela noite ou se preferiria deixar a alta hospitalar para o dia seguinte. Imediatamente a mãe respondeu que seria melhor deixar para o dia seguinte. A médica despediu-se e saiu.

O tio resolveu comentar que o programa ao qual Gerson assistia não devia ter intervalo, pois já fazia algum tempo que estavam ali e não tinha havido pausa. A noiva levantou-se e aproximou-se do garoto, ao lado da cama, iniciou uma conversa com o sobrinho enquanto o tio mudou o canal da TV. Quando se deu conta acabou se convencendo de que o desenho havia terminado. Foi assim que pudemos dar início ao nosso contato. O casal de namorados foi embora ficando ali a mãe e a avó presenciando o nosso jogo.

Propus a ele o Jogo de Rabiscos e aceitou instantaneamente. A mãe ajeitou-o de modo que pudesse ficar sentado e com as folhas em cima de uma prancheta que eu havia levado; começamos uma comunicação espontânea, descontraída, envolvente que nos brindou com doze desenhos, ora feitos com sua mão esquerda, ora com a direita, ocupada com o soro. Isso significa que o ambiente mostrava-se favoravelmente confiável para que se estabelecesse ali uma possibilidade de encontro. A doença física não impediu a expressão espontânea e criativa da sua realidade interna.

Aquele olhar inexpressivo e frágil ganhou vida com a brincadeira dos Jogos do Rabisco, ele se alegrou a cada execução e nossa interação foi intensa como se ali, naquele momento, só houvésssemos nós e nossos personagens dos desenhos. Como diz Winnicott, o Jogo de Rabiscos gera satisfação por si só.

Após o último, ele pediu à mãe que o carregasse até o banheiro e com a ajuda de ambas, mãe e avó, ele ia dizendo “não vai dar tempo, mãe, não vai dar tempo”. A diarreia continuava e pelo que soube, dois depois, embora tivesse tido alta, continuou do mesmo jeito – segundo a mãe ele dormiu o dia inteiro no sábado e dizia que estava sem coragem e sem força.

Domingo iria celebrar sua festa de cinco anos. Francisca comentou que não podia cancelar já que o Buffet estava marcado desde maio.

Comentários

Os desenhos iniciais retrataram certa fragilidade, sentimento de desamparo, necessidade de proteção e de recursos para o amadurecimento. Existia uma força de vida, que aos poucos foi se deixando revelar através da pressão dos traços, do tamanho das figuras, da projeção dos sentimentos de conteúdo mais agressivo.

Fragilidade e força apareceram como desejo de integração não só nos desenhos, mas no estado debilitado em que se encontrava fisicamente. Parte dele estava congestionada, retida (sinusite), outra descontrolada (diarréia).

Há uma cobra feliz que rasteja, mas há outra com olhos bem abertos e garras. Há um dinossauro bebê envolto no que parece um útero e há outro, enorme, bravo, que amedronta. Há um gatinho feliz, mas no fim aparece um cachorro que é “o cão”.

Há um pai que vende ilusões, há um namorado que chegou para desiludir e organizar. Há um self em busca de autonomia, querendo ser verdadeiro. Há alimentos venenosos, há identificações perigosas, mas há esperança de melhora. Como percebemos, em apenas frações de tempo pudemos colher tantas emoções e impressões ligadas ao funcionamento mental de uma criança e o seu modo de ver e estar no mundo.

REFERÊNCIAS

Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott*. (Marcelo Del Grande da Silva, trad.) Rio de Janeiro:Revinter.

Catafesta, I.F.M. (1997). *A Clínica e a Pesquisa no Final do Século: Winnicott e a Universidade*. São Paulo:Lemos Editorial.

Winnicott, D.W.(1984). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. (Joseti Marques Xisto Cunha, trad.). Rio de Janeiro:Imago.

Winnicott, D. W. (1987) *The Piggie: relato de tratamento psicanalítico de uma menina*. (Else Pires Vieira e Rosa de Lima Martins, trad.) Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D.W. ([1970]1997). Psiquiatria Infantil, serviço social e atendimento alternativo. In Sherpherd, R.; Johns, J.; Robinsons, H.T. (orgs.), *Pensando sobre Crianças* (pp.235-8). (Maria Adriana Veríssimo Veronese, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

Winnicott. (1994). O jogo do rabisco [Squiggle game]: amalgama de dois trabalhos: um, não-publicado, escrito em 1964, e outro foi publicado em 1968 (J. O. d. A. Abreu, Trans.). In C. Winnicott, R. Shpherd & M. Davis (Eds.), *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott* (pp. 230-243). Porto Alegre: Artes Médicas.

RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO - *STRESS* E ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM ENFERMEIROS EM ONCOLOGIA

MARIA MARGARIDA MAGALHÃES CABUGUEIRA CUSTÓDIO DOS SANTOS 1, SANDRA DA
FONTE SOUSA GOMES 2 & ELISABETE TERESA DA MATA ALMEIDA CAROLINO 3

Nas últimas décadas as transformações do contexto laboral têm desafiado a capacidade de adaptação dos profissionais e das organizações e consequentemente têm tornado relevante o estudo dos riscos psicossociais no trabalho (Observatório Europeu dos Riscos (2008). Cox, Griffiths e Rial-González (2005) definem riscos psicossociais como os aspectos relativos ao desenho, gestão e organização do trabalho, bem como aos contextos sociais e ambientais, que têm potencial para causar danos do tipo físico, social ou psicológico, através da experiência de *stress* ocupacional.

Seguindo a orientação do Modelo Transaccional de *Stress* (Lazarus & Folkman, 1984) *stress* ocupacional é definido pelo *National Institute for Occupational Safety and Health* (2008) como as reacções físicas e emocionais nefastas que ocorrem quando as exigências da função não coincidem com as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador. Relativamente às consequências do *stress* o *National Institute for Occupational Safety and Health* (2008) faz referência ao sofrimento emocional, à exaustão, ao absentismo, ao desejo de parar de trabalhar, à menor satisfação do doente e há existência de mais erros de diagnóstico e tratamento. Os factores individuais e os recursos sociais podem moderar a reacção às causas de *stress* ocupacional, contudo as condições laborais têm um papel preponderante, pois podem colocar em risco a saúde dos trabalhadores (*National Institute for Occupational Safety and Health*, 2008).

Stress e *coping* são conceitos indissociáveis e a experiência de *stress* é acompanhada pelo processo de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984). O *coping* pressupõe a mobilização de recursos, através dos quais o indivíduo irá empreender esforços cognitivos e comportamentais para gerir as exigências internas ou externas que resultam da interacção com o meio ambiente. (Lazarus & Folkman, 1984).

Os profissionais de saúde, em especial os profissionais de enfermagem, têm vindo a ser considerados dos mais expostos a situações indutoras de *stress* que, potenciando danos físicos e psicológicos, são indirectamente responsáveis pela diminuição da qualidade dos serviços (Glazer & Gyurak, 2008; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Santos, Barros & Carolino, 2010).

1-Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; Faculdade de Psicologia (UL); 2-Centro Hospitalar Lisboa Central; 3-Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

O desempenho de funções na área da oncologia, com as características que lhe são inerentes, como: tratamentos prolongados e agressivos com efeitos colaterais; cirurgias mutilantes; o sofrimento e sentimentos de medo, desespero e pânico dos doentes; e a morte, têm sido evidenciados como factores de *stress* e associados ao sofrimento psíquico do profissional de enfermagem em oncologia (Ekedahl & Wengstrom, 2007). Na investigação sobre estratégias de *coping* em enfermeiros em oncologia, Ekedahl e Wengstrom (2006) constatarem a utilização preferencial de três categorias de estratégias de *coping*, nomeadamente: a preservação (*i.e* demarcação de fronteiras ou limites em relação ao envolvimento em situações causadoras de *stress*), a reconstrução (*i.e* acções (*p.e.* a supervisão) que permitem a reconstrução de identidade equilibrada) e a reavaliação (*i.e.* re-análise de situações em termos de significado e de alternativas de resolução). Cuidar do doente oncológico da Cirurgia de Cabeça e Pescoço é especialmente ameaçador do equilíbrio do enfermeiro. Para além de constituírem a sexta causa de morte por cancro (Alvarenga, et al. 2008) estes tumores alteram a qualidade de vida do doente pois são causadores de deficiências a vários níveis, podendo comprometer a integridade funcional e estética e provocar perturbação psicológica, ocupacional, e do estilo de vida (Semple, Dunwoody, Kernohan, McCaughan & Sullivan, 2008)

Apesar da constatação empírica do potencial de *stress* nestes profissionais não foram encontradas, na revisão de literatura que precedeu estes estudo, investigações sobre *stress* ocupacional em enfermeiros de oncologia a exercerem funções na área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. No sentido de colmatar essa falta definiu-se como objectivo geral desta investigação: identificar factores indutores de *stress* e estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros em oncologia, no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 96 enfermeiros do serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço; 44 do Instituto Português de Oncologia de Lisboa,; 21 do Instituto Português de Oncologia Coimbra; e 31 do Instituto Português de Oncologia Porto. A amostra é maioritariamente do sexo feminino ($n=79$; 82,29%); a média de idade é de 31,09 anos (*d.p.* 6,7); 44,8% são casados ou vivem em união de facto, 53,1% são solteiros ; maioria (68,8%) não tem filhos; exercem funções na área da oncologia em média há 7 anos e 8 meses, (mínimo 5 meses e máximo 30 anos). No que diz respeito ao tempo de permanência no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, os enfermeiros exercem a sua actividade neste serviço em média há 6 anos e 6 meses (*d.p.* 5,5)

Material

Foram utilizados: o Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12) (Goldberg (1992) versão portuguesa de Laranjeira, 2008); o Inventário de Stressores Ocupacionais (Santos, 1999; 2007); o *Brief COPE* (Carver, 1997).

O Questionário de Saúde Geral-12 tem como principal objectivo a avaliação da percepção geral do indivíduo acerca da sua saúde (Laranjeira, 2008). Na presente investigação considerou-se somente a avaliação global do Questionário de Saúde Geral-12, ou seja os 12 itens, tendo-se obtido um valor de *Alfa de Cronbach* igual a 0.829.

O Inventário de Stressores Profissionais, é composto por 23 itens em duas sub-escalas (Dimensão Funcional e Dimensão Socio-emocional) e visa identificar numa escala de tipo Likert de 4 pontos, um conjunto de situações passíveis de desencadear *stress* nos profissionais de saúde (Santos, 1999; Santos, Barros e Carolino 2007. Para a Dimensão Funcional o valor do *Alfa de Cronbach* corresponde a 0.824. A Dimensão Sócio-Emocional apresenta um *Alfa de Cronbach* de 0,698, e embora não seja um valor tão elevado como para a outra dimensão, representa uma razoável consistência interna.

O *Brief-COPE* é constituído por 14 dimensões, com dois itens cada: *coping* activo; planeamento; reinterpretação positiva; aceitação; humor; apoio na religião; uso de suporte emocional; uso de suporte instrumental; auto-distração; negação; expressão de emoções; uso de substâncias; descomprometimento comportamental e culpabilização (Carver, 1997). A avaliação global do *Brief-COPE* neste estudo revelou uma boa consistência interna, com um *Alfa de Cronbach* de 0,872

RESULTADOS

No Quadro 1 pode observar-se que o valor de Saúde Geral da amostra está abaixo do ponto de corte indicando razoável a boa saúde (valores mais elevados revelam menor qualidade de saúde geral). No entanto considerando a estatística descritiva das várias dimensões do questionário 30% dos inquiridos referiram sentir-se “tristes e deprimidos”.

Quadro 1: Avaliação do *score* geral do Questionário de Saúde Geral-12

Estatística Descritiva (N=96)					
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Ponto Médio
Score QSG-12	5	36	23,30	4,843	30

Resultados do Inventário de Stressores Profissionais- Os inquiridos consideram como “Muito Stressante”; a “Falta de reconhecimento social da profissão” (44,8%) e a “Baixa remuneração salarial” (51%). Como “Stressante” foram consideradas a: “Sobrecarga de trabalho” (52,1%), o “Espaço físico onde se desenvolve a profissão” (46,9%) e as “Situações de morte e/ou doença com carácter

emocionalmente negativo” (46,9%). As situações consideradas “Pouco Stressante” pelos participantes no estudo foram a “Falta de recursos materiais nos serviços” (52,1%), os “Conflitos interpessoais com auxiliares” (52,1%) e o “Carácter rotineiro das tarefas” (51%).

Resultados do Brief-COPE- Em relação à análise descritiva do *Brief-COPE* observa-se que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos inquiridos foram o *Coping Activo* (e.g. Item 2 – “*Tenho direccionado os meus esforços em fazer algo para resolver a situação que me causa stress*” – 56,3%; o *Planeamento* (e.g. Item 14 – “*Tenho tentado encontrar uma estratégia sobre o que fazer*” – 47,9%; a *Aceitação* (e.g. Item 20 – “*Tenho vindo a aceitar a realidade do facto de esta situação estar a acontecer*” – 49%; a *Reinterpretação Positiva* (e.g. Item 17 – “*Tenho tentado encontrar algo de bom no que está a acontecer*” – 42,7%); e a *Auto-Distracção* (e.g. Item 1 – “*Tenho-me virado para o trabalho ou para outras actividades para afastar a minha mente dos assuntos que me causam stress*” – 39,6%.

Relativamente às correlações estabelecidas com o Questionário de Saúde Geral-12, verificou-se, que este questionário apresenta uma correlação significativa com a *Auto-Distracção* ($r=0,205$, $p=0,045$), com a *Negação* ($r=0,342$, $p=0,001$) e com o *Descomprometimento Comportamental* ($r=0,382$, $p=0,000$), numa orientação de pior saúde geral/valores aumentados de utilização recurso a estas estratégias. Não se verificou a existência de relação entre os factores sócio-demográficos (idade, tempo de exercício de funções em oncologia e tempo de exercício de funções no serviço) e os instrumentos de colheita de dados utilizados.

DISCUSSÃO

Verificou-se que a população em estudo apresenta, em média, moderados/bons valores de saúde geral. Porém, salienta-se que uma percentagem expressiva de enfermeiros tem-se sentido triste, deprimido e pressionado. Estes resultados confirmam estudos anteriores que referem que apesar de uma avaliação geral positiva quanto à sua saúde os enfermeiros apresentam frequentemente valores elevados relativamente a estados deprimidos ou de ansiedade (Moore & McLaughlin, 2003). Tal como acontece em estudos anteriores também na presente investigação se verificou uma correlação significativa negativa entre saúde geral e estratégias de *coping* de evitamento ou adiamento como *auto-distracção*, *Negação* e *Descomprometimento comportamental* (Coelho, Albuquerque, Martins, D’Albuquerque & Neves, 2008).

Em relação aos factores de risco psicossociais destacam-se os relacionados com “a baixa remuneração salarial” e a “falta de reconhecimento social da profissão”. Foram ainda considerados como stressantes por um número muito elevado dos sujeitos situações relacionadas com aspetos funcionais e organizacionais, como o espaço físico onde se desenvolve a actividade e a sobrecarga de trabalho, e situações relacionadas com aspetos emocionais, como o confronto com doença, morte ou outras de carácter negativo. Resultados similares foram encontrados por Gomes, Cruz e Cabanelas

(2009), Glazer e Gyurak, (2008), Isikhan, Gomez e Danis (2004). A valorização da carga de trabalho como *stressor*, pode prender-se com o tipo de cuidados prestados ao doente oncológico, com o número insuficiente de enfermeiros na prestação de cuidados, e com o facto de os enfermeiros desempenharem funções fora do seu âmbito de trabalho (p.e. funções administrativas ou funções do foro social). Em relação aos espaços físicos nas instituições de saúde, estes tendem a ser pouco ergonómicos, isto é, pouco adaptados às necessidades dos profissionais de saúde, mas também pouco adequadas às necessidades dos utentes, o que interfere com a dinâmica de trabalho dos profissionais de enfermagem. No que diz respeito ao tipo de estratégias de *coping* mais utilizadas pelos enfermeiros neste estudo, foram mais utilizadas, o *Coping* Activo, o Planeamento, a Aceitação, a Reinterpretação Positiva e a Auto-Distracção. A estratégia menos utilizada pelos enfermeiros é o Uso de Substâncias. O *Coping* Activo e o Planeamento são estratégias de *coping* que visam essencialmente resolver o acontecimento/situação *stressor*. Do mesmo modo, no estudo de Isikhan, Gomez e Danis (2004) as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos enfermeiros em oncologia recaíram em acções de reavaliação do potencial *stressor* e na elaboração de formas de resolução. A Aceitação, a Reinterpretação Positiva e a Auto-Distracção, são estratégias de *coping* focadas na emoção. Rodrigues e Chaves (2008) constataram que o *coping* focado na emoção é o mais utilizado pelos enfermeiros em oncologia. Quanto à estratégia de *coping* Aceitação, representa um padrão de resposta essencialmente caracterizado por uma aceitação resignada da situação stressante, que passa a não interfere com o bem-estar do indivíduo. Este resultado é contrário ao encontrado por McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) num estudo com enfermeiros portugueses, no qual a Aceitação constitui uma das estratégias menos utilizadas. A Reinterpretação Positiva, que se encontra relacionada com a tentativa do indivíduo reestruturar o acontecimento *stressor*, tendo por objectivo encontrar aspectos mais favoráveis, foi também, identificada no estudo de Rodrigues e Chaves (2008) como a estratégia de *coping* focada na emoção, mais utilizada nos enfermeiros em oncologia. O recurso à Auto-Distracção é frequentemente expresso no envolvimento em actividades com o intuito de evitar o evento *stressor*. Embora possa ter um carácter positivo a utilização sistemática e exclusiva desta estratégia pode afastar o enfermeiro da realidade que ele tem que confrontar no seu dia-a-dia e não permitir estratégias mais activas de resolução. Resultados semelhantes foram encontrados por Avellar, Iglesias e Valverde (2007) no seu estudo sobre sofrimento psíquico com enfermeiros em oncologia.

Relativamente às limitações do estudo, relacionam-se sobretudo com a pequena dimensão da amostra em estudo.

Considera-se que os resultados obtidos poderão constituir um contributo importante para a compreensão dos factores de *stress* ocupacional em enfermagem oncológica, para o desenvolvimento de acções de prevenção de reacções adversas na saúde e de promoção do bem-estar dos profissionais de enfermagem, e consequentemente para qualidade dos serviços prestados ao doente.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga, L. M., Ruiz, M. T., Pavarino-Bertelli, E. C., Ruback, M. J. C., Maniglia, J. V., & Goloni-Bertollo, E. M. (2008). Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern São Paulo State. *Revista Brasileira Otorrinolaringolologia*, 74 (1), 68-73.
- Avellar, L. Z., Iglesias, A., & Valverde, P. F. (2007). Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, 12 (3), 475-481.
- Cox, T., Griffiths, A. J., & Rial-González, E. (2005). *El estrés relacionado con el trabajo*. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en Trabajo. Obtido a 23/5/2011. Disponível em <http://osha.europa.eu/es/publications/reports/203>.
- Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.
- Coelho, J. A. P. M., Albuquerque, F. J. B., Martins, C. R., D'Albuquerque, H. B., & Neves, M. T. S. (2008). Coping em Jovens frente à Expectativa de Inserção Ocupacional e Indicadores de Depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (4), 527-534.
- Ekedahl, M., & Wengstrom, Y. (2006). Nurses in cancer care-Coping strategies when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 128-139.
- Gomes, R., A., Cruz, J., F., & Cabanelas, S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (3), 307-318.
- Glazer, S., & Gyurak, A. (2008). Sources of occupational stress among nurses in five countries. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 49-66.
- Goldberg D. (1992). *General Health Questionnaire* (GHQ-12). NFER-Nelson: Windsor.
- Isikhan, V, Gomes, T., & Danis, Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8 (3), 234-244.
- Laranjeira, C. A. (2008). General health questionnaire-12 items: adaptation study to the Portuguese population. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17 (2).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York:Springer.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17, 513-527.
- Moore K, McLaughlin D., (2003). Depression: the challenge for all healthcare professionals. *Nursing Stand*.12-18; 17(26):45-52.

- National Institute for Occupational Safety and Health (2008). *Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals*. Publication N 136. Obtido em 8 de Novembro 2010. Disponível em <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/>.
- Observatório Europeu dos Riscos (2008). *Aumenta o número de pessoas que enfrentam riscos psicossociais no trabalho*. Obtido a 20 de Maio de 2011. Disponível em http://osha.europa.eu/pt/press/press-releases/news_article.2008-01-30_stress.
- Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (1), 24-28.
- Santos, M.C. (1999). *Stress ocupacional numa amostra de profissionais de saúde das áreas laboratoriais – construção de uma escala de Stressores ocupacionais*. Unpublish study. Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa.
- Santos, M. C., Barros, L., & Carolino, E (2010). Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physiotherapy*, 96, 303-310.
- Semple C.J., Dunwoody L., Kernohan W.G., McCaughan E., & Sullivan K. (2008). Changes and challenges to patients' lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (1), 85-93.

AS CRENÇAS RELIGIOSAS NO SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA DO IDOSO

SUSANA SANTOS, SOFIA VON HUMBOLDT & CLÁUDIA CARVALHO

As crescentes preocupações em sensibilizar a sociedade para a questão do envelhecimento estão patentes nos esforços desenvolvidos quer a nível nacional com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas decorrente das orientações contidas no Plano Nacional de Saúde, como a nível Europeu, com a instituição do ano de 2012 como sendo o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações com o propósito claro de incentivar os responsáveis a estabelecerem objectivos e a tomar medidas para os alcançar (DGS, 2007). O envelhecimento activo pode proporcionar aos idosos a oportunidade de, no futuro, permanecerem participativos na sociedade e no mercado de trabalho e partilharem as suas experiências, e de viverem uma vida saudável e gratificante (DGS, 2007). Torna-se relevante então identificar os factores que levam a que o indivíduo idoso tenha comportamentos ajustados e adaptativos no seu dia-a-dia.

Cícero (106 a.C.), foi provavelmente o primeiro a realizar um ensaio sobre a questão do envelhecimento, *“De Senectute”* (44 a.C.). A adultícia avançada foi aí caracterizada como um fenómeno muito variável de indivíduo para indivíduo, tendo sido em simultâneo, assinalada, como um período que pode oferecer numerosas oportunidades de crescimento pessoal (Fontaine, 2000). Segundo Martins e Rodrigues (2004), no “mundo civilizado” de hoje, esta etapa é observada como uma doença incurável e como um declínio inevitável, que está votado ao fracasso. Efectivamente, o envelhecimento não é um estado mas um processo de degradação progressiva e diferencial que afecta todos os organismos. O seu termo é a morte, sendo impossível assinalar o seu começo, dado que de acordo com o ângulo em que é perspectivado (e.g., biológico, psicológico ou social), varia individualmente a sua velocidade e gravidade, (Fontaine, 2000). O indivíduo idoso, por sua vez, poderá sentir necessidade de mobilizar as suas capacidades adaptativas para fazer face a estas mudanças nos papéis sociais e proceder a uma redefinição da sua identidade social e do próprio sentido da sua vida (Fonseca, 2005). A discriminação de que os idosos são alvo constitui mais um obstáculo a ultrapassar por esta comunidade, e pela sociedade (Ferreira & Novo, 2006).

As pessoas idosas são hoje em dia, segundo Nelson (2005), vítimas de um estereótipo denominado “*ageism*” ou “idosismo”, frequentemente encarados como inúteis e infantilizados, que o idoso pode interpretar como indicativo da sua nova condição de indivíduo dependente e passivo (Nelson, 2005).

Estas atitudes negativas relativamente aos idosos prendem-se com a ideia estereotipada de que estas pessoas têm necessariamente deficits nas suas habilidades cognitivas e que por isso mesmo, necessitam de outro tipo de comunicação, mais simples e mais lenta, “*baby talk*” (Nelson, 2005). Segundo Novo (2000), os aspectos psicológicos do envelhecimento estão ligados a um conjunto de tarefas tais como o assimilar de uma imagem diferente de si próprio e aceitar um papel diferente no plano social. O envelhecimento traz consigo a eventualidade de experiências de separação, de solidão, e de desvalorização cultural que requerem esforços adaptativos particularmente difíceis, segundo esta autora. Assim, o grande desafio nesta etapa de vida reside na mobilização dos recursos psicológicos necessários para proceder a uma adaptação a este conjunto de perdas, com a manutenção de um narcisismo saudável compatível com a vida e as relações interpessoais (Novo, 2000). O fenómeno do envelhecimento afecta os vários níveis da nossa sociedade, de maneira que nos planos médico, biológico e psicológico, os investigadores continuarão por razões teóricas e empíricas, a estudar intensivamente o envelhecimento, a fim de melhor compreenderem os seus mecanismos. Num plano mais geral, o desafio fundamental reside em explorar o aumento da esperança de vida, mas também que esta seja vivida com qualidade e bem sucedida (Fontaine, 2000). Respostas adaptativas e ajustadas aos desafios por parte dos idosos, são cruciais para um envelhecimento saudável e activo definido pela OMS como o processo de optimização de oportunidades para as pessoas idosas ao nível da saúde, participação e segurança, de modo a aumentarem a sua qualidade de vida (OMS, 2002). Tendo em conta que estas respostas variam individualmente, torna-se pertinente o estudo dos mecanismos que vão facilitar a adaptação por parte dos idosos aos desafios com que se deparam nesta altura das suas vidas, nomeadamente as Crenças Religiosas e o Sentido Interno de Coerência (SIC).

Há duas ou três décadas, ciência e religião, eram campos historicamente opostos, na cultura ocidental, devido ao seu apego a um pensamento linear, causal e simplista, ao encantamento pelos avanços tecnológicos e à sua crença numa filosofia empirista – em síntese, a adição ocidental ao positivismo estrito. Estas características configuraram um conjunto de condições que, proporcionaram o isolamento e estimularam os conflitos entre a religiosidade e o pensamento científico (Sousa, Tillmann, Horta, & Oliveira, 2004).

Alternativamente, numa perspectiva oriental, permanece a tradição de uma visão de totalidade inter-relacionada, entre a religião e a ciência, que acabou por influenciar as demais áreas do conhecimento como a psicologia, contribuindo para unir todas as áreas do conhecimento, das ciências exactas às humanas e por último, a ciência à espiritualidade (Cavalcanti, 2004). Assim,

afirmar que a religiosidade de uma pessoa afecta o seu corpo, a sua mente, a sua interacção com os outros, além do seu espírito, tornou-se parte da linguagem comum, embora ainda seja, em alguns círculos, motivo para desconfiança e inquietação (Sousa, Tillmann, Horta, & Oliveira, 2004).

O aumento da esperança de vida entre os idosos levou a uma proliferação de estudos sobre o bem-estar na adultícia avançada que têm enfatizado o importante papel que a religiosidade desempenha como um recurso utilizado pelos mais idosos para melhor lidar com os vários desafios com que se deparam nesta altura das suas vidas, especialmente quando confrontados com situações de doença (Duarte & Wanderley, 2011). É comum ouvir na prática clínica expressões como “vou melhorar se Deus quiser” ou “é preciso ter fé”, expressões que remetem para uma ligação com a religião e que acarretam consigo, optimismo e esperança na melhoria do estado de saúde. A referida “fé” tem-se demonstrado de extrema importância pois pode ajudar o paciente idoso, nomeadamente, a suportar tratamentos invasivos, a alimentar-se quando não tem apetite algum ou a permitir a aceitação da ajuda de um psicólogo, o que indica o desejo de se sentir melhor e o agir em conformidade para que isso aconteça (Duarte & Wanderley, 2011). As crenças religiosas constituem uma parte importante da cultura, dos princípios e dos valores utilizados por cada indivíduo para dar forma a julgamentos e ao processamento de informação, dado que as suas crenças e inclinações perceptivas podem fornecer ordem e compreensão a eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis (Peres, Simão, & Nasello, 2007).

Antonovsky desenvolveu a Teoria Salutogénica enquanto conduzia um estudo epidemiológico sobre os problemas na menopausa de mulheres em Israel, que tinham sobrevivido aos campos de concentração da Segunda Grande Guerra Mundial. Este autor verificou que entre, dentro destas mulheres, existia um grupo que, apesar de terem passado por inúmeras privações e dificuldades, mantinham a capacidade de manter uma boa vida e boa saúde (Eriksson & Lindstrom, 2006). A partir da concepção inicial de que a saúde e a doença se encontram num mesmo *continuum*, Antonovsky começou por analisar os factores que poderiam estar implicados no movimento ao longo do mesmo. Dedicou igualmente atenção aos recursos disponíveis para lidar com o amplo leque de factores stressores e patogénicos (Antonovsky, 1987). Mais especificamente, os Recursos Generalizados de Resistência (RGR), podem ter várias origens (Langeland, Wahl, Kristoffersen, & Hanestad, 2007), (e.g., física e bioquímica) e a possibilidade de uma ligação entre os RGR e o *coping* de forma positiva, com a tensão através de mecanismos imuno-potenciadores; materiais (e.g., comida, vestuário e alojamento); cognitivos e emocionais (e.g., sabedoria, inteligência e auto-identidade e gestão eficaz das emoções); juízos de valor (e.g., atitudes, tais como estratégias de adaptação caracterizadas pela racionalidade, flexibilidade, visão, acção activa); interpessoais, sendo que as pessoas que têm laços próximos com as outras pessoas, abordam situações de tensão mais facilmente do que aqueles que não têm esta característica nos seus relacionamentos; e aspectos macro-sociais, sendo que a cultura em que o indivíduo está inserido, lhe confere um lugar no

mundo, com a preocupação de promover a saúde e onde os RGR estão disponíveis em diversos níveis.

Se um indivíduo dispõe destes recursos, poderá lidar de forma adaptativa e ajustada face aos desafios da vida (Antonovsky, 1987). Mais importante que estes recursos propriamente ditos, é a capacidade para os utilizar de uma maneira adequada, o que vai depender de outro conceito-chave da Teoria Salutogénica de Antonovsky, o SIC de cada indivíduo.

O SIC pode ser definido como uma orientação generalizada para o mundo e/ou para a vida, referente a uma grande variedade de estímulos, passados e futuros, que expressam em que medida o indivíduo percebe as experiências de vida, como dinamicamente compreensíveis, geríveis e com significado, correspondendo assim estes três aspectos às três dimensões do SIC: Compreensibilidade ; Gestão (“*Manageability*”) e Significância (“*Meaningfulness*”) (Antonovsky, 1987).

É importante salientar que o SIC não deve ser encarado como uma estratégia de *coping* nem como um determinante de padrões de comportamentos específicos. Deve-se no entanto enfatizar o papel determinante na percepção e interpretação que se faz das experiências de vida. Desta forma, um indivíduo que revele um SIC elevado poderá vir a utilizar estratégias de *coping* mais adaptativas e adequadas a determinada situação (Langeland et al., 2007).

Antonovsky (1987) salienta, que o SIC é uma orientação que começa a emergir a partir da infância, adolescência e no início da idade adulta. O autor ressalva, contudo, que é possível que esta orientação se modifique durante a idade adulta, admitindo uma certa maleabilidade, não obstante considerar que, na idade adulta, este já se encontraria estabilizado em determinado ponto do *continuum*.

A partir da questão inicial: “de que forma as crenças religiosas são relevantes no contexto do idoso?”, decorreu a investigação (revisão de literatura, selecção dos instrumentos, recolha dos dados e análise quantitativa).

MÉTODO

Esta investigação consiste num estudo exploratório, quanto à importância das crenças religiosas no sentido interno de coerência do indivíduo idoso, e baseia-se numa abordagem quantitativa. Os constructos e as variáveis foram operacionalizados a partir dos instrumentos edificados pelos autores que desenvolveram os referenciais teóricos que lhes estão subjacentes.

Participantes

A amostra é constituída por 123 idosos com idades compreendidas entre os 74 e os 96 anos. Os critérios de exclusão de acordo com os objectivos e delineamento já apresentados, foram estabelecidos a saber: indivíduos com idade inferior a 74 anos, com comprometimento das capacidades cognitivas e que estejam institucionalizados.

Material

No presente estudo foram utilizados o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o Questionário Sócio-demográfico e a Escala de Sentido Interno de Coerência.

O MEEM foi validado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, e Garcia, (2004), (Pereira, Costa, Andrade, & Miranda, 2007), e avalia diferentes parâmetros cognitivos, tendo sido desenvolvido por Folstein, Folstein e Mchugh (1975). O questionário sócio-demográfico utilizado foi desenvolvido, tendo em consideração a faixa etária da amostra e, portanto, envolve questões relativas a parâmetros demográficos (sexo, idade, estado civil, área de residência, ocupação profissional ou de actividades e agregado familiar), condições de vida específicas e percepções pessoais sobre a situação económica e religião. A Escala de Sentido de Coerência – SIC de Antonovsky destina-se a avaliar o grau interno de coerência dos participantes no estudo e inclui a avaliação de três componentes fundamentais: i) a Compreensibilidade; ii) a Gestão; e iii) a Significância. A versão Portuguesa desta escala foi desenvolvida por Nunes (1999).

Procedimento

Várias instituições direccionadas para esta população foram contactadas, assim como contactos directos com idosos em domicílio próprio foram efectuados, constituindo-se assim uma amostra de conveniência em que os idosos, depois de garantida a confidencialidade e anonimato dos dados, receberam a explicação do âmbito e objectivos do estudo.

RESULTADOS

Os resultados preliminares deste estudo indicam que as crenças religiosas apresentam um efeito diferenciado nas três dimensões do SIC dos idosos, sendo assim pertinente para um envelhecimento saudável no contexto do indivíduo idoso.

Assim, os idosos com crenças religiosas apresentam o valores mais elevado para a dimensão ‘gestão’ (M=6.2), um valor médio de 3.6 para a dimensão ‘compreensibilidade’ e um valor moderado de 3.7 para a dimensão ‘significância’. Vários estudos demonstram que o conhecimento

e a valorização dos sistemas de crenças dos doentes, promovem a aderência do indivíduo aos tratamentos, assim como melhores resultados nas intervenções. As práticas religiosas podem ter uma influência importante na maneira como as pessoas interpretam eventos traumáticos e lidam com eles, promovendo percepções resilientes e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência, o amparo para superação da dor psicológica e a auto-confiança em lidar com as adversidades (Peres, Simão, & Nasello, 2007).

Por outro lado, neste estudo, os idosos que indicaram não possuir crenças religiosas apresentaram níveis aproximados na ‘significância’ ($M = 3.5$) e inferiores na dimensão ‘compreensibilidade’ ($M = 3.0$), e na dimensão ‘gestão’, ($M = 2.8$). De notar que o efeito das crenças religiosas na dimensão ‘compreensibilidade’ nos idosos não é elevado ($|M_{SIC}| = 0.6$) como no caso dos idosos com crenças religiosas, mas relativamente próximo. Paralelamente, verificou-se que, na dimensão ‘gestão’, o diferencial de valor absoluto é superior ($|M_{SIC}| = 3.4$). No caso da dimensão ‘significância’ verificou-se uma diferença de valor absoluto reduzida ($|M_{SIC}| = 0.2$). De notar que em todas as dimensões, se verificou uma alteração positiva do SIC, com destaque para a dimensão ‘gestão’. O papel das diferentes crenças religiosas têm-se destacado como uma variável capaz de contribuir para a promoção de saúde e manutenção do bem-estar dos idosos, seja por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou das regras de conduta moral e espiritual que cada uma delas estabelece (Cardoso & Ferreira, 2009).

Adicionalmente, Wiesmann, Niehorster e Hanngh (2009), corroboram a hipótese salutogénica de que o SIC de pessoas mais idosas está associado com os RGR. Ao examinar o impacto simultâneo de 19 recursos no SIC, foi descoberto que este estava significativamente relacionado com cinco variáveis individuais: uma orientação optimista perante a vida, elevada auto-estima, reduzidos níveis de humor depressivo, elevada auto-eficácia e elevadas expectativas face ao apoio social de que dispõe. Os resultados desta investigação vêm confirmar o facto do SIC constituir uma variável crucial para a manutenção da saúde psicológica dos idosos, aumentando a sua autonomia e o seu bem-estar.

REFERÊNCIAS

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco : Jossey Bass Publishers.
- Cardoso, M. C. S., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento Religioso e Bem- Estar Subjectivo em idosos. *Psicologia Ciencia e Profissão*, 29(2), 380-393.
- DGS, (2007). *National Programme for the Health of the Elderly*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Duarte, F. M., & Wanderley, K. S. (2011). Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 49-53.
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.
- Ferreira - Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 65-77.
- Folstein, M., Folstein, S., & Mchugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric research*, 12, 189-198
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., & Hanestad, B. R. (2007). Promoting Coping: Salutogenesis Among People With Mental Health Problems. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 275 -295.
- Martins, R. M. L., & Rodrigues, M. L. M. (2004). Estereótipo sobre idosos: uma representação gerontofóbica. *Educação, ciência e tecnologia*, 249-254.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207-221.
- Novo, R. (2000). *Para Além da Eudaimonia. O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Nunes, L. A. S.(1999). *O Sentido de coêrencia: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Consultado a 10 de Outubro de 2011 através de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Peres, J. F.P., Simão, M. J. P., & Nasello, A. G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psicologia Clínica*, 34(1), 136-145.
- Sousa, P. L., Tillmann, L. A., Horta, C. L., & Oliveira, F. M. (2004). Espiritualidade e Qualidade de Vida. In Teixeira, E. F. Müller, M. C. Silva, J. D. *A religiosidade e suas interfaces com a Medicina, a Psicologia e a Educação: o estado da arte*, (pp.53-67). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Wiesmann, U., Niehorster, G., & Hannich, H. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic perspective. *British Journal of Health Psychology*, 14, 767-787.

**SOFRIMENTO PSÍQUICO DECORRENTE DA EXPOSIÇÃO AO
BULLYING/CYBERBULLYING EM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO E SEUS
EFEITOS SOBRE O RENDIMENTO – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A
PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL EM CONTEXTO ACADÊMICO**

JULIANA DE LIMA DA SILVA 1, SUELY APARECIDA DO NASCIMENTO MASCARENHAS 1 &

JOSÉ MARIA AVILÉS MARTINEZ 2

Este estudo parte de uma investigação mais ampla vinculada ao Grupo Multidisciplinar de Pesquisa em Educação, Psicopedagogia e Psicologia Escolar, *Linha de Pesquisa: Gestão do Bullying e do Mobbing – Educação Para a Paz e a Cidadania* - UFAM/CNPq a partir da pesquisa apoiada pelo processo 575723/2008-4 CTAmaz/CNPq, aprovada por unanimidade pelo CEP UFAM CAEE nº 0073.9.115.000-09 em 10 de junho de 2009. É também é uma ação realizada ao abrigo do PIB-H 007/FAPEAM/2011-2012.

Atualmente muito se tem ouvido falar sobre bullying/cyberbullying em escolas e centros educacionais de todo o mundo, bem como as consequências que este fenômeno pode gerar para a saúde e o bem-estar psicológico e emocional dos protagonistas envolvidos. Porém se formos pensar no contexto universitário, constataremos que estudos sobre o bullying/cyberbullying no meio acadêmico ainda são raros, principalmente no Brasil, onde as principais pesquisas encontram-se relacionadas a crianças e adolescentes.

Justificando o nosso interesse não só em estudar o bullying/cyberbullying, mas também divulgar a realidade presenciada por muitos contextos universitários brasileiros, afim de que possam ser aportadas informações úteis para a tomada de decisões no sentido de apoiar os serviços de orientação aos estudantes visando contribuir para o melhoramento do bem estar psicológico neste cenário, principalmente porque o Brasil possui uma enorme heterogeneidade cultural e social. Orientação educativa neste domínio pode contribuir para a promoção do respeito à diversidade, reduzindo atos de violência como o bullying/cyberbullying, que de acordo com Silva e Mascarenhas (2011a) violam o direito básico ao bem-estar psicossocial e à convivência social e ética no ensino superior.

1-Universidade Federal do Amazonas; 2- Universidad de Valladolid.

Caracterização do fenômeno bullying/cyberbullying

A palavra bullying é derivada do verbo inglês bully que significa usar a superioridade física para intimidar ou maltratar alguém, segundo Fante (2005) é adotada em muitos países para definir o desejo consciente e deliberado de maltratar outra pessoa e colocá-la sob tensão. De forma que pode ser considerado um fenômeno social, que atualmente atinge milhares de pessoas em todo o mundo, que se não forem tratadas correm o risco de desenvolver traumas e seqüelas psicológicas e emocionais ao longo da vida. O que ocorre principalmente por sua capacidade de deixar marcas profundas nos envolvidos nas situações de intimidações, marcas estas que segundo Fante (2005) afetarão o comportamento e a construção dos pensamentos e de inteligência, gerando sentimentos negativos e pensamentos de vingança, baixa autoestima, dificuldades de aprendizagem, queda no rendimento escolar. Sendo um fator de risco para outros fenômenos como o estresse a ansiedade e a depressão, que segundo Silva, Moraes, Mascarenhas e Ribeiro (2010) são fenômenos que influenciam na produção e desempenho acadêmico dos estudantes, pois debilitam a capacidade de raciocínio, memorização, motivação e interesse do estudante com relação ao processo de estudo-ensino-aprendizagem. É claro que nem todos aqueles que sofrem ou sofreram bullying irão desenvolver esses problemas, sobretudo porque cada pessoa tem uma forma de lidar com as agressões sofridas, o que significa que estão mais propensos a desenvolverem esses distúrbios aqueles que estão com sua autoestima e o bem estar comprometidos, afetando a capacidade de resiliência da pessoa, que de acordo com Carmello (2008) é um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam aos indivíduos manifestarem o máximo de inteligência, saúde e competência em ambientes de complexidade, instabilidade e pressão.

Dessa forma os indivíduos vítimas do bullying/cyberbullying precisam desenvolver sua capacidade de resiliência constantemente, sobretudo porque este fenômeno é caracterizado por situações de intimidação e violência ocorridas de forma repetida durante um longo período de tempo, podendo ser praticado por um ou mais indivíduos sobre uma vítima que geralmente está em desvantagem de poder perante seus agressores. O que faz com que esses indivíduos sejam alvos constantes de agressões que podem ser diretas ou indiretas. Sendo que a primeira é caracterizada por ações físicas como bater, empurrar, dar socos ou pontapés; diferentemente da segunda hipótese caracterizada por situações de intimidações mais subjetivas como espalhar boatos ou fofocas, colocar apelidos ofensivos, recusar-se a se relacionar com a vítima/alvo dentre outros.

As intimidações podem ocorrer tanto dentro da universidade, quando agressores e vítimas têm seus confrontos nas salas de aula, corredores, pátios, entre outros, quanto fora dela, principalmente quando as agressões ocorrem na rua, próximo à universidade ou ainda virtualmente através de sites na internet ou mensagens de texto enviadas pelo celular. O que caracteriza uma nova modalidade de se cometer bullying, atualmente denominada cyberbullying, onde os agressores se utilizam das novas tecnologias

de comunicação para infligir atos de violência em suas vítimas, causando danos que em alguns casos podem ser maiores do que os sofridos pelo bullying presencial. Sobretudo porque no meio virtual as agressões tornam-se mais abrangentes, tendo em vista que não são possíveis de controlar espalhando-se rapidamente, o que torna praticamente impossível se descobrir quem é realmente o agressor.

De acordo com Faustino e Oliveira (2008) esse tipo de agressão pode causar também prejuízos à socialização, pois as vítimas tendem a se isolar como forma de se proteger de novos ataques. Principalmente porque as intimidações não se concentram mais apenas no ambiente acadêmico e sim em praticamente todos os lugares, basta que as pessoas tenham acesso às novas formas de comunicação para que violências sejam cometidas contra as vítimas/alvos. O que evidencia que tanto o bullying virtual quanto o presencial são capazes de gerar inúmeros danos aos envolvidos no círculo de intimidações, sejam elas vítimas, testemunhas ou os próprios agressores, todos precisam de atendimento especializado, a fim de minimizar os riscos para o surgimento de distúrbios e psicopatologias que poderão afetar esses indivíduos e todos aqueles à sua volta por um período de tempo indeterminado.

O bullying/cyberbullying e seus efeitos sobre o rendimento acadêmico

Para ter uma boa formação acadêmica os estudantes universitários precisam estar em boas condições tanto físicas quanto psicológicas ao desenvolverem as atividades de estudo-aprendizagem relacionadas ao seu curso. Porém se estes são vítimas de bullying/cyberbullying, tendo suas condições físicas e psíquicas abaladas, provavelmente seu desempenho na universidade sofrerá danos. O rendimento ou desempenho de um estudante deve-se a uma multiplicidade de fatores relativos ao contexto social, ao ambiente familiar e escolar, que atuam de forma conjunta. Sendo que se algo não vai bem em um destes contextos, possivelmente isto irá ser representado no rendimento dos estudantes.

Diante de tal concepção, neste estudo levamos em consideração o ambiente acadêmico como sendo um fator determinante na aprendizagem e desempenho dos estudantes, principalmente no que se refere às relações interpessoais, que podem ser positivas e ajudar na construção de um bom desempenho ou negativas, como é o caso das vítimas do bullying/cyberbullying, sendo prejudiciais para o bom rendimento.

Isso acontece porque para conseguir exercer com êxito as suas atividades os estudantes precisam, entre outros fatores, sentir que o ambiente na universidade é favorável para isso, ou seja, se este se sente bem na universidade e tem uma boa relação com colegas e professores, pautada pela amizade, cordialidade e respeito, livre de situações constrangedoras e intimidações e violências, provavelmente se sentirá mais capaz, aceito, apoiado e motivado para dedicar-se ao seu curso e às atividades típicas da vida na universidade.

Desta forma, entende-se que é de responsabilidade das universidades assegurar um ambiente seguro, livre de fenômenos como o bullying/cyberbullying, pois o ambiente universitário é feito da diversidade do humano, da nossa cultura, das ideologias e origens históricas. É rico em diferenças que devem ser acolhidas, reconhecidas, valorizadas e apoiadas como uma estratégia pedagógica para a formação de nossos estudantes.

Estratégias de intervenção para a promoção do bem-estar psicossocial em contexto acadêmico

Conforme já relatado o bullying/cyberbullying pode gerar inúmeros danos ao bem-estar dos estudantes, sendo dever das instituições educacionais promoverem ações de intervenção psicopedagógicas capazes de melhorar a realidade das relações interpessoais entre estudantes universitários, como programas de educação para a paz, direitos humanos e cidadania.

Sobretudo porque é através de valores como o respeito à diversidade que se constroem comportamentos éticos e solidários nos quais as pessoas tornam-se capazes de resolverem seus conflitos sem utilizar-se de qualquer tipo de violência. Segundo Fante (2005) o diálogo, o respeito e as relações de cooperação precisam ser valorizados e assumidos por todos os envolvidos no processo educacional. Dessa forma cada instituição educacional deve analisar as relações interpessoais de seus alunos, e a partir deste diagnóstico promover ações psicopedagógicas que se adéquem à sua realidade visando assegurar um ambiente acadêmico caracterizado pelo apreço e respeito às diferenças e de bem-estar psicossocial.

Este estudo tem como objetivo analisar o sofrimento psíquico sofrido por uma amostra de estudantes universitários vítimas de bullying/cyberbullying no Brasil, bem como o quanto este sofrimento pode afetar o rendimento acadêmico dos estudantes universitários

MÉTODO

Considerando os objetivos deste estudo optamos pelo enfoque quali-quantitativo, transversal, com amostra representativa composta por estudantes de três universidades do Brasil. A opção por este enfoque deve-se a tentativa de adequar-se a um novo paradigma de pesquisa em ciências humanas. Tendo em vista que são cada vez mais comuns estudos que levam em consideração tanto aspectos qualitativos quanto quantitativos, o que para muitos autores é considerado como um avanço no campo da metodologia, sobretudo porque em uma pesquisa científica não se recomendam posicionamentos radicais.

Participantes

Esta pesquisa possui amostra de 1442 estudantes, 55% do sexo feminino, 37,1% do sexo masculino e 7,8% não informaram, com idade entre 18 e 64 anos. Destes 77,8% são acadêmicos da UFAM –

Universidade Federal do Amazonas, distribuídos em seis campi da universidade; 14% são da UNIR – Universidade Federal de Rondônia, matriculados em cinco campi; 8,2% são da UFGD – Universidade Federal Grande Dourados.

No que diz respeito ao rendimento acadêmico, referente ao último período cursado na ocasião da coleta dos dados, 3,9% afirmaram ter um baixo rendimento entre 0-5; 30,9% Médio - 5,1 a 7; 26,3% Alto - 7,1 a 8; 18,6% superior a 8; 20,3% não informaram.

Materia

Os dados foram coletados por meio da aplicação do Questionário sobre intimidação e maltrato entre iguais – universitários (QIMEI), Avilés (2005), tradução Mascarenhas (2007).

Procedimento

Os dados foram analisados e tratados com o apoio do SPSS versão 15.0 para o Windows, de acordo com os objetivos da pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados indicam diferenças com significação estatísticas verificadas conforme indicadores psicométricos observados a partir de análises com a variável de agrupação rendimento acadêmico nos itens:

Quantas boas amizades você tem na universidade? $F= 15,519$ e $p= 0,00$, onde 8,1% relataram não ter nenhuma amizade. Evidenciando que de alguma forma estes estudantes não estão relacionando-se com seus colegas de curso, o que de certa forma pode prejudicá-los em suas atividades acadêmicas, pois os vínculos que estabelecemos na universidade, sejam com professores, funcionários ou estudantes, podem auxiliar nas atividades relacionadas ao curso e consequentemente influenciar no rendimento.

Quantas vezes você sentiu-se só no intervalo porque teus/tuas colegas não queriam estar contigo? $F= 25,343$ e $p= 0,00$, em que 5,7% afirmaram sentir-se sozinhos muitas vezes. O que caracteriza o bullying indireto, onde são utilizadas estratégias mais dissimuladas de intimidação, como a de isolar alguém do grupo. Característica que também foi identificada por Silva e Mascarenhas (2011b) em pesquisa realizada com $n=310$ estudantes universitários de Humaitá – AM.

Alguma vez sentiu medo de vir à universidade alguma vez? $F= 42,687$ e $p=0,00$, sendo que 21,9% disseram que já sentiram medo algumas vezes e 0,5% afirmaram sentir medo todos os dias. Situação que geralmente costuma acontecer aos estudantes vítimas de bullying, que para tentar livrar-se das

agressões deixam de frequentar o espaço acadêmico, o que pode influenciar em seu rendimento acadêmico.

O que sentes quando te acontece isso (agressões)? $F= 12,429$ e $p= 0,00$, onde 14,5% afirmaram preferir que esse tipo de situação não acontecesse e 2,2% disseram que se sentem mal e não sabem o que fazer para livrar-se das agressões. As vítimas do bullying sentem-se angustiadas e na maioria das vezes tentam utilizar diversas estratégias para livrar-se das agressões, como revidar as intimidações, a fim de demonstrar sua força ao agressor ou não fazer nada, na tentativa de que o agressor perca o interesse por intimidá-los, porém se isto não funciona, estes sentem-se impotentes, o que pode ocasionar outros fenômenos como a ansiedade, o estresse e até mesmo a depressão.

Em que turma/classe estão os estudantes que normalmente intimidam seus/suas colegas? $F= 6,530$ e $p=0,00$, 52,6% afirmaram que agressores e vítimas encontram-se na mesma turma ou classe. Geralmente os agressores procuram pessoas que estejam a sua volta, para infligir às intimidações, a fim de demonstrar seu poder aos colegas de classe e de certa forma dominá-los.

Quem normalmente para as situações de intimidação? $F= 3,760$ e $p= 0,05$, em que 29,5% disseram que ninguém para as situações de intimidação. Na maioria das vezes isso acontece por que as pessoas ainda entendem o bullying como sendo uma situação normal entre colegas de curso, fazendo com que ainda sejam poucas as intervenções. Sendo assim, para que esta realidade sofra mudanças é preciso que todos entendam que as agressões sofridas na universidade caracterizam situações de violência graves, que provavelmente deixaram marcas incorrigíveis nos envolvidos e um estado de sofrimento psíquico permanente.

DISCUSSÃO

De acordo com a análise dos dados desta pesquisa podemos constatar que os integrantes da amostra perceberam que o bullying/cyberbullying está presente em seus espaços acadêmicos, podendo gerar consequências a curto, médio e longo prazo. Principalmente no que se refere ao bem estar psicológico destes estudantes, que segundo Fante (2005) pode causar danos à personalidade, ao caráter e a autoestima de suas vítimas, manifestando seqüelas que pode se manifestar durante toda a vida.

A realidade evidencia a necessidade de uma intervenção psicopedagógica que possa auxiliar estes estudantes a superar os traumas sofridos durante as situações de intimidação. Tendo em vista que o espaço educacional também em lugar de aprendizado social e a instituição que reconhece e valoriza este aprendizado contribui para uma cultura da paz, o que segundo Silva e Mascarenhas (2011b) contribui para a ampliação das oportunidades de diálogo e de conhecimento mútuo, estimulando o clima de confiança e de espontaneidade, instituindo hábitos de respeito e aceitação mútua.

REFERÊNCIAS

- Carmello, E. (2008). *Resiliência: a transformação como ferramenta para construir empresas de valor*. São Paulo, Editora Gente.
- Fante, C. (2005). *Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*. Campinas, SP. (2 ed), Verus Editora.
- Faustino, R., & Oliveira, T. M. de. (2008). O cyberbullying no orkut: a agressão pela linguagem. *Língua, Literatura e Ensino*, volume (III), p. 183-193.
- Silva, J. de L. da., Morais, L. M. de., Mascarenhas, S. A. do N & Ribeiro, J. L. P. (2010). Diagnóstico da Ansiedade, Estresse e Depressão de Estudantes da UFAM – Desafios para o Serviço de Orientação Educativa da Universidade. *Anais do I Seminário Internacional de Orientação Educativa na Educação Básica e Superior*. .07.
- Silva, J. de L. da. & Mascarenhas, S. A. do N. (2011a). Um estudo sobre o bullying e sua relação com a diferença de idade entre universitários na Amazônia – uma investigação com estudantes do ensino superior do Amazonas. *Anais do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde*. p.09.
- Silva, J. de L. da. & Mascarenhas, S. A. do N. (2011a). *Relatório do PIB – H – FAPEAM, 036/2010/2011- Avaliação do Bullying e do Mobbing em contextos educativos formais do Amazonas*, Universidade Federal do Amazonas, Campus Vale do Rio Madeira, IEAA, Humaitá, (não publicado).

“A CORAGEM PARA UMA VIDA DIFERENTE” IMPACTO DA FIBROSE QUÍSTICA NAS RELAÇÕES FAMILIARES NA FASE PRÉ-TERMINAL DO CICLO DA DOENÇA

SOFIA NUNES DA SILVA

A Fibrose Quística (FQ) é uma doença crónica com prognóstico fatal, sendo a esperança média de vida, para bebés que tenham nascido a partir dos anos 90, entre os 30 e 40 anos. A investigação em famílias que enfrentam a doença e a incapacidade tiveram a tendência para enfatizar as dinâmicas patológicas da família. Aquilo que se justifica é um modelo que descreva, em termos normativos, as interações complexas entre o problema físico, o doente e a família. Nesta linha destacamos o Modelo de John S. Rolland (1994), com famílias de doentes crónicos que oferece uma visão sistémica útil da adaptação familiar à doença grave. Desta forma, na abordagem da interface doença/família é importante que sejam considerados 3 eixos: Tipologia da doença; Ciclo da doença; e Variáveis familiares.

Tipologia da doença

Definição – A Fibrose Quística (FQ) é a doença genética letal mais comum que afecta a raça caucasiana (aproximadamente 1 em 2.500 nascimentos). Caracteriza-se pela disfunção generalizada do sistema exócrino (particularmente afectando os sistemas gastro-intestinal, pancreático, hepático, respiratório e reprodutor). Infecções pulmonares crónicas e insuficiência pancreática, resultando na digestão deficiente e má absorção dos nutrientes, são as complicações mais comuns desta doença multisistémica.

Os tratamentos para a Fibrose Quística incluem: Programa regular de cinesioterapia; Ciclos de antibiótico endovenosos no Hospital e/ou domicílio- Dieta Hipercalórica; Administração de enzimas pancreáticas; Suporte de oxigénio (sempre que existe agravamento da função pulmonar); Transplante (poderá ser considerado quando a severidade da doença é moderada (No entanto, muitos dos doentes morrem em lista de espera) (Bush, A., 2001).

A FQ é descrita como uma doença com um modo de início gradual, permitindo um período de ajustamento mais prolongado da estrutura familiar, papéis, resolução de problemas (coping).

A FQ é considerada uma doença de curso progressivo, ou seja, aquele grupo de doenças que são geralmente ou continuamente sintomáticos e que aumentam de gravidade. Para além de progressivo, o curso da doença é completamente imprevisível. O prognóstico fatal desta doença traduz-se num profundo impacto psicológico na família das experiências de perda antecipatória e dos seus efeitos na vida familiar.

Ciclo da doença – fases da doença

Fase Inicial- Inclui qualquer período sintomático antes do diagnóstico e o período inicial de coping e reajustamento depois do problema ter sido clarificado. Durante este período há um conjunto de tarefas familiares que se apresentam à criança e sua família: aprender a lidar com o ambiente hospitalar e com os procedimentos relacionados com o tratamento, estabelecer e manter relações funcionais com os técnicos de saúde.

Fase Crónica -A fase crónica seja longa ou curta, representa o tempo entre o diagnóstico inicial e período de reajustamento, e a 3ª fase quando predominam as questões da morte e da doença terminal. É um tempo que pode ser marcado por constância, progressão ou mudanças episódicas. No que se refere às tarefas familiares desta fase, a família tem que desenvolver a habilidade para manter o padrão de uma vida normal sob a presença “anormal” da doença crónica e elevada imprevisibilidade.

Fase Terminal -A fase terminal inclui o estágio pré-terminal da doença onde a inevitabilidade da morte se torna aparente e domina a vida da família. Assim que as famílias entram nesta fase, uma das suas tarefas relaciona-se com o lidar com a eminência da perda. Questões como a separação, morte, luto, resoluções futuras e retorno à vida “normal” após a perda podem ser observadas nesta fase.

Variáveis familiares-O modelo de Rolland baseia-se na avaliação de 4 domínios do funcionamento familiar:

Padrões familiares estruturais/organizacionais -A flexibilidade é requerida à família para se adaptar às mudanças internas e externas que uma doença grave pode exigir. Famílias com maior rigidez têm dificuldades particulares em lidar com a mudança. A coesão, outra dimensão central da organização familiar, tem revelado ser o preditor do coping da família com a doença (Olson, Russell & Spenkle, 1989 in Rolland, 1994). As famílias devem procurar um equilíbrio entre as necessidades de proximidade e de ligação com respeito pelas diferenças individuais e de separação.

Processos de Comunicação - É vital compreender padrões de comunicação, particularmente. Nas doenças crónicas, especialmente as que envolvem a ameaça de perda, há uma tendência natural para seguir uma comunicação do tipo protectora e secreta.

Padrões Transgeracionais-Uma avaliação transgeracional ajuda a clarificar áreas de força e vulnerabilidade, e identificar famílias de alto risco que, dominadas por questões não resolvidas e

padrões disfuncionais ao longo do tempo, não têm a capacidade para absorver as mudanças apresentadas por uma doença grave.

Ciclo de Vida da Família-O conceito de estilos familiares centrípetos versus centrífugos e as fases no ciclo vital da família são particularmente úteis em integrar a doença, e o desenvolvimento individual e familiar (Beavers & Voeller, 1983; Beavers & Hampson, 1990; in Rolland, 1994). Durante a fase centrípeta (p. ex., nascimento/educação dos filhos) tanto os membros individuais como a estrutura de vida da unidade familiar valorizam a vida interna da família. As fronteiras externas à volta da família são apertadas, enquanto as fronteiras pessoais entre os membros são de alguma forma difusas para favorecer o trabalho em equipa da família. Na transição para a fase centrífuga a estrutura da vida familiar tende a acomodar-se a objectivos que enfatizem as mudanças dos membros individuais da família com o ambiente extra-familiar. As fronteiras externas à família parecem atenuar-se, enquanto aumenta a distância não-patológica entre alguns membros da família. A tendência para a doença interagir centrípetamente com a família cresce com o grau de incapacidade ou risco de morte devido à evolução da doença.

Sistemas de crenças e valores-É útil para os clínicos inquirirem as famílias acerca das crenças e valores que modelam as narrativas e estratégias de coping acerca da doença. Isto significa alcançar a compreensão do sistema geral de crenças e valores da família. Esta avaliação inclui crenças acerca de: Domínio e controlo da doença; Confronto entre realidade, esperança, ilusões positivas e negação; Narrativas sobre a doença; e Influências étnicas, religiosas e culturais

Domínio e controlo da doença

Uma orientação relativamente ao foco de controlo interno confere a crença de como o indivíduo ou família podem influenciar o prognóstico da situação. Estas famílias acreditam que são directamente responsáveis pela sua saúde e têm poder na recuperação da doença. Uma orientação externa confere a crença de que o controlo do prognóstico é exercido por alguém de fora, como os profissionais de saúde.

Confronto entre realidade, esperança, ilusões positivas e negação

O uso saudável da minimização do que é negativo ou o foco selectivo no que é positivo, bem como o uso do humor, deve ser distinguido do conceito de negação, que é considerado patológico. De forma geral, a negação e repressão são mecanismos de defesa que aumentam com o grau de ameaça ou gravidade da doença. Isto pode interferir com os comportamentos de saúde da família.

Narrativas sobre a doença

A história ou narrativa que os elementos da família constroem sobre a doença é a sua tentativa de criar a ordem no meio do caos e do medo. A tarefa clínica central é incitar às narrativas dos elementos da família e partilhá-las entre todos.

Influências étnicas, religiosas e culturais

Etnicidade, raça e religião influenciam fortemente as crenças da família relativamente à saúde e doença (McGoldrick, Pearce & Giordano, 1982; in Rolland, 1994). Diferenças étnicas significativas relativamente a crenças de saúde emergem tipicamente no período de crises major.

Vinheta clínica

A Vera (V.), actualmente com 19 anos teve o seu diagnóstico de Fibrose Quística aos 3 meses de idade. A V. vive com a mãe, o pai e a irmã de 16 anos de idade. Está actualmente internada devido à agudização do curso da doença (fase terminal). Permaneceu em contexto de internamento durante vários meses até ser possível a sua transferência para uma unidade hospitalar espanhola onde aguarda pela possibilidade de transplante. Conheci a V. e a família aos 13 anos da V. durante a fase crónica do ciclo da doença. Os encontros foram raros e ocasionais, em ambulatório, porque a família viveu em Macau durante alguns anos e depois disso passaram a viver no Algarve. No entanto, nestes encontros podemos testemunhar a inquietação dos pais relativamente ao “fechamento” da V. no que respeita às questões da doença – “ela não desabafa com ninguém”. A V. é uma menina doce com uns olhos castanhos e rasgados (a mãe é oriental), que nos transmitem calma, mas também uma atitude de pseudo-segurança quando fala nas questões relacionadas com o tratamento e a doença. Aquilo que sentimos naquela fase era como se a sua atitude fosse uma espécie de protecção ao despoletar de sofrimento nos pais. Neste último internamento que teve a duração de alguns meses destacamos duas fases. Numa primeira fase, no início da agudização dos sintomas – a V. já apresentava algum cansaço físico, os pais procuraram estar sempre lado-a-lado com a filha, procurando manter uma atitude de tranquilidade e optimismo face à possibilidade de transplante que agora surgia. Os nossos encontros ocorriam muitas vezes com a presença da V. e um dos pais, e também, por vezes, da irmã. Neste contexto eram abordados assuntos relacionados com aspectos do dia-a-dia da V. – Macau vs Portugal e o que isso representou para cada elemento da família; a possibilidade de passar a ter aulas por vídeo-conferência; as amigas; o seu gosto pelas Artes (área escolhida no Secundário). Durante esta fase assistimos a uma tentativa de controlo das emoções por parte de todos no sentido de manter o equilíbrio nesta fase que sabiam difícil e prolongada. Respeitámos o tempo da família, no entanto, a angústia crescente na V., começou a manifestar-se através de uma intensa ansiedade que contribuía para as suas dificuldades respiratórias e mal-estar. Nesta 2ª fase, em que os pais também manifestavam sinais de cansaço físico e alguma exaustão psicológica revelando a sua dificuldade em assistir à agudização acelerada e progressiva da filha, começam a deixar-me mais a sós com a V. Anteriormente, permaneciam hipervigilantes – atitude que sempre respeitámos, aguardando pacientemente pelo tempo da V. e da família em querer ir mais além. Sentíamos que tínhamos que andar com “pezinhos de lã” para não introduzir questões “fora de tempo”. Também para nós este foi um período prolongado, difícil e que nos despoletou sentimentos de impotência. Nesta altura de crises de ansiedade da V., sugerimos à equipa médica a possibilidade de medicação pela pedopsiquiatria algo

que parece ter constituído alívio em todos: equipa de saúde, V. e família. Nestes momentos mais a sós, torna-se possível à V. “libertar” a sua angústia, tantas vezes contida. Esta contenção parecia revelar por um lado um medo profundo de confronto com a possibilidade de morte e, por outro lado, a eterna e firme tentativa de não revelar o seu sofrimento perante a família, com quem se sentia em dívida. A V. começa por verbalizar a gratidão que sente pelos seus pais, por estarem sempre presentes, o que lhe causa também grande culpabilidade por sentir que toda a vida da família foi “paralisada” pela sua doença/hospitalização. Lamenta o cansaço dos pais, a exigência que muitas vezes sente exagerada que têm relativamente à sua irmã – como se lhe exigissem a ela tudo o que não lhe podem exigir a si; o sentimento de desprotecção face à irmã, agora mais entregue a si mesma, receando a sua desorientação por falta de apoio dos pais. Nestes momentos chora profundamente, como se nunca o tivesse feito e agora não suportasse mais não o fazer. É nesta altura que a mãe da V. entra no quarto e se apercebe do choro da filha. Fica com um ar profundamente assustado, depois dirige-me um olhar fulminante e sai do quarto. Decido sair, com a aprovação da V. e ir ao seu encontro. Não quer falar comigo e parte zangada. Volto para junto da V. que me pede desculpas pela atitude da mãe, justificando que ela não gosta de a ver chorar, de a ver triste. Procurámos empatizar com a atitude da mãe. Transmitimos à V. que, de facto, para a sua mãe é muito difícil assistir à manifestação do seu sofrimento tal como para ela, V., também é muito difícil partilhar o seu sofrimento com os pais, porque quer protegê-los de mais sofrimento. Acrescentamos que todos eles evitam este confronto, como se para eles não falar fizesse com que o sofrimento não exista. A V. parece ter ficado um pouco mais aliviada. Antes de sair do quarto diz-me: “sabes, mesmo quando eles estão zangados dizem as coisas a brincar”... “é chato podermos magoar-nos...” Perguntamos o que pode acontecer. “Pois”, responde. Não avançamos mais, sentimos este “pois” como “já percebi, talvez tudo isto que evitamos uns com os outros ainda nos cause mais sofrimento”.

No encontro seguinte, chegamos ao quarto da V. que está sozinha e que parece ficar feliz por termos chegado. Fala-nos da ansiedade que sente pela expectativa de transplante, agora que sabe da possibilidade de ir para Espanha. Fala dos seus receios de não chegar a tempo de fazer o transplante, do medo que tem de morrer, do sofrimento todo que isto causa aos pais. Chora. Diz-me que os pais não conseguem vê-la assim, que não entendem que ela precisa de chorar, que depois também se sente melhor, e que já é muito difícil fazer o esforço para lhes mostrar que está bem, quando não está. Refere que os pais lhe disseram que com os nossos encontros ela fica ainda mais triste. Ficamos em silêncio. Perguntamos à V. se não seria útil podermos conversar em conjunto com os pais sobre isto. A V. reage prontamente dizendo-me que não, e pede-nos por favor para fazermos isso por ela. Novamente ficamos em silêncio. Concordamos em fazê-lo, mesmo sem certezas de que estamos a ir pelo caminho certo. Estaríamos a substituir-nos à V. e, assim, a evitar um “confronto” que poderia permitir uma comunicação mais verdadeira e libertadora para todos. Não tivemos todo o tempo do mundo para esta reflexão. Fomos novamente confrontados com a presença dos pais da V. que

novamente reagiram negativamente à nossa presença e consequente choro da V. Dirigimo-nos a eles, visivelmente emocionados. O pai começa por perguntar: “Porque é que ela está a chorar? Nós não queremos que ela sofra!” A mãe permanece em silêncio, emocionada, mas esperando uma resposta pronta da nossa parte.

Percebemos que todos estamos muito tensos. É por aí que damos início à conversa. Reflectimos sobre estes últimos meses de agravamento da condição da V., e agora da expectativa de transplante, e como isto tem sido extenuante para todos.

Valorizamos o esforço que todos têm feito no sentido de se manterem unidos e protegerem uns aos outros. Acrescentamos que essa protecção é feita nos dois sentidos – dos pais em relação à V. e da V. em relação aos pais. No entanto, permitimo-nos reflectir sobre os potenciais perigos desta sobreprotecção mútua – parece que para eles não falar sobre os seus medos, as suas angústias, plenamente justificadas neste período, fizesse com que eles não existissem. Mas de facto tanto para eles, como para a V., este é um esforço que começa a revelar-se demasiadamente pesado e penoso. E foi isto que a V. nos pediu para transmitir aos pais – a V. precisa que os pais compreendam que chorar, ao contrário do que eles sentem, representa um alívio, uma espécie de libertação deste período que é, de facto, de sofrimento. Mas que também é de expectativa e, sobretudo, de esperança que a V. e os pais colocam no transplante, apesar de todos os medos e angústias face ao risco que representa. Olhamos para os pais, agora mais calmos, muito emocionados, mas sobretudo, parecem mais aliviados. A mãe diz-nos, passados alguns minutos de silêncio: ”pois, temos que a deixar chorar...”. No fim, agradecem-nos aquilo que temos feito pela V.

Também somos invadidos por uma grande emoção, por um sentimento de impotência que transportámos dos pais por não termos um poder maior para encontrar soluções mágicas para tudo isto. É um turbilhão. Turbilhão que imaginamos que muitas vezes invada todos os técnicos de saúde que acompanham estas famílias.

De facto, este caso é um exemplo de que não falar de e sobre o sofrimento - no fundo, negá-lo - não faz com que ele não exista. Pelo contrário, muitas vezes pode acrescentar-lhe mais valor. A partir dessa data, e até à partida para Espanha, começámos a assistir a uma maior tranquilidade nos vários elementos da família, parecendo de alguma forma “libertados” do peso de se protegerem mutuamente.

A V. teve oportunidade de nos testemunhar a importância da nossa conversa com os pais, e em como isso veio “desbloquear” alguma tensão entre todos. Sente os pais mais tranquilos, o que também lhe traz mais tranquilidade.

Também nós, terapeutas, nos sentimos mais tranquilos. Acreditamos que o nosso papel de depositários das zangas da família veio permitir uma maior tranquilidade e possibilitar uma comunicação mais aberta neste sistema familiar. Sistema familiar que agora parece mais disponível e liberto para olhar para o futuro com esperança depositada no transplante.

CONCLUSÃO

Curso da doença, ciclo de vida da família e variáveis familiares - são partes integrantes de um sistema exigindo que a sua avaliação e intervenção seja feita através de um modelo sistémico que se pretende compreensivo e integrativo das mudanças das suas interacções.

Os terapeutas familiares, na sua intervenção com a família devem ter como referencial os ciclos de vida da doença e da família, para que a família e as suas relações assumam uma relevância superior ao conteúdo do próprio problema. Reconhecer que o percurso da família seja condicionado pelo ciclo da doença que vivem, aceitando as regressões como necessárias, muitas vezes, para a transição desejável para novos ciclos.

A criação de um espaço diferente e facilitador para que as famílias possam caminhar nas suas próprias direcções, apesar das “sombras” que têm pelo caminho, constitui uma das principais funções e desafios do terapeuta familiar sistémico.

REFERÊNCIAS

- Bush, A. 2001. Cystic fibrosis: cause, course and treatment. In: M. Bluebond-Langner, B. Lask, & D. Angst, (Eds-), *Psychosocial Aspects of Cystic Fibrosis* (pp1-25). New York: Arnold Publishers
- Rolland, J. S. (1994) *Families, Illness, & Disability: An Integrative Treatment Model*. New York: Basic Books.

ANÁLISE DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELA PESSOA NA VIVÊNCIA COTIDIANA DE HEMODIÁLISE AO AMBIENTE DE TRATAMENTO

MARIA CRISTINA LONGOBARDO SIMONE & MARLISE A. BASSANI

O cuidado com a saúde no século XXI, intitulado por alguns autores como tempo hipermoderno, carrega em si um conflito: o empenho de prolongar a vida esbarra com a questão: como cuidar bem desta vida estendida?

Com o avanço biotecnológico das últimas décadas, as melhores condições de vida e assistência à saúde, o progresso científico e o treino biomédico dotaram a medicina de uma intervenção ativa sobre o decurso da doença, em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento, cura e busca de erradicação da doença.

Como consequência deste progresso, principalmente devido aos avanços da medicina, do desenvolvimento econômico e social, dos avanços na saúde pública e da evolução da humanidade, deparamo-nos com o fenômeno do aumento significativo da expectativa de vida, comparado com o início do século XX.

A procura da cura, com o consequente aumento da longevidade, tem feito com que as doenças se tornem tendencialmente crônicas e se traduzam em processos evolutivos mais prolongados, sendo um bom exemplo disso a doença crônica renal.

O diagnóstico de uma doença crônica afeta profundamente o modo como nos vemos e nos posicionamos diante da vida e da existência. O aparecimento de adversidades, representadas por algumas perdas e incapacidades consequentes do adoecimento, pode abalar a noção de invulnerabilidade, infalibilidade e controle provocando reações de medo, culpa, raiva, arrependimento, entre outras. A gestão desta vivência exige reequacionar e reorganizar a própria vida.

Na perspectiva fenomenológica existencial, embasamento teórico deste artigo, a doença é entendida como agravo de saúde sendo experienciada como crise pela pessoa adoecida. A cronicidade de um adoecimento altera a existência pessoal em múltiplas dimensões desencadeando vivências particulares decorrentes da subjetividade e contextualidade deste processo.

A atenção das pesquisas na área da saúde tem se voltado para a questão da qualidade de vida preservada ou não na condição de cronicidade; grande parte desses estudos está baseada no paradigma das ciências naturais, de caráter quantitativo e categorial e, em sua maioria, enfocada por áreas de assistência e cuidados como a medicina e a enfermagem.

As investigações psicológicas também têm tomado esta direção na aplicação de instrumentos para levantamento de aspectos comprometidos na vivência da enfermidade crônica renal. Tais estudos postulam uma visão de homem fragmentada na qual a doença é entendida como algo a ser “combatido”, “eliminado”. Neste paradigma temos o homem dividido em duas instâncias - física e emocional- que se comunicam numa relação determinada de causa e efeito; apresentando o fenômeno parcialmente.

Propondo uma mudança de paradigma nas pesquisas da área da saúde, a fundamentação teórica do presente estudo está calcada na ontologia hermenêutica de Heidegger (1889-1976).

Na análise fenomenológica existencial humana heideggeriana, o homem não é um ente, não é uma coisa aí, estática, congelada, apartado do mundo: existir é estar-aí, ser-no-mundo; estar-no-mundo e só pode ser possível compreendê-lo existencialmente a partir desta matriz de relações entre os seres. O ser-no-mundo é um fenômeno singular e plural, pois integra estruturas indissolúveis: o mundo, o ente que está no mundo e as interrelações; o mundo não é entendido como lugar fora (circundante), mas o conjunto de relações significativas dentro do qual a pessoa existe.

Diante da impossibilidade de compreender o homem da mesma maneira que compreendemos outros seres e objetos, a concepção fenomenológica entende o homem em seu caráter distinto e peculiar. A existência humana difere fundamentalmente porque o homem nasce como possibilidade e não determinação. Toda espécie animal, exceto o ser humano, está restrita à sua condição existencial determinada, não há abertura para outros modos de existir. O ser-existindo-aí dos homens no mundo, em uma constante e dinâmica criação, envolve a interação com o meio, com os outros e consigo mesmo dotado da condição ontológica de abertura para outras possibilidades de existir (Critelli, 2006).

Este fenômeno de unidade ser-no-mundo lança o homem no mundo na busca incessante pelo sentido, definido aqui como “aquilo em que se sustenta a compreensibilidade de alguma coisa. Chamamos de sentido aquilo que pode articular-se na abertura da compreensão” (Heidegger, 1927/2009, p. 208).

A visão de homem, mundo, saúde e adoecimento não se dará por uma decomposição em elementos e forças, fazendo perder de vista o fenômeno, mas sim por uma atitude reflexiva que remeta o fenômeno à sua unidade ontológica originária. Para o exercício da reflexão se faz necessário compreender e interpretar, são estes dois estados existenciais básicos que constituem o modo particular do homem ser e existir no mundo.

Compreender é o ato de tornar visíveis e familiares, às entidades e seres, suas utilidades e serventias, é interrogar o “para quê”. Interpretar é a explicitação do compreendido, indica o “para quê” do que é compreendido. A essência humana manifesta-se de diversas maneiras a partir da compreensão e interpretação permitindo atribuição de significados. Pela compreensão é permitido atribuir significados às entidades e seres; pela interpretação explicitamos o compreendido, apreendemos a utilidade e serventia tanto na relação com as coisas como na relação das coisas; não há compreensão sem interpretação (Forghieri,2004; Nunes,2002).

A condição de os significados não estarem nas coisas, mas na compreensão e interpretação, abre a possibilidade para atribuirmos significados novos ao mundo circundante numa vasta gama de maneiras de existir no mundo.

Esta abertura ao mundo e às escolhas dos modos de ser-no-mundo não são aleatórias, pois envolvem disposições afetivas. A maneira de existir expressa pela disposição afetiva é anterior à elaboração intelectual, pois representa um experienciar imediato, global que abrange numa totalidade o próprio ser.

Sfranski (2001) coloca o homem existindo no mundo sempre à luz de uma disposição afetiva, significando que a compreensão do homem em relação às situações, lembranças, ações e expectativas é sempre emocionada.

Percebidas como preocupação e inquietude ou como sintonia e tranquilidade as maneiras básicas de existir podem ser caracterizadas por bem-estar ou mal-estar tendo alternância contínua na vida cotidiana. Podem variar desde a vaga sensação de desconforto até a profunda sensação de angústia; ou da vivência de completa harmonia a um sentimento menos intenso de bem-estar e tranquilidade.

O conceito de *ser-no-mundo* coloca na existência humana o caráter relacional, o existir acontece em relação a algo ou alguém, num determinado tempo e espaço, facultando

compreender as experiências ao atribuir-lhes um significado humano. A significação (signos) refere-se aos modos de habitar o mundo com os outros, comporta um contexto cultural e coletivo. Toda existência humana atrela-se a uma experiência de temporalidade e espacialidade e carrega em si um significado.

O enfoque fenomenológico de lugar compreende que pessoa e ambiente conformam uma unidade na qual o ambiente é concebido como espaço experiencial, existencial propondo a existência de uma realidade subjetiva construída a partir da experiência humana e da interpretação de seus protagonistas (Wiesenfeld,2005).

O conceito de saúde também envolve a maneira como a pessoa se relaciona com seu ambiente possibilitando disposições afetivas de bem-estar ou mal-estar:

“(...) saúde está ligada à maneira como o ser humano se relaciona com o ambiente: como o altera, como é alterado por ele e quais as consequências de tais alterações para si próprio, para os outros e para as próximas gerações.” (Bassani,2004,p.153)

Ao transcender a objetividade de tempo e espaço, o homem atribui aos mesmos um sentido subjetivo e tem a capacidade de se abrir a inúmeras possibilidades de existir (Forghieri, 1984).

Neste caminho, apontamos a possibilidade de abrangência da Psicologia na esfera da saúde. No âmbito de problemas humano-ambientais procura-se viabilizar a efetividade ou não de tratamentos, em sua grande parte, oferecidos pelo Sistema de Saúde Pública como importante recurso de informação na elaboração de estratégias de intervenção, prevenção e promoção de saúde.

Porque a abordagem existencial prima pela busca de significados da experiência da pessoa e, devido à complexidade do ser humano em suas relações com o mundo e com o outro, não podemos entender o ser apenas pela observação direta de seu comportamento. Entendemos a escolha da pesquisa fenomenológica como recurso apropriado para conhecer a vivência cotidiana da pessoa convivendo com Insuficiência Renal Crônica em tratamento de hemodiálise. Compreender melhor esta vivência nos oferece maior abertura para apropriadas intervenções dos profissionais de saúde.

A cronicidade da doença renal, objeto deste estudo, ao impor mudanças significativas na vivência cotidiana, impele a pessoa a refletir sobre o modo de cuidar de sua existência, convidando-a a transcender a adversidade gerada por este fenômeno de adoecimento.

Na Insuficiência Renal Crônica, são exigidas continuidade e perseverança do cuidado e tratamentos. Esses tratamentos disponíveis são considerados paliativos por serem métodos que visam à manutenção da vida e não a reversão do quadro. O tratamento renal substitutivo, a hemodiálise, carrega especificamente questões particulares que merecem ser analisadas de maneira mais profunda. Esse tratamento ininterrupto com rígida rotina semanal (três vezes por semana durante quatro horas) é a única possibilidade de manutenção da vida; exige restrições alimentares e hídricas impedindo satisfações básicas da existência humana. Durante este processo a pessoa é restrita ao mundo de trabalho formal e as debilidades físicas, cansaço indisposição limitam assumir compromissos diários nos cuidados da casa e da família.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia [SBN] (2010) atualmente, a doença renal crônica constitui importante problema de saúde pública no Brasil, onde a prevalência de pessoas mantidas em programas assistenciais destinados ao controle e tratamento de hemodiálise dobrou nos últimos anos (Ministério da Saúde, 2008).

Este estudo, baseado na pesquisa fenomenológica, pretende assumir um olhar diferenciado ao buscar um entendimento aprofundado desta vivência apoiando-se na relevância desta abordagem por valorizar as peculiaridades locais e temporais, tomando como foco de análise a experiência cotidiana da pessoa (Flick,2009).

Compreender a vivência da pessoa com Insuficiência Renal Crônica é ver o modo peculiar, único e específico desta maneira de existir, em sua essência.

O objetivo deste trabalho foi contribuir para a ampliação do conhecimento do adoecimento por Insuficiência Renal Crônica compreendendo os significados atribuídos pela pessoa na sua vivência cotidiana de hemodiálise; buscando identificar as disposições afetivas presentes na vivência cotidiana imediata das pessoas vivendo com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em Hemodiálise (HD) e compreender os significados atribuídos pela pessoa ao seu ambiente de tratamento de hemodiálise.

MÉTODO

Tendo a abordagem fenomenológica existencial como fundante deste estudo, buscamos um pensar ético e humanizado no tratamento de pesquisas com pessoas, vistas aqui como sujeitos dotados de subjetividade e intersubjetividade incluindo o pesquisador como parte integrante deste processo, privilegiando o encontro, o contexto social no qual ocorrem as relações humanas, na tentativa de criar novas possibilidades de atribuições de significado à enfermidade.

Participantes

Foram realizadas 24 entrevistas em profundidade com seis mulheres e dois homens adultos, com idade entre 24 a 54 anos, dois participantes com grau superior de escolaridade, dois com grau de ensino médio, três com ensino fundamental e um participante não alfabetizado. Dois critérios de escolha na seleção dos entrevistados foram utilizados: pessoas que realizavam tratamento renal substitutivo (hemodiálise) há mais de um ano e, que fossem assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O local da pesquisa foi um Centro de Nefrologia particular na cidade de São Paulo, Brasil.

Os participantes foram informados e esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e tiveram livre arbítrio para participar ou não da pesquisa, possibilidade de interrupção da mesma a qualquer tempo, bem como a garantia do sigilo dos dados informados nos Termos de Esclarecimento e Livre Consentimento.

Material

Na fase de imersão de campo foram registrados em um diário de campo as observações e registro fotográfico do ambiente na clínica. Foi efetuada pela pesquisadora uma consulta aos prontuários, registrando dados relativos a variáveis clínicas (tempo de hemodiálise, patologias associadas a IRC) e aplicado um questionário elaborado para coletar variáveis sociodemográficas.

Na fase de coleta de dados foram realizadas de duas a três entrevistas em profundidade com cada participante contendo questões estimuladoras.

Procedimento

As entrevistas, com cerca de uma hora de duração cada, foram gravadas e realizadas em período que antecedia à sessão de hemodiálise.

As entrevistas foram feitas no decorrer de um ano, com um intervalo de seis meses a um ano, com o mesmo participante.

Caso a pesquisadora percebesse que durante a entrevista o/a participante estivesse com um nível de angústia muito alto, o encontro era interrompido e a pesquisadora conduzia uma indução de relaxamento, superficial, de modo que garantisse ao participante realizar a sessão de hemodiálise, que faria logo após a entrevista.

Foi oferecido a todos participantes ao final de cada encontro uma indução de relaxamento como recurso para enfrentar a hemodiálise.

Na entrevista em profundidade, a pesquisadora introduziu o tema da pesquisa, pedindo ao participante que falasse um pouco sobre a vivência de seu adoecimento, adotando questões que abordavam os seguintes temas: a descoberta da doença, mudanças na rotina de vida, convivência com familiares, relacionamentos sociais, vivência do espaço de tratamento, lazer e projetos de vida e trabalho.

Para a construção de unidades de significado, compreendeu-se a intersubjetividade presente nas discriminações espontaneamente percebidas no relato dos participantes envolvendo a atitude, disposição e percepções da pesquisadora.

A intersubjetividade do encontro nas entrevistas configurou parte integrante desta pesquisa que procurou captar as vivências e significações do próprio ato de investigar, incluindo como dado importante da pesquisa a experiência do encontro.

RESULTADOS

Como resultados, os participantes relataram experimentar sensações de bem-estar e mal-estar alternadamente. As sensações de bem estar foram apontadas pelos cuidados recebidos pelos outros, responsáveis pelo apaziguamento, sensações de tranquilidade e sintonia. O cônjuge assumiu papel central de apoio e incentivo. A mudança brusca na rotina de vida diária, a falta do trabalho formal e as alterações da corporeidade, são apontadas como fonte de sofrimento, intranquilidade e preocupação, configurando profunda sensação de angústia e mal-estar. Sintomas como cansaço, indisposição física, tristeza, raiva e incapacidade convivem com sentimentos de esperança e expectativa de um transplante renal como única possibilidade de ajustamento a uma vida “normal”.

Os resultados também apontaram para a interpretação do adoecimento como desígnio ou castigo divino; os desejos para um tempo futuro envolvem planos de mudanças de cidade ou estado associados à realização de um transplante renal. Quanto ao ambiente de tratamento, as disposições afetivas alternaram sensações intensas de mal-estar com relação à restrição do espaço vivencial, e leves sensações de bem-estar associadas à segurança da máquina de hemodiálise e ao cuidado da equipe de saúde.

A máquina de hemodiálise, responsável pela filtração do sangue, foi comparada como única possibilidade de vida assumindo uma conotação de dependência e gratidão. O ambiente de tratamento, devido à rotina obrigatória de frequência, foi significado como um lugar de manutenção da vida ou sobrevivência. A convivência quase diária entre os pacientes e equipe de saúde deu abertura à criação de redes de solidariedade e relações de amizade e apoio.

DISCUSSÃO

Discutimos como os significados atribuídos ao adoecimento e ambiente de tratamento carregam em si sentimentos contraditórios e antagônicos. Entendemos que os modos de a pessoa significar o fenômeno do adoecimento crônico são indicadores importantíssimos na escolha das condutas de adesão aos tratamentos e nas escolhas dos cuidados com o próprio existir. Particularmente na Insuficiência Renal Crônica (IRC), as exigências, limitações, perdas e iminência da morte, ressaltam a precariedade e transitoriedade do próprio existir. Na IRC, espaço e tempo são vivenciados de forma subjetiva, com ampla gama de percepções e significados além e aquém do ambiente físico concreto e do tempo objetivado e medido.

Reconhecendo que a vivência de saúde e doença pode apresentar configurações diversas e dinâmicas, ainda que classificadas sob o mesmo título ou código, cabe à Psicologia da Saúde auxiliar as pessoas que convivem com uma enfermidade crônica no sentido de promover abertura às possibilidades de sua existência, atribuindo-lhes um novo significado.

Sugerimos futuros procedimentos para avaliação e planejamento de intervenções diferenciadas para este ambiente ambulatorial visando à promoção de saúde humano-ambiental.

REFERÊNCIAS

- Bassani, M.A.(2004). Psicologia Ambiental e o agir na educação ambiental. In V.S. Hammes (Org). *Educação Ambiental para o desenvolvimento sustentável*, 2(1), 153-157. São Paulo: Globo.
- Critelli, D.M.(2006). *Analítica do Sentido* (2a ed.). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Flick, U.(2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (J. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Forghieri, Y.C. (1984). *Fenomenologia e Psicologia*. São Paulo: Cortez.

Forghieri, Y.C. (2004). Saúde Existencial: Vivência a ser periodicamente reconquistada. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 26(1), 46-57.

Heidegger, M.(2009). *Ser e Tempo* (M.S.C.Schuback, Trad.revisada, 4a ed.). Petrópolis: Editora Vozes. (Obra original publicada em 1927).

Ministério da Saúde do Brasil.(2008). Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Textos Básicos de Saúde: Série Pactos pela Saúde, Série B, 8(1)72. Recuperado em 02 de março, 2010, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>

Nunes, B.(2002). *Heidegger e ser e tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Sfranski, R.(2001). *Heidegger: um mestre da Alemanha entre o bem e o mal*. São Paulo: Geração Editorial.

Sociedade Brasileira de Nefrologia.(2010). *Censo 2009*. Recuperado em 14 de maio, 2010 de [http:// www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo](http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo)

Wiesenfeld, E.(2005). La Autoconstrucción: Um estudo psicosocial del significado de la vivienda (Premio Nacional de Investigacion en Vivienda 1997). *Revista Interamericana de Psicología* , 38(1), 24-62.

OFICINAS TERAPÊUTICAS COM CRIANÇAS EM UMA CLÍNICA-ESCOLA DE PSICOLOGIA: UTILIZAÇÃO DE CONTOS DE FADAS

FERNANDA ROMANO SOARES & ELIANA HERZBERG

A oficina terapêutica pode ser caracterizada como um grupo de pessoas que se reúne por algum propósito em comum com um “orientador”, que é o líder das atividades realizadas pelo mesmo. Porém, o que torna a oficina terapêutica distinta de um grupo é que, necessariamente, como o próprio nome já diz, ela tem uma finalidade terapêutica. Muito embora busque a elaboração da experiência, a oficina limita-se a um foco e não pretende a análise psíquica profunda de seus participantes. Com metodologia específica, a oficina enfatiza a descoberta de si mesmo através dos outros (Afonso & Coutinho, 2003). Além de o custo ser reduzido em relação a um atendimento individual, permitindo que mais pessoas possam ter acesso ao trabalho psicológico, o trabalho em grupo leva os participantes a constatarem não serem os únicos com uma determinada problemática; ele também possibilita o contato com pessoas com conflitos e dificuldades semelhantes, levando à troca de experiências entre os membros do grupo.

As clínicas-escola das universidades, apresentam uma tríplice demanda: a de atender as necessidades da comunidade que vem em busca de atendimento psicológico, a formação dos alunos, e as da ciência, em compromisso com a produção de conhecimento (Löhr & Silvaes, 2006). Constatando que as necessidades da comunidade não estavam sendo supridas e um dos motivos era a extensa fila de espera por atendimento psicológico, formas alternativas de atendimento tais como grupos de espera (Guerrelhas & Silvaes, 2000, Silvaes, 1991, Teixeira 2007), triagens estendidas (Herzberg & Chammas, 2009) foram e são ainda constantemente buscadas. Por intermédio destas alternativas, mais pessoas podem ser atendidas ao mesmo tempo, contribuindo desta forma para a redução dos abandonos de tratamento bem como do tempo de espera por atendimento.

Para Bettelheim (1980) uma das funções da narrativa dos contos de fadas seria a de alimentar os recursos internos de que a criança necessita para lidar com seus problemas interiores, próprios do processo maturacional e refletidas em situações cotidianas. A linguagem simbólica considerada semelhante à linguagem dos sonhos e do próprio inconsciente.

São inúmeros os trabalhos existentes acerca dos contos de fadas e suas colaborações terapêuticas (Barone, 2004, Corso & Corso, 2006, Gutfreind, 2003, Ribeiro, 2004, Safra, 2005).

A presente pesquisa visou contribuir para o desenvolvimento do atendimento de crianças, na modalidade de oficina terapêutica, em clínica-escola. Mais especificamente, refletir sobre as possíveis contribuições do uso de contos de fadas e desenhos no contexto de grupo em vivências de crianças e verificar o impacto da realização da oficina terapêutica de contos de fadas com crianças de 6 e 7 anos em filas de espera, no fluxo de atendimento e na vivência dos participantes, no contexto de uma clínica-escola.

Método

Tratou-se de uma pesquisa-ação de natureza qualitativa (Turato, 2008) embasada no referencial psicanalítico. Foi realizada na Clínica Psicológica Durval Marcondes, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo tendo sido aprovada pelo Conselho de Ética de Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, projeto nº. 2008.004. Todos os responsáveis pelos participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre-Esclarecido antes de se dar início aos encontros com as crianças.

Participantes

Foi realizada uma oficina terapêutica onde participaram cinco crianças na faixa etária entre 6 e 7 anos, que se encontravam na fila de espera aguardando atendimento psicoterápico na clínica-escola. Não houve critério de exclusão.

Material

Quanto aos instrumentos utilizados, foram realizadas entrevistas semiabertas com os pais (ou responsáveis) com a finalidade de coletar dados a respeito da criança e seu desenvolvimento (Ocampo & Arzeno, 1981). Com as crianças foram utilizados o Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais (CAT-A), nove contos de fada e desenhos livres confeccionados a partir da leitura dos referidos contos.

O CAT-A (Bellak & Bellak, 1949/1992) é composto por dez pranchas com cenas de animais em situações humanas e aborda uma dinâmica holística da personalidade onde a criança expressa em uma atividade construtiva e interpretativa a fantasia interior (Anzieu, 1961/1978). A atividade de desenhar por sua vez, é freqüentemente observada em crianças e pode também ser interpretada como projeção do conteúdo inconsciente (Retondo, 2000).

Procedimento


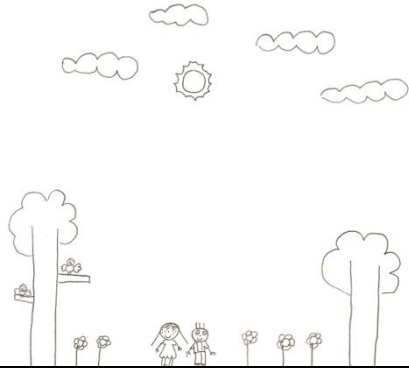

Inicialmente foram recolhidas informações sobre a história de vida da criança com a realização de uma anamnese semiestruturada. Ao final realizou-se outra entrevista com os pais, onde foi feita uma devolutiva do que ocorreu durante o trabalho e foram coletadas informações sobre o comportamento da criança durante e após o término da participação na oficina, com o intuito de verificar a queixa inicial. O CAT-A foi aplicado no primeiro encontro individual com as crianças, e posteriormente re-aplicado na última sessão individual com as crianças — intervalo médio de cinco meses entre cada aplicação. A oficina foi constituída por onze encontros, com a frequência de um por semana, com duração de aproximada de uma hora e quinze minutos cada. No primeiro e no último encontro com o grupo, foi realizada uma atividade que visou, respectivamente, a apresentação de cada membro e o fechamento ao trabalho. Nos demais encontros foram narrados nove contos de fada, selecionados tomando-se por eixo as fantasias por eles suscitadas (Corso & Corso, 2006). Foi feita também ao final uma entrevista devolutiva individual com as crianças.

O método utilizado para a narração dos contos foi inspirado em Barone (2004). Os contos escolhidos foram narrados em três partes pré-divididas. Ao final de cada parte narrada foi solicitada à criança a realização de um desenho. Após o término de todos os desenhos e de suas respectivas narrativas, cada criança falou sobre o que havia desenhado. Com isso, a pesquisadora tinha como finalidade uma leitura interpretativa de cada desenho por parte das crianças. A pesquisadora também narrava ao grupo o conjunto da história criada pelas cinco crianças.

RESULTADOS

Será apresentado um caso a título de ilustração dos resultados. Carolina (nome fictício), de 6 anos e 8 meses, cujos pais compareceram juntos à entrevista, tinha duas irmãs de 20 e 6 anos respectivamente e um irmão gêmeo. A mãe expressou a seguinte expectativa com relação ao atendimento: “Espero que você consiga melhorar o que ela tá sentindo, que ela consiga melhorar”. “Carolina tem medo de ficar só e rejeição em ir à escola. Não para de me chamar um segundo, quando vou pra cozinha e ela fica na sala já vai atrás de mim [...]. Tem dias que ela tem medo de olhar para o lado, vira um bebê e fica pedindo colo.” (sic). A mãe relaciona o início dos sintomas com a morte da avó materna de Carolina, pois a criança teria acompanhado todo o desenvolvimento de sua doença. Questionada sobre a rejeição em ir à escola a mãe afirma que provavelmente estivesse ligada ao medo de ficar sozinha, pois em alguns momentos Carolina aceitava ir apenas se sua irmã mais velha ficasse esperando do lado de fora da escola. A mãe também relatou um fato que considerava importante: diz que ao ficar grávida de gêmeos e saber que um dos bebês era do sexo masculino, comemorou muito e acredita que desejou mais um do que o outro. Referiu sentir muita culpa por esta razão e que procurava recompensar Carolina fazendo com que ela ficasse muito próxima.

Na Figura 1 os desenhos e comentários feitos por Carolina, diante da narração de “João e Maria”, conto que, segundo ela, foi o seu preferido. Segundo Corso e Corso (2006), o conto pode eliciar temáticas relacionadas à concepção oral do mundo, desmame e ainda fantasias de ser devorado.

Desenho*	Comentários da criança	Observações da pesquisadora
	“Eu fiz mais ou menos igual ele (aponta para um colega do grupo que já havia falado sobre o seu desenho), o João e a Maria seguindo as pedrinhas para chegar até em casa.” (sic.)	Carolina desenha os dois irmãos de mãos dadas seguindo de volta o trajeto que fizeram quando o pai e a madrasta os levaram para o meio da floresta. A criança desenha duas árvores que podem representar tanto a floresta quanto a casa. Pode-se levantar a hipótese de haver um relacionamento simbiótico entre a criança e seus familiares (queixa trazida pela mãe) no desenho dos irmãos de mãos dadas.
	“Eu gostei mais da parte que eles estão no meio da floresta e passa um passarinho e eles ficam olhando.” (sic.)	A árvore que representa a floresta (fora de casa) aparece de forma bem mais atraente do que a árvore que representa a casa dos personagens. A primeira árvore foi desenhada maior e com passarinhos (que as crianças “ficam olhando”), enquanto a outra está menor e sem atrativos. O céu nesta figura aparece mais bem delineado, tanto as nuvens quanto o sol, e menos primitivo, o que pode representar a simbiose mãe-bebê desmanchando-se, assim como a com o irmão, pois pode-se perceber que eles não aparecem mais de mãos dadas.
	“A minha história foi quando o João e a Maria estavam pegando as pedrinhas preciosas no chão.” (sic.)	O irmão é desenhado próximo à árvore que representa a casa de origem e “Maria” fica ao lado da árvore que pode representar a floresta, a independência. As árvores aparecem cheias de frutos, o que pode representar criação, produção, desenvolvimento.

*As dimensões dos desenhos não são fiéis aos originais, realizados em folha A4.

Figura 1. Desenhos e comentários de Carolina e observações da pesquisadora.

Possíveis benefícios alcançados- Os possíveis benefícios atingidos por meio da participação no grupo foram também explicitados pela própria criança durante a realização do segundo CAT-A, quando disse à pesquisadora, entre outros: “Você sabia, tia, que eu era supermedrosa? Que eu tinha medo de dormir no escuro, tinha medo de sonhar um pesadelo, tinha medo de tudo?”. Durante a segunda aplicação do CAT-A, frente à Prancha 7 por exemplo, a criança verbalizou mais e acrescentou mais detalhes à narrativa. O desejo de crescer e se tornar independente ficou evidente, assim como os próprios recursos para lidar com suas dificuldades (no primeiro CAT-A, o “leão” conseguiu pegar um pedaço do rabo do macaco, já na segunda história frente à mesma prancha, o macaco saiu ileso utilizando seus próprios recursos). A agressividade também apareceu de forma mais explícita na segunda narração.

Na entrevista devolutiva os pais demonstram sua satisfação com o trabalho realizado e relataram que as principais queixas trazidas no início haviam desaparecido. Mesmo tendo os pais decidido pelo encerramento do atendimento, a psicóloga pesquisadora salientou a importância da eventual continuidade do mesmo.

DISCUSSÃO

Tendo em vista os resultados apresentados, verifica-se, em um primeiro momento, que a oficina realizada parece ter evitado desistências, na medida em que quatro crianças foram encaminhadas para continuidade do atendimento após o término da mesma. Muito embora o objetivo das oficinas não tivesse sido específico, no sentido de intervir em relação às queixas apresentadas, permitiu a identificação das crianças com os personagens dos contos e favoreceu a expressão do experienciado e o encontro de novos recursos de enfrentamento, situação que parece ter ocorrido com pelo menos uma das participantes, que não deu continuidade ao atendimento na clínica, uma vez que as queixas que apresentava inicialmente, haviam desaparecido.

Para a instituição, esta forma de intervenção se mostra útil não apenas em possibilitar a formação do vínculo entre paciente e instituição, mas também como uma maneira auxiliar de intervenção e, nesse sentido, pode se assemelhar à triagem estendida (Herzberg & Chammas, 2009). Além do aspecto prático de aumentar o fluxo de atendimento na clínica-escola, a oficina terapêutica pode proporcionar outros benefícios: a interação em grupo, o estímulo à imaginação por meio dos contos e desenhos que facilitam a comunicação entre os participantes e o terapeuta, bem como a expressão de aspectos do mundo interno das crianças (Bleger, 1971/1974; Bettelheim, 1980; Corso & Corso, 2006; Guttfreind, 2003; Ribeiro, 2004; Safra, 2005).

O CAT-A consta atualmente da relação de testes, divulgada pelo Conselho Federal de Psicologia no Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos, com parecer desfavorável. Embora não possa ser utilizado na prática corriqueira dos profissionais, pode ser utilizado para fins de pesquisa, que constitui

o meio pelo qual, eventualmente, poderá ter este parecer revertido, dado seu valor como técnica projetiva, tal como por exemplo, na presente pesquisa. Contribuiu para melhor explicitação das queixas iniciais trazidas pelos pais, ampliando a compreensão do funcionamento psíquico das crianças e proporcionou o aparecimento de diferenças qualitativas entre a primeira e a segunda aplicação, não só no que diz respeito à verbalização dos conflitos, como também nas soluções e defesas encontradas para superá-los.

Considerando-se que a oficina atende um maior número de pacientes em menor tempo, pode-se dizer que houve contribuição dessa atividade em relação ao fluxo da fila de espera, já que possibilitou um acolhimento grupal das crianças enquanto aguardavam o atendimento individual. Os resultados obtidos parecem promissores, embora seja necessária a realização de maior número de oficinas terapêuticas para se poder analisar com maior segurança a efetividade da contribuição das mesmas em horizontes a médio e longo prazos.

REFERÊNCIAS

- Afonso, L., & Coutinho, A.R.A. (2003). Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In L. Afonso (Org.), *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. Belo Horizonte: Edições do campo.
- Anzieu, D. (1978). *Os métodos projetivos* (M. L. do Eirado Silva, Trad). Rio de Janeiro: Campus. (Trabalho original publicado 1961).
- Barone, L. M. C. (2004). Narrativa e cura: a função terapêutica da palavra. In F. Herrmann & T. Lowenkron (Orgs.), *Pesquisando com o método psicanalítico* (pp. 277-285). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Bellak, L., & Bellak, S. S. (1949/1992). *Manual do Teste de Apercepção Infantil Figuras de Animais*. Campinas, SP: Editora de livro pleno – ME.
- Bettelheim, B. (1980). *A psicanálise dos contos de fadas* (A. Caetano, Trad.). Rio de Janeiro: Paz e terra.
- Bleger, J. (1974). *Temas de psicologia: entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Corso, D. L., & Corso, M. (2006). *Fadas no divã*. Porto Alegre: Artmed.
- 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.
- Gutfreind, C. (2003). *O terapeuta e o lobo: a utilização do conto na psicoterapia da criança*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Herzberg, E., & Chammas D. (2009) Triagem estendida: serviço oferecido por uma clínica-escola de Psicologia. *Paidéia*, 19(42) 107-114.
- Löhr, S. S., & Silvaes, E. F. M. (2006). Clínica-escola: Integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In E. F. M. Silvaes (Org.), *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola* (pp. 11-22). Campinas: Alínea.
- Ocampo, M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (1981). A entrevista inicial. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, E. G. Piccolo, et al, *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (pp. 23-43). São Paulo: Martins Fontes.
- Retondo, M. F. N. G. (2000). *Manual Prático de Avaliação do HTP (Casa-Árvore-Pessoa) e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ribeiro, R. C. F. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp. 105-116). Rio de Janeiro: Contracapa.
- Safra, G. (2005). *Curando com histórias*. São Paulo: Sobornost.
- Silvaes, E.F.M. (1991). Caracterização comportamental e sócio-demográfica da população infantil de uma clínica-escola de Psicologia de São Paulo. Painel apresentado no I Congresso Interno do Instituto de Psicologia da USP.
- Teixeira, L. C. (2007). Intervenção psicanalítica em grupo em uma clínica-escola: considerações teórico-clínicas. *Estilos da clínica*, 12(22), 196-207.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: vozes.

VIVÊNCIAS EMOCIONAIS NA EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM DOR CRÔNICA EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

*MÁRCIA APARECIDA ISACO DE SOUZA 1, MARIA APARECIDA MAZZANTE
COLACIQUE 1, JOSÉ TOLENTINO ROSA 2 & LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY
TARDIVO 2*

No mundo contemporâneo tem-se percebido o aumento gradativo de intensa demanda de pacientes que procuram a psicoterapia para lidar com problemas emocionais ligados ao corpo, e entre diversas manifestações a dor crônica e seu sofrimento por conta de vários incômodos que são de ordem física e emocional (Chiozza, 1998; Joseph, 1992; Meltzer, 2009; Outeiral, 2001; Shoenberg, 2009; Winnicott, 1949).

O sofrimento por si só penetra profundamente em cada ser humano, podendo destruir as idéias e sentimentos, ou simplesmente paralisar a pessoa. Em alguns momentos chega a destruir as raízes da esperança e arrastando a pessoa para a falta de sentido, ou seja a desesperança.

As pessoas procuram naturalmente o médico em primeiro lugar, mas os médicos vêm buscando evitar os problemas iatrogênicos de tratamentos inadequados. Por isso, quando não se confirma a hipótese de doença orgânica com os exames complementares, mas persistem as dores, encaminha-se o paciente com dor crônica para avaliação psicológica (Chiozza, 1998; Shoenberg, 2009). Neste relato apresentaremos a evolução clínica de duas pacientes em psicoterapia com dor de coluna lombar e cervical.

É importante reconhecer a relevância do trabalho psicológico de para que o paciente diminua o grau de alexitimia e possa ter mais contato com seu psiquismo. (Joseph, 1992a, 1992c; Outeiral, 2001, 2008; Rosa, 2002; Winnicott, 1949).

Este trabalho tem por objetivo compreender a reorganização interna de pacientes com dor crônica e favorecer o aumento na resolução da existência de conflitos entre corpo e mente de pacientes, possibilitando um processo final de desenvolvimento e crescimento humano. Alguns autores, como Betty Joseph, relatam que os pacientes dependentes da dor em geral não têm consciência dessa limitação e tem ganhos secundários, que, com o passar do tempo, agravam seus problemas, ficam aprisionados na posição de vítima e não desenvolvem outros aspectos sadios (Joseph, 1992a, 1992b, 1992c).

1-Laboratório APOIAR, USP, Brasil; 2- Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, USP, Brasil.

A idéia de Winnicott sobre a palavra psicossomática é que não existe nenhuma outra palavra simples que seja apropriada na descrição de certos estados clínicos. A capacidade de holding fornece o sentido de unidade do ser e facilita assim a integração do corpo e mente (Giovachini, 1995; Winnicott, 1949). Portanto, as intervenções psicológicas que foram feitas nestas pacientes tiveram o intuito de favorecer o desenvolvimento saudável da expressão emocional, favorecida também pela função de holding e manejo, exercida pelo ego auxiliar da psicoterapeuta.

Evolução de fatos clínicos na psicoterapia de duas pacientes com dor.

Apresentamos duas pessoas, com nomes fictícios, situando as informações sobre a dor e relacionando-a com dificuldades emocionais trazidas da infância e que dominavam a vida adulta de ambas. Utilizaremos conceitos da teoria do desenvolvimento emocional, presentes na clínica do setting de Winnicott (Hisada, 2002; Outeiral, 2008; Roth, 2003; Winnicott, 1949).

Marcela teve o atendimento psicoterápico no período de um ano e Josefa no período de três anos. Observaram-se as maiores dificuldades iniciais em ambas relacionadas, ao medo de se posicionar na vida; dificuldades no trabalho profissional; problemas no relacionamento familiar, e conflitos em relação ao sexo oposto.

Marcela

Com de 46 anos de idade, queixava-se de dores na coluna lombar, há muitos anos. No seu relato dizia dos sentimentos de abandono que sofreu na infância. Apresentava dificuldades na área profissional, aumentadas por trabalhar na empresa própria, onde era sócia do marido, no momento do atendimento estavam separados. Apareciam sentimentos ambíguos em relação à mãe e outros membros familiares.

Josefa

Com 54 anos de idade, queixava-se de dores na coluna cervical, que se irradiava até o pescoço e em alguns momentos chegava ao rosto. Contou que na sua infância apresentava uma timidez que não a deixava se relacionar com qualquer pessoa da família e muito menos no âmbito social. Conseguiu um trabalho público e resolveu ir para Rondônia, teve inúmeras dificuldades de relacionamento com colegas de trabalho e na área afetiva fugia dos homens que se interessavam por ela. Seu caso era semelhante aos descritos na literatura com casos de dor crônica (Shoenberg, 2009).

Desenvolvimento dos atendimentos

Em ambos os casos foram trabalhadas as trajetórias de suas vidas, marcadas pelo sofrimento da infância e adolescência e, principalmente, pela dificuldade de adulecer (Outeiral, 2001, 2008).

Marcela se submeteu a uma cirurgia de coluna, que diante do seu estado emocional não obteve resultado eficaz para suas dores. Após os atendimentos psicoterápicos pode-se perceber que em um período muito breve de tempo, pode começar a tomar conta de sua vida, e a dor na coluna foi melhorando (Chiozza, 1998; Giovachini, 1995; Hisada, 2002; Joseph, 1992a, 1992c; Roth, 2003; Shoenberg, 2009; Winnicott, 1949).

Fez a seguinte observação na 10ª sessão, após 2 meses de psicoterapia:

--- “Gosto de morar em São Paulo, vivo em um ambiente sadio, apesar de solitário. Na minha casa encontro paz, ordem e bem estar, que eu mesma criei. Submeto-me a vários tratamentos gratuitos e posso aproveitá-los durante toda a semana”.

Josefa após um ano de sessão passou a comunicar que se sentia melhor, embora ainda tenha medo de se afastar do médico que a vem acompanhando há muito tempo, pois não acredita que pode contar com sua família.

Referiu-se a esse aspecto da seguinte forma, na 24ª sessão, após um ano e meio de psicoterapia:

--- “Quase não havia percebido que estava passando bem, sem dores no pescoço e rosto que me acompanharam durante toda a vida, mas sinto que preciso me acostumar com o lado bom da vida. Tenho medo de voltar a sentir dores, por isso não quero deixar o médico”.

Sorriu e continuou dizendo:

--- “Converso com meus irmãos e aproveito o convívio deles, coisa que sempre escapei”.

As duas pacientes concluíram que foi possível abandonar o mundo da dor, no qual viviam, e substituí-lo por um mundo externo na busca ativa de desenvolvimento pessoal e social (Chiozza, 1998; Giovachini, 1995; Hisada, 2002; Joseph, 1992b; Meltzer, 2009; Outeiral, 2001; Shoenberg, 2009; Winnicott, 1949).

Marcela, na penúltima sessão de psicoterapia, conseguiu expressar um desejo de que talvez não imaginasse que pudesse vir a acontecer:

--- “Quando penso em morar em outro país como a Espanha, vejo como uma grande aventura, sem garantias, mas sinto que hoje posso dar conta de novidades, alcançar ascensão financeira, independência e por que não dinheiro?”

Josefa por outro lado, nunca imaginou sair de seu Estado, a não ser para trabalhar, embora fosse uma fuga da família e de outras pessoas conhecidas, o que só veio a perceber na psicoterapia.

Relatou essa questão de poder visitar um país estrangeiro, quando uma amiga, brincando, convidou-a para passear 20 dias no exterior:

--- “Uma amiga, me gozando, disse que vai aos Estados Unidos e pensou em mim. Todos riram. Nesse momento disse por que não? Estou tratando de tudo e estou muito animada. Vou fazer algo que não me permitia nem sonhar”.

Pode-se notar a alegria de ambas as pacientes, diante das suas melhoras. Vieram para o atendimento psicológico, e falaram das dores na coluna, de seus incômodos, tratamentos e aos poucos os temas nas sessões foram sendo substituídos por situações relevantes em suas vidas. (Chiozza, 1998; Roth, 2003; Shoenberg, 2009).

Marcela pôde encontrar novas perspectivas de trabalho, fazendo novos amigos enquanto que Josefa pôde se aposentar, e tranquilamente fazer um trabalho social em alguns dias da semana e poder fazer esporte em academia.

Foram elaborados dois quadros para explicar as fantasias inconscientes das duas pacientes em questão.

Quadro 1: Ilustração do sistema tensional inconsciente apresentado pelas pacientes Marcela e Josefa

Desejos Inconscientes	Medos e sentimentos	Defesas	Expressão da Fantasia In-consciente
Gênese da fantasia Sentir falta de olha-da / amada quando criança por parte da mãe e dos familiares mais próximos, seus irmãos. Repetir na sua vida o que fize-ram com ela. O sentimento de abandono por parte do esposo repete-se em seu sentimento sobre os médi-cos. Psicossomáticas (dores lombares acarretando a pesquisa de vários profissionais da saúde chegando até a cirurgia).			

Após a interven-ção foi visto que as dores não melhoraram. Somáticas Provavelmente dificuldade na alimentação por parte da relação mãe - criança.

Quando pode perceber que ela própria poderia melho-rar sua ligação com a vida. Deixando a dor que a man-tinha em ligação com a vida e poder viver a vida de forma saudável.

Poder ter vivido com os pais e não com os avós.

Essa separação da família natural trouxe um distan-ciamento até a vida adulta de relacio-namentos sociais e amorosos. Medo de não ser aceita pelos pais e irmãos.

Era visível que a família a aceita-va, porém ela queria estar fundida com eles, achava-se parte deles e queria viver dentro deles. Psicossomáticas, representadas por dores cervicais que irradiavam pelo pescoço chegando até o rosto e sentindo que poderia ser algo sério em que os médicos não descobriam cau-sas orgânicas. Somáticas Vivenciou situações de abandono, por parte da mãe e como teve irmãos muito próximos, a mãe delegou a avó os cuidados dela.

Pode perceber com o tempo que consegui cuidar-se só e ter um relacionamento familiar e social agradável.

DISCUSSÃO

A melhora na vida pôde acontecer de acordo com o que estava se organizando internamente, resultante de uma busca de uma reestruturação emocional, além de busca de resolução dos conflitos.

As pacientes com dor crônica enfrentam uma forte ambivalência. Desejam melhorar essa manifestação e ao mesmo tempo, a dor tem muitos benefícios em sua vida, revezando inclusive alguns ganhos secundários, como a piedade e o interesse das pessoas pela doença. A dor toma um lugar central na vida e sendo assim, é difícil separar-se dela. Esses pacientes mantêm afetos de forma patológica na dor e é esse aspecto que foi trabalhado nas sessões de psicoterapia.

Outros autores de base winnicottiana salientam a necessidade de serem trabalhadas falhas básicas em pacientes com dor crônica, como ocorrem nos casos aqui relatados.

Esses atendimentos foram realizados de forma a que as pacientes pudessem entrar em contato com todos esses significados e conseguissem melhorar as suas relações de vida, podendo não mais deixar a dor como fator relevante.

Na medida em que as pacientes foram mantendo contato com a realidade, as situações suficientemente boas puderam ser internalizadas como situações de vida possível e realista (Outeiral, 2001, 2008).

REFERÊNCIAS

- Chiozza, L. (1998). A interpretação psicanalítica da doença somática. In L. Chiozza (Ed.), *O sentimentos ocultos em hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia de próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes* (pp. 13-32). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Giovachini, P. L. (1995). Regressão, reconstrução e resolução: continência e holding. In P. L. Giovachini (Ed.), *Táticas e técnicas psicanalíticas de D.W. Winnicott* (pp. 183-211). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Hisada, S. (2002). *Clínica do setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Joseph, B. (1992a). Em direção à experiência de dor psíquica. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 97-105). Rio de Janeiro: Imago.

- Joseph, B. (1992b). Relações de objeto na prática clínica. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 205-216). Rio de Janeiro: Imago.
- Joseph, B. (1992c). Transferência: a situação total. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 162-172). Rio de Janeiro: Imago.
- Meltzer, D. (2009). The relation of dreaming to learning from experience in patient and analyst. In D. Meltzer (Ed.), *Dream life: a re-examination of the psychoanalysis theory and technique* (pp. 163-169). Londres: Karnac Books.
- Outeiral, J. O. (2001). Desamparo e trauma: transferência e contra-transferência. In J. O. Outeiral (Ed.), *Clínica da transicionalidade: fragmentos da análise de uma adolescente* (pp. 75-113). Rio de Janeiro: Revinter.
- Outeiral, J. O. (2008). Do adolescer ao adulecer. In J. O. Outeiral, L. Moura & S. M. V. d. Santos (Eds.), *Adulecer: a dor e o prazer de tornar-se adulto* (pp. 1-14). Rio de Janeiro: Revinter.
- Rosa, J. T. (2002). Apresentação. In S. Hisada (Ed.), *Clínica do setting em Winnicott* (pp. i-iv). Rio de Janeiro: Revinter.
- Roth, P. (2003). Delineando uma cena: níveis de interpretação transferencial. In R. D.-M. Ponce (Ed.), *Livro anual de psicanálise 17* (pp. 55-64). São Paulo: Editora Escuta.
- Shoenberg, P. (2009). Musculoskeletal disorders. In P. Shoenberg (Ed.), *Psychosomatics: the uses of psychotherapy* (pp. 171-179). London: Palgrave Macmillan.
- Winnicott, D. W. (1949). A mente e sua relação com psicossoma. In D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE INGESTÃO COMPULSIVA (BES). UM ESTUDO COM UMA AMOSTRA DE OBESOS PORTUGUESES

ANA ROSA TAPADINHAS 1 & JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO 2

A perturbação de ingestão compulsiva (PIC) ou *binge eating disorder* (BED) é uma nova entidade nosológica cujos critérios de diagnóstico foram definidos por Spitzer *et al.* (1993, Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; Elfhag, 2003; Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004; Stunkard & Allison, 2003), integrados no DSM-IV (1996), e os seus critérios fundamentais são: a ingestão objectiva de grandes quantidades de comida e a perda de controlo (Yanovski, 2002). Quando estes episódios se verificam, pelo menos, bissemanalmente e nos últimos seis meses, associados à perda de controlo e sem comportamentos compensatórios dirigidos à perda de peso, pode considerar-se a presença da síndrome de perturbação de ingestão compulsiva (PIC) (Freitas, Lopes, Coutinho & Apolinário, 2001).

A PIC pode ocorrer em sujeitos com peso normal ou com excesso de peso. As primeiras referências de ingestão compulsiva entre os obesos remetem para a década de 50 e em 1959, Stunkard descreveu a ingestão compulsiva como um padrão comportamental distinto em alguns obesos. Posteriormente, foram conduzidos vários estudos epidemiológicos, cujas abordagens foram sendo melhoradas progressivamente (Azevedo *et al.*, 2004; Isnard *et al.*, 2003).

A prevalência da PIC em amostra de sujeitos obesos incluídos em programas de perda de peso varia entre os 7% e os 30%, enquanto que indivíduos de amostras com peso normativo evidenciam rácios de PIC entre os 1,8% e os 4,6%. Contudo, nas amostras de obesos candidatos a cirurgia bariátrica os níveis de PIC identificados denotam valores mais elevados (27% a 47%) (Freitas, Lopes, Appolinário & Coutinho, 2006).

Os obesos com PIC diferem claramente dos obesos sem PIC em diversos aspectos clínicos, apresentam, nomeadamente: 1) uma obesidade mais grave; 2) excesso de peso mais cedo; 3) preocupação com dietas mais cedo e mais frequente; 4) maiores níveis de psicopatologia, incluindo depressão, abuso de substâncias e problemas emocionais e afectivos, bem como perturbações de personalidade (Antoniou, Tasca, Wood & Bissada, 2003; Fassino, Leombruni, Pierò, Daga & Rovera, 2003; Pull, 2004; Stunkard & Allison, 2003; Yanovski, 2002).

1-Hospital S. Francisco Xavier, Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – UP.

Os primeiros instrumentos criados para avaliar a PIC e as PCA não foram construídos especificamente para avaliar os sujeitos com obesidade, nem recorrem a uma abordagem dimensional do fenómeno. O recurso a uma forma de medida contínua e que avalie os níveis de gravidade da PIC em doentes obesos constituiu uma mais-valia na caracterização e avaliação deste grupo de doentes, já que a investigação tem evidenciado a associação da comorbilidade psicopatológicas em relação com a gravidade da PIC e não face à gravidade da obesidade (Freitas *et al.*, 2001).

A Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva (*Binge Eating Scale* – BES) veio permitir observar a magnitude das alterações do comportamento alimentar, em diferentes momentos ao longo do tratamento e tem facilitado o acesso às inter-relações entre a PIC e os sintomas psicopatológicos. Desta forma, pareceu pertinente a tradução e adaptação da versão portuguesa, o que foi elaborado a partir da versão original de Gormally, Black, Daston e Rardin (1982) e de versão portuguesa/brasileira de Freitas *et al.* (2001), carecendo apenas um ligeiro ajustamento linguístico.

MÉTODO

Participantes

A amostra para o estudo da validação da versão portuguesa da BES foi composta por 167 sujeitos obesos, seguidos num hospital geral da zona da grande Lisboa, por uma equipa multidisciplinar de intervenção na obesidade e candidatos a cirurgia bariátrica. Apresentaram idades entre os 18 e os 64 anos e cuja média etária foi de cerca de 40 ($M = 40,2$) anos, com um peso médios de 119 ($M=118,9$; $dp=20,2$) kg, e um IMC médio de 45 ($M=44,5$; $dp=6,5$) kg/m². A escolaridade esteve entre os 4 e os 17 ($M = 9,9$) anos. Através da aplicação da BES acedeu-se aos diferentes níveis de gravidade de PIC que se distribuíram face às variáveis sócio-demográficas de acordo com os dados do Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição das variáveis face aos níveis de gravidade da PIC (N=167)

Variáveis		Níveis de Gravidade da PIC		
		Sem PIC (<i>n</i> = 126)	Moderada (<i>n</i> = 33)	Grave (<i>n</i> = 8)
<i>Idade</i>	<i>Média (±)</i>	39,3 (± 10,7)	42,2 (± 12,4)	44,9 (± 7,8)
	<i>Máximo /Mínimo</i>	64 / 19	64 / 18	59 / 36
<i>Sexo</i>	<i>Masculino</i>	24 (19%)	2 (6,1%)	1 (12,5%)
	<i>Feminino</i>	102 (81%)	31 (93,9%)	7 (87,5%)
<i>Escolaridade</i>	<i>Média (±)</i>	10,06 (± 4,05)	9,9 (± 4,2)	7,6 (± 4,4)
<i>Estado Civil</i>	<i>S/ Companheiro</i>	53 (42,1%)	15 (45,5%)	3 (37,5%)
	<i>C/ Companheiro</i>	73 (57,9%)	18 (54,5%)	5 (62,5%)
<i>Situação Profissional</i>	<i>Activos</i>	87 (69%)	26 (78,8%)	6 (75%)
	<i>Não Activos</i>	39 (31%)	7 (21,1%)	2 (25%)
<i>Peso</i>	<i>Média (±)</i>	118,5 (± 18,8)	117,9 (± 17,3)	130,3 (± 43,1)
	<i>Máximo /Mínimo</i>	178 / 81	167,5 / 87	230 / 98
<i>IMC</i>	<i>Média (±)</i>	44,1 (± 6,1)	45,3 (± 6,1)	46,7 (± 11,6)
	<i>Máximo /Mínimo</i>	69,6 / 35,1	56,3 / 35,3	71 / 37,6
<i>Idade Início de Excesso Peso</i>	<i>Infância</i>	21 (16,7%)	10 (30,3%)	1 (12,5%)
	<i>Adolescência</i>	24 (19%)	5 (15,2%)	-
	<i>Idade Adulta</i>	81 (64,3%)	18 (54,5%)	7 (87,5%)
<i>Doença Crónica</i>	<i>Sim</i>	67 (53,2%)	17 (51,5%)	4 (50%)
	<i>Não</i>	59 (46,8%)	16 (48,5%)	4 (50%)

Apesar de não se evidenciarem diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis sócio-demográficas, pode constatar-se através da análise do Quadro 1 que foram os sujeitos com níveis etários mais elevados que tenderam a apresentar níveis mais altos na PIC; os inquiridos com menor nível de escolaridade evidenciaram níveis mais graves na PIC; e um IMC mais elevado estava relacionado com níveis mais graves na PIC.

Material

A BES é um instrumento de auto-aplicação, desenvolvido por Gormally *et al.* (1982) com o propósito de identificar comportamentos e cognições características de ingestão compulsiva nos sujeitos obesos e que tem sido apresentado como adequado para descriminar os sujeitos obesos quanto á gravidade da PIC e em diferentes contextos (Freitas *et al.*, 2001, 2006).

Esta escala é composta por uma lista de 16 itens e 62 afirmações, em que o sujeito deverá seleccionar em cada item a afirmação com que mais se identifica e que será cotada de acordo com uma escala tipo Likert. A cada afirmação corresponde uma cotação de 0 a 3 pontos, indo desde a ausência (“0”) até á máxima gravidade (“3”) da PIC. Cada item apresenta três ou quatro níveis de alternativa de resposta cujo resultado final corresponde á soma dos pontos obtidos nos 16 itens, e pode variar entre 0 e 46 pontos. Permite avaliar quanto á gravidade da PIC e estabelecer parâmetros face ao prognóstico no tratamento dos doentes (Gormally *et al.*, 1982; Freitas *et al.*, 2001, 2006).

Diversos autores têm referido a BES como um instrumento relevante para a avaliação e diagnóstico da PIC. A classificação da perturbação do comportamento alimentar em três níveis diferentes de gravidade foi apresentada por Marcus, Wing e Hopkins em 1988, sendo que: pontuações iguais ou inferiores a 17 pontos, considera-se a ausência de PIC; pontuações entre 18 e 26 pontos, considera-se uma PIC moderada; e pontuações iguais ou superiores a 27 pontos, considera-se uma PIC grave (Freitas *et al.*, 2001, 2006).

Procedimento

Os itens da BES foram submetidas a tradução para língua portuguesa por dois psicólogos clínicos e submetidos a retroversão para a língua inglesa, e a versão final foi submetida à apreciação do Professor Doutor Pais Ribeiro, orientador deste estudo.

Concluída a fase da tradução, a versão em língua portuguesa assumiu o nome de Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva, foi aplicada a um grupo de cinco pessoas de diferentes idades e estatutos sócio-profissionais, as quais não referiram dificuldade na sua compreensão. Passou-se então à fase da investigação com a amostra do estudo.

Com recurso ao Software SPSS versão 15 para o Windows, procedeu-se à análise das qualidades métricas da escala.

RESULTADOS

A aplicação da BES na amostra do presente estudo não permitiu, tal como no estudo original, evidenciar diferenças estatisticamente significativas face ao sexo. No entanto, através da análise da Quadro 2 constatarem-se diferenças entre os sujeitos no que concerne á gravidade da PIC salientando-se a presença de diferenças estatisticamente significativas, da mesma forma como foi mencionado por Gormally *et al.* (1982) , entre todos os grupos e de acordo com os testes de comparação múltipla a posteriori (Pestana & Gageiro, 2005).

Quadro 2:Valores da estatística Anova no estudo das diferenças face á gravidade da PIC (N=167).

	Cotação	N	Média	Gravidade da PIC		F	p
				Desvio Padrão			
BES	Sem PIC	126	8,79	4,60			
	PIC Moderada	33	21,33	2,45	221,4	0,001	
	PIC Grave	8	35,13	6,24			

A análise da consistência interna foi realizada através da avaliação do Alfa de Cronbach, cujo valor deverá ser superior a 0,60 (Pestana & Gageiro, 2003). No que concerne à Fidelidade os autores identificaram um valor moderadamente elevado de consistência interna ($\alpha = 0,85$) para a BES (Gormally *et al.*, 1982). Freitas et al. (2006) constatarem na versão portuguesa/brasileira da BES um nível de Fidelidade moderadamente elevado, identificando uma consistência interna ($\alpha = 0,89$) equivalente á que foi mencionada no estudo original. No presente estudo os dados de Fidelidade identificados correspondem a um valor moderadamente elevado de consistência interna ($\alpha = 0,87$) para a BES. Paralelamente, constatou-se neste estudo que a gravidade da PIC não se encontrava associada á gravidade da obesidade. No que concerne à Validade da BES foi testada em diversos estudos com diferentes instrumentos que avaliam o comportamento alimentar. Greeno, Marcus e Wing (1995) testaram a concordância da BES com a entrevista semi-estruturada *Eating Disorder Examination* (EDE) e constatarem que os dois instrumentos coincidiam na classificação dos sujeitos sem PIC em cerca de 93% dos casos e nos inquiridos com PIC a concordância foi de 52%. O estudo efectuado por Freitas *et al.* (2006) identificou uma concordância entre os resultados da BES e da *Structured clinical interview for DSM-IV* (SCID-I/P) na versão portuguesa/brasileira nos sujeitos com PIC.

Quadro 3:Valores da estatística Anova no estudo das diferenças entre a escala BES as escalas e os compósitos DT, B, BD, o EDRC, A, o GPMC, LSE, PA, o IC, ID, ED e o APC (EDI-3).

	Cotação	N	EDI-3					
			DT	B	BD	EDRC	A	GPMC
BES	Sem PIC	126	Média	Média	Média	Média	Média	Média
	PIC Moderada	33	42,21	39,83	48,89	41,40	34,73	28,79
	PIC Grave	8	45,48	45,12	52,91	46,61	39,85	32,30
	F		49,50	48,25	55,63	50,75	46,63	37,00
	p		4,70	15,12	6,72	14,87	15,98	9,40
			0,01	0,001	0,002	0,001	0,001	0,001
BES	Sem PIC	126	LSE	PA	IC	ID	ED	APC
	PIC Moderada	33	Média	Média	Média	Média	Média	Média
	PIC Grave	8	29,55	32,15	28,97	31,98	37,14	31,98
	F		33,09	35,58	32,70	34,00	39,24	34,27
	p		36,38	36,75	34,88	41,75	43,00	40,75
			7,00	5,75	7,23	7,63	4,72	8,37
			0,001	0,004	0,001	0,001	0,01	0,001

BES - Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva; (EDI-3) DT - Obsessão por Emagrecer; B - Bulimia; BD -

Insatisfação Corporal; EDRC - Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar; A - Ascetismo; GPMC -

Desajustamento Psicológico Geral; LSE - Baixa Auto-Estima; PA - Alienação Pessoal; IC - Ineficácia; ID - Deficits

Introspectivo; ED - Desregulação Emocional; APC - Problemas Afectivos.

No presente estudo foi estabelecida a relação entre a BES e o EDI-3 (Quadro 3), nomeadamente no que remete para as escalas relacionadas com o comportamento alimentar e o compósito risco de perturbação do comportamento alimentar e constatou-se a presença de diferenças estatisticamente significativas face à gravidade da PIC.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciados neste estudo sugerem que a versão portuguesa da BES parece assumir-se como um instrumento válido na avaliação da PIC em sujeitos com perturbação de ingestão compulsiva, e mais especificamente em sujeitos obesos no contexto da intervenção multidisciplinar na obesidade, embora deva ser complementada, de acordo com os autores do instrumento, com a informação clínica proveniente da entrevista clínica prévia.

O recurso a uma forma de medida que avalie os níveis de gravidade da PIC em sujeitos com padrões alimentares alterados, e mais especificamente em doentes obesos, permite a caracterização e avaliação desta resposta comportamental. A investigação tem evidenciado uma associação positiva da comorbilidade de psicopatologia face à gravidade da PIC e não no que se refere à gravidade da obesidade (Freitas *et al.*, 2001).

A Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva (BES) veio permitir observar a magnitude das alterações do comportamento alimentar e tem facilitado o acesso às inter-relações entre a PIC e os sintomas psicopatológicos. Este aspecto fica confirmado na associação encontradas com as escalas e compósitos do EDI-3, que avaliação não só aspectos do comportamento alimentar como também cede a variáveis psicológicas envolvidas nas disfunções comportamentais de ingestão alimentar.

REFERÊNCIAS

- Antoniou, M., Tasca, G. A., Wood, J., & Bissada, H. (2003) Binge eating disorder versus overeating: A failure to replicate and common factors in severely obese treatment seeking women. *Eating Weight Disorder*, 8, 145-149.

- Azevedo, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D.C. (2004) Transtorno de Compulsão Alimentar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 170-172.
- DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (1996) Lisboa: Climepsi Editores.
- Elfhag, Kristina (2003) *Rorschach Personality Characteristics in Obesity, Eating Behaviour and Treatment Outcome*. Stockholm: Karolinska University Press.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004) Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria RS*, 26, (1), 47-51.
- Fassino, S., Leombruni, P., Pierò, A., Daga, A. G., & Rovera, G.G. (2003) Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 559-566.
- Freitas, S. R., Lopes, C. S., Appolinário, J. C., & Coutinho, W. (2006) The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the binge eating with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eating Behaviors* (7) 282-289.
- Freitas, S. R., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinário, J. C. (2001) Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4) 215-220.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982) The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55.
- Greeno, G., Marcus D., & Wing, R. (1995) Diagnosis of binge eating disorder: discrepancies between a questionnaire and clinical interview. *International Journal of Eating Disorder*, 17 (2) 153-160.
- Isnard, P., Michel, G., Frelut, M.-L., Vila, G., Falissard, B., Naja, W., Navarro, J., & Simeoni, M. C. M. (2003) Binge Eating and Psychopathology in Severely Obese Adolescents. *Inc. International Journal of Eating Disorders*, 34, 235-243.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 4ª Edição Revista e Aumentada. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pull, C. B. (2004) Binge Eating Disorder. *Curr Opin Psychiatry*, 17 (1), 43-48.
- Stunkard, A.J., & Allison, K. C. (2003) Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*, 27, 1-12.
- Yanovski, S. Z. (2002) Binge Eating in Obese Person. In Fairburn, C. G. & Brownell, K.D. (Eds.) *Eating Disorders and Obesity*. (pp. 403-407). London: The Guilford Press.

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA UTILIZANDO O CHAP

JOANA FONSECA TAVARES, ANTÓNIO PAZO PIRES, VÂNIA SÁ, ANDREA SILVA & ANA MARIA
CUNHA

A Psicoterapia têm como fim compreender a experiência subjectiva do sujeito, com o objectivo terapêutico de ajudar o sujeito que experiencia sofrimento psicológico.

Com o intuito de proporcionar ao paciente uma melhoria na sua qualidade de vida, em todos os domínios. É no desenvolvimento da relação terapêutica, entre terapeuta e paciente, que o paciente inicia a “aventura” de se pensar de uma nova forma, onde tem a oportunidade de “mergulhar dentro de si próprio” e avaliar aquilo que se passa com ele. Aquando da evolução da terapia, o desenvolvimento do *insight*, vai permitir uma componente satisfatória na terapia Psicanalítica. Este processo de auto-conhecimento ocorre em resultado das interpretações realizadas pelo terapeuta, possibilitando ao paciente modificar as suas anteriores crenças patogénicas. A Psicoterapia é vista, deste modo, como uma experiência afectiva que possibilita a *mudança*, comportando alterações no plano cognitivo e regulando o comportamento humano (Karasu, 1986). A *mudança* psíquica apresenta-se não só pela diminuição dos sintomas e inibições; como pelo no aumento da flexibilidade e maturação das defesas; melhorando a qualidade das relações interpessoais e a auto-estima; aumentar a capacidade elaborativa e para a sublimação e tornar o indivíduo mais consciencioso e mais capaz de perceber e expressar afectos positivos e negativos (Moreno, et al. 2005). A *mudança* terapêutica verifica-se no paciente ou, mais precisamente, nas experiências subjectivas do mesmo e nos seus comportamentos observáveis. As experiências subjectivas do paciente incluem-se em fenómenos como: pensamento; sentir; percepção; sensação; recordação; avaliação; intuição, querer, desejo (Nierderhauser, 2009). Segundo Sandell (1997), a *mudança* é medida consoante 5 dimensões: ao nível dos sintomas, da capacidade adaptativa, do *insight*, e dos conflitos básicos. As investigações realizadas, tendo as terapias de orientação psicanalítica como base de pesquisa, têm demonstrado na maior parte dos casos os seus efeitos positivos, ao nível da qualidade das relações de objecto e das auto-representações do paciente (Arnold, Farber & Geller, 2000). A Psicanálise têm-se destacado, desta forma, pelos seus efeitos mais profundos e mais permanentes (Luborsky, 2001; Sandell, 2001).

Sabendo-se da escassez de estudos realizados no domínio da Psicanálise e das Psicoterapias de Inspiração Psicanalítica, surgiu a necessidade de dar continuidade aos estudos já realizados anteriormente com enfoque nos Processos de Mudança. Vai ser utilizada a escala- *Change After Psychotherapy Scales* (CHAP), procurando investigar os padrões de mudança terapêutica através de resultados ao nível da mudança ao nível dos sintomas, da capacidade adaptativa, do *insight*, e dos conflitos básicos de gravações e transcrições de sessões de Psicoterapia.

MÉTODO

Participantes

“Marta” quarenta e três anos de idade é divorciada e vive sozinha. É a filha mais velha de quatro irmãos. Com dois anos e meio de idade quando morreu a mãe, tendo posteriormente vindo a viver na companhia do seu pai e avós paternos. No seio do lar onde habitou a sua mãe foi bastante idealizada. Aos seis anos de idade, em consequência de enurese secundária surge a sua primeira ida ao Psicólogo. Quando tem dez anos de idade o pai contrai um casamento do qual concebe um irmão. Um ano após se ter consumado o casamento do seu pai. “Marta” dá entrada num colégio interno, “Marta” relata não se ter confrangido. Aos quinze anos de idade apresenta claustrofobia particularmente, em aviões e grutas, vindo estes sintomas a persistir até à data do início da análise. A morte do seu pai foi próxima da época em que o divórcio da “Marta” foi consumado. Num acto de recusa à realidade, procurou afastar-se de Portugal, implantando-se noutro país onde viria a residir. É no país eleito para habitar que se depara com a depressão, o que fomentou indagar uma Psicoterapia de orientação Psicanalítica, a qual subsistiu cerca de um ano e meio. Posteriormente, quando se encontra de regresso a Portugal, procura a Psicanálise. Abarcando um *setting* com a periodicidade de três vezes por semana, cada sessão comportou a durabilidade de 50 minutos, efectivou-se a terapia num período de 3 anos e 5 meses, circunscrevendo os anos de 2004,2005,2006,2007 culminando em Janeiro de 2008. No que concerne aos sintomas ostentava sentimentos depressivos, excessivo controlo e inibição de afectos, evidenciando-se uma agressividade coartada. Exibia comportamentos de compulsividade, particularmente a compra de livros. Também se verificava leituras em demasia, do mesmo modo, era visível o gasto de dinheiro de forma descontrolada. No que respeita à sua imagem possuía excesso de peso. A sua vida social era praticamente inexistente, originando a sua adaptação ao meio de forma insatisfatória. Patenteava um fraco manuseamento do amor, exibia ódio nas relações que eventualmente pudesse aflorar com os demais. O seu comportamento tinha por base um falso-*self*. “Marta” adquire uma boa capacidade de *Insight*, apesar de desenvolver uma estruturação Neurótica da Personalidade. “Marta” evidenciava um Conflito Básico originado pela reparação de uma falha na Identidade Falo-Narcísica. Evocava uma certa agressividade; tendência para a submissão; um ciúme desapropriado e inveja acrescida, sentimentos de vergonha e de culpa, do mesmo modo, sustentava

uma certa ambivalência no que concerne à competência/incompetência e actividade/passividade. Constatou-se que para “Marta” o interdito tornara-se norma.

Material

Como Instrumento utilizado no presente trabalho recorreu-se à tradução efectuada por Sá & Pires (2008) da escala *Change After Psychotherapy Scales (CHAP)* elaborada por Rolf Sandell em 1987, por comparação com a tradução realizada por Cunha (2006). O objectivo do uso da escala é o de avaliar as mudanças que ocorrem durante ou após uma Psicoterapia, o que poderá ser comparado com o estado inicial do paciente. A Mudança contextua-se em cinco variáveis: a variável *Insight (I)* está relacionada com “*ter a capacidade de falar dos seus problemas e dificuldades com maior distância emocional e “self-ironia” ou humor, o paciente é capaz de falar e mostrar sentimentos a que não tinha acesso anteriormente, encontra-se mais tolerante e compreensiva, falando dos seus problemas*”; Conflitos Básicos (CB) “*a paciente depara-se mais flexível e aberta nas suas atitudes e hábitos, está mais tolerante em relação aos outros, tem mais empatia para com os outros, é capaz de ver as situações do ponto de vista dos outros*”; Capacidade Adaptativa (CA) consiste na “*aptidão da paciente em não evitar nem fugir das situações críticas, não ficar ansiosa durante ou antes das situações críticas, o acto de descrever situações concretas em que actuou de forma mais adequada do que antes*”; Sintomas (S) tomemos como o exemplo o facto da paciente já “*não se sentir preocupada com os seus sintomas, não falar espontaneamente dos seus sintomas, considerar os sintomas pouco importantes ou até mesmo o acto de revelar não merecer ser mencionado*”; no que concerne aos Factores Extra-terapêuticos (FE) tem que ver com o facto em que “*a paciente mudou devido a alguma relação considerada como terapia, ou deparou-se com adversidades e crises de qualquer outro tipo*”. No *Insight (I)*, Conflitos Básicos (CB) e Capacidade Adaptativa (CA), Sintomas (S), e Factores Extra-terapêuticos (FE) a Mudança é estimada numa escala de (0 a 1) onde 0 equivale a “*nenhuma e/ou mudança não óbvia*”; (0,5) corresponde a “*alguma e/ou menos óbvia mudança*” e (1) “*condiz a grande e/ou óbvia mudança*”. Os Factores Extra-terapêuticos poderão, efectivamente, cooperar na Mudança, a qual é estimada à posteriori, numa escala em que para o valor (0) - “*a mudança não é de forma alguma extra-terapêutica*”; para a estimação (0,5) - “*a mudança pode ser igualmente terapêutica e extra-terapêutica*” e para a avaliação (1) - “*a mudança pode ser inteiramente extra-terapêutica*”. A preferência pela escala em questão (*CHAP*) deveu-se à consideração da mesma ser exequível para avaliar a Mudança quer quantitativamente como qualitativamente, o que garantiu ao longo deste trabalho uma análise incisiva.

Procedimento

Os dados usados nesta pesquisa foram notas de 384 sessões escritas em discurso directo. Os dados estão organizados, segundo os blocos de notas originais, em seis períodos de 6 a 8 meses contendo cada

um cerca de 1/6 da totalidade das sessões. Estas notas correspondem a 3 anos e 8 meses de uma Psicanálise. As sessões tiveram a duração de 50 minutos, numa frequência de três vezes por semana.

A primeira etapa desta investigação teve início com uma fase de treino para a correcta identificação dos incidentes de mudança, tendo sido para tal seleccionado aleatoriamente 1/6 da totalidade das sessões, de Setembro de 2005 a Maio de 2006. Nesta fase inicial de treino foram discutidas as avaliações de forma independente por dois avaliadores do estudo e posteriormente foram discutidas com um terceiro. Após este treino, foram lidas todas as sessões por ordem, procedendo-se assim ao levantamento dos incidentes. Posteriormente, foram relidas a totalidade das sessões mas com um novo esquema cronológico, com o objectivo de garantir uma atenção redobrada na busca de incidentes de mudança, assim como obrigar a procurar no passado os primeiros indícios de mudanças verificadas no futuro e vice-versa. Desta fase resultou o levantamento da totalidade dos incidentes de uma forma mais fina e rigorosa. Paralelamente a este levantamento de incidentes de mudança, foi sendo avaliado o estado inicial da paciente, sendo a atenção centrada nas variáveis da escala. A etapa seguinte correspondeu à classificação dos incidentes de acordo com as cinco variáveis da *CHAP*: Sintomas, Capacidade Adaptativa, *Insight*, Conflitos Básicos e Factores Extra-terapêuticos. No final desta etapa foram confirmadas as classificações. A última etapa correspondeu à avaliação da quantidade de mudança para a totalidade dos incidentes de mudança, sempre obedecendo ao esquema: treino, tratamento dos dados e confirmação dos mesmos. Por fim foi calculado o grau de concordância entre os investigadores.

RESULTADOS

No início da terapia, todas as variáveis apresentam um grau de mudança médio moderado com valores compreendidos entre (0,5 e 0,7). Todavia, a variável Sintoma até ao segundo ano de terapia revelou ser a mais instável com flutuações radicais, notáveis desde o início. Nas restantes variáveis designadamente: *Insight*, (I) Capacidade Adaptativa (C.A) e Conflito Básico (C.B), manifestaram-se ténues variações ao longo das 95 sessões de terapia. Por seu turno, a variável *Insight*, ao avizinhar-se o período final da terapia ostentou oscilações radicais entre as sessões 260 e 320 de dois anos e meio a dois anos e onze meses de terapia. A variável *Insight* delimita o seu início com um grau de mudança médio de (0,5) oscilando entre este valor e (0,7) persistindo até à sessão número 256, concernente a sensivelmente a dois anos e meio de terapia. A partir desta altura a variável *Insight* assume um valor relativamente baixo (0,3) vindo posteriormente, a retomar o padrão inicial ao findar com um valor análogo ao que apresentou inicialmente (0,5). Constatou-se que à excepção da variável *Insight* que exhibe o valor médio de (0,5) as demais variáveis, no termo da terapia, admitem um grau de mudança médio bastante significativo na ordem de (0,9) valores. Até ao 5º conjunto de 8 sessões correspondente a um ano e meio de terapia, que engloba as sessões 132 a 160, cumpre-se a variação ao nível do grau de mudança médio entre (0,5 e 0,8). A partir daí, ocorre uma ascensão gradual de (0,5 a 0,9) o que

denota um bom indicador de mudança (0,9) persistindo até ao marco das 95 sessões. A variável Capacidade Adaptativa delimitou o seu início com um grau de mudança médio de (0,6) vindo a flutuar até ao conjunto das sessões 100 à 128(um ano de terapia) para um valor relativamente baixo (0,4). De um ano e dois meses até ao final da terapia, exibiu um desenvolvimento considerável, finalizando com o valor (0,9). A variável Sintoma (S) foi a que se destacou desde o início obtendo o valor mais elevado (0,7). Comporta-se de forma radical até ao conjunto das sessões 164 à 192 de um ano e sete meses a um ano e dez meses de terapia, com variações que obtêm o valor mínimo (0). Estas flutuações profundas justificam-se pela ausência da variável em três conjuntos de oito sessões e não pela obtenção de valores baixos de grau de mudança médio. A partir do agrupado que inicia com a sessão 196, respeitante sensivelmente a dois anos de terapia, manifesta-se o balancear entre valores médios de (0,6 e 0,9) afirmando-se o termo da terapia com o notável valor de (0,9). Neste mesmo espaço de tempo as variáveis C. B, C.A e S flutuam entre valores consideráveis de mudança (0,6 e 0,9), assinalando o desfecho com o valor (0,9) o que comprova um elevado nível de mudança. A variável I, atingiu graus de mudança mais elevados ao fim do primeiro e segundo ano e meio de terapia terminando com o grau de mudança médio de (0,5) opondo-se às restantes variáveis que auferiram no final o valor (0,9).

DISCUSSÃO

No decorrer da terapia, foi os incidentes estimados com a dimensão Conflito Básico avultaram-se, mantendo-se mais estável em proporção à variável Sintoma apresentando-se inconstante desde o começo da análise até à sessão número 192 (3ºano de análise). Ao longo da terapia, a proporção distinta de incidentes de mudança considerados “mistos” para a variável Sintoma é concordante com os Conflitos Básicos, ambas abarcaram o total de 8 incidentes, o que poderá ser explicado pelo facto de uma mudança no Sintoma transportar uma modificação ao nível da adaptação, ou revelar uma alteração nos conflitos intrapsíquicos. A variável *Insight*, evidenciou-se ao atingir um valor eminente de 29,5% dos incidentes “mistos” e “singulares”. Os resultados desta investigação, podem ser comparados com o estudo de Weiss, Sampson, e Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986, in Luborsky, 2001) ao conferirem que as cem sessões iniciais de uma Psicoterapia Psicanalítica, podem provocar o aumento da capacidade de *Insight*. Sabendo que a paciente, previamente, tinha realizado uma Psicoterapia Psicanalítica, entende-se que tal situação poderá ter influenciado a obtenção de *Insight* verificado ao longo de toda a análise. Com base nas frequências absolutas dos incidentes “singulares” e “mistos”, apuramos que os Conflitos Básicos (28,8%) e Capacidade Adaptativa (24,5%) atingiram valores elevados. Alcançando-se mudanças expressivas, o que testemunha a concepção de Blum (1979), ao comprovar que esta pode conduzir à resolução de conflitos inconscientes, à Mudança Estrutural e à Capacidade Adaptativa. No universo de 95 sessões contabilizaram-se 26 que não apresentaram registo de incidentes de Mudança. Sabendo que a análise se desenvolve num processo

ininterrupto, tal facto é comprovado neste estudo, está patente a constante evolução e consequente mudança, que segundo (Waldron, 1997) poderá perseverar após o término da terapia. Quanto ao grau de mudança entre as variáveis, destacou-se a variável Sintoma alcançando, no início da terapia, níveis elevados desde a sessão 36 à 64 relativo aos meses de Setembro a Dezembro 2004. No quarto ano de terapia, foi notório o elevado número na Capacidade Adaptativa, o que garantiu uma melhoria sintomática e no funcionamento da vida da paciente. Os resultados obtidos demonstram que as mudanças sucederam ao longo de todas as variáveis. Apesar de determinadas mudanças não adoptarem a mesma evolução, algumas variáveis destacaram-se particularmente, a Capacidade Adaptativa que surgiu com valor mais elevado nas sessões 324 à 352. O correspondente a meio ano do termo da terapia. Ainda na esfera dos valores grandiosos, a variável *Insight* no primeiro ano de terapia teve o seu valor mais alto. A variável Sintoma a partir da sessão 196 à 224 alcança valores sublimes conservando-se até ao término da terapia., Tendo sido a mudança evolutiva, podemos considerar que houve uma melhorias na paciente. Da sessão 4 à 192 até metade da terapia (referente a três grupos de sessões) verifica-se a ausência da variável Sintoma. No desfecho da terapia, relativamente a esta variável, a mudança ocorre em profundidade, que corrobora os efeitos conquistados por Wilczek e colaboradores (2004), onde estes apuraram uma diminuição sintomática em pacientes que concluíram a terapia. No ano de 2006, verificou-se um padrão análogo entre o Sintoma e a Capacidade Adaptativa permanecendo uma distinta correlação entre as variáveis por seu turno, a variável Conflito Básico adoptou um percurso em concordância com Dewald (1972, in Meissner, 2000), sabendo que, o autor atesta que a mudança estrutural define-se por um processo pausado e moroso no decorrer da terapia. A variável *Insight* nunca atinge valores muito elevados, mantendo-se constante ao longo de quase toda a terapia, à excepção do aumento notável da sessão 36 à 64. As variáveis Conflito Básico, Capacidade Adaptativa e Sintoma contêm valores elevados no término da terapia, comprovando que a mudança estrutural se estabeleceu.

Em termos de investigação futura temos como objectivo avaliar as mudanças verificadas no decorrente de uma Psicoterapia, utilizando o CHAP como instrumento, mas tendo como material de investigação, gravações e transcrições de sessões de Psicoterapia. Sentimos a necessidade de tentar responder às limitações do estudo aqui apresentado, tentando compreender até que ponto a mudança é extra-terapêutica ou poderá ser considerada genuinamente terapêutica.

REFERÊNCIAS

- Arnold, E., Farber, A., & Geller, J. (2000). Changes in patients' self-representation over the course of psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 28 (3), 449-466.

- Blum, P. (1979). The curative and creative aspects of insight. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 41-70.
- Sá, V. (2009). Tradução do artigo: Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP). Manual and Commentary.
- Luborsky, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (4), 583-604.
- Nierderhauser, D. (2009) – Therapeutic Change and the experience of joy. Toward a theory of curative processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 187-211.
- Sandell, R. (1997a). Psychotherapeutic change is predictable, spontaneous change is not. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (8), 925-933.
- Sandell, R. (1997b). *Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP) - manual and commentary*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Waldron, S. (1997). How can we study the efficacy of psychoanalysis? *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 283-322.
- Wilczek, A., Barber, J. P., Gustavsson, J. P., Åsberg, M., & Weinryb, R. M. (2004). Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52 (4), 1163-1183.
- Klockars, L. (2004). Linking mind, body and language: Free association revisited. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 27 (2), 105-112.

ADOLESCÊNCIA E SAÚDE: UM ESTUDO INTERDISCIPLINAR EM UMA ESCOLA EM LOURES – PORTUGAL

*LEÔNIA TEIXEIRA 1, NATÁLIA RAMOS 2, REGINA MACIEL 1, LUCIANA MAIA 1 & CRISTIANE
VASCONCELOS 1*

A adolescência constitui um dos temas mais abordados na literatura científica de várias disciplinas, interrogando concepções unidimensionais com explicações lineares e causais do desenvolvimento humano, visto somente pela perspectiva do ciclo vital, isto é, pela sequência de fases com características e conseqüências peculiares em termos orgânicos, psicológicos, cognitivos e sociais. Observamos, nesse sentido, termos como adolescência tardia, pós-adolescência e sociedade adolescêntica.

A entrada na adolescência, com as mudanças relativas à sexualidade, às mudanças corporais e às figuras de referência, trás à tona questões relativas ao narcisismo, à integração e representação do eu e aos recursos com os quais o sujeito conta para fazer frente a estas mudanças, já que a entrada no laço social consiste em uma tarefa.

O adolescer configura, juntamente com a infância, idades que nas últimas décadas têm sido fortemente valorizadas e investidas afetivamente pelo social, instaurando desafios ao sujeito quanto às vivências do seu corpo, às relações com seus pares, à aproximação com as tarefas adultas, especialmente o trabalho, e com as experiências da temporalidade e da espacialidade no campo urbano que se sobressaem ao espaço da família. Sair do campo familiar como espaço de segurança e de aconchego significa, além de ampliar os vínculos e se inserir no laço social, inaugurar um espaço psíquico complexo constituído pela submissão à Lei e às leis que regem a vida coletiva.

A adolescência consiste no foco desta pesquisa sendo considerada como tema frutífero para a apreensão de como as subjetividades contemporâneas se constroem, já que no sujeito adolescente parecem se atualizar aspectos relativos à às instituições sociais como família e escola, bem como à inscrição no laço social, marcada pelos modos de desinvestimento das figuras parentais e inserção nos vínculos e espaços sociais amplos.

1-Universidade de Fortaleza; 2-Universidade Aberta de Portugal.

O estudo procura descrever características relacionadas à estrutura e organização familiares, ao posicionamento em uma rede geracional (avós, pais, filhos e irmãos), às perdas vivenciadas pela família em adolescentes.

MÉTODO

Participantes

A pesquisa foi realizada em uma escola em Loures (PT), com 122 adolescentes entre onze e dezoito anos de ambos os sexos em 2009 e 2010. A média de idade dos estudantes foi 13,85 anos (DP=1,84). Desses, 69 (56,6%) são meninas e 53 (43,4%) são meninos. Todos estavam cursando o ciclo básico do quinto ao nono ano. Desses, 58,6% tem pai de nacionalidade portuguesa, 26,2% com nacionalidade de países africanos de língua portuguesa e o restante 17,2% com pais de outras nacionalidades. Quanto à nacionalidade das mães, o resultado é similar: 61,5% de nacionalidade portuguesa, 25,6% com nacionalidade de países africanos de língua portuguesa e o restante de outras nacionalidades. 80,5% dos estudantes tem nacionalidade portuguesa e 15,3% de países africanos de língua portuguesa e o restante de outras nacionalidades.

Material

O questionário continha questões relacionadas a aspectos sócio demográficos dos participantes, questões sobre a família, saúde da família, perdas, peso e altura do adolescente (IMC – Índice de Massa Corporal) e outros. Continha também questões sobre satisfação com o corpo dos adolescentes e a escala SRQ2 (Self Report Questionnaire). O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) foi utilizado para avaliar sofrimento mental. Trata-se de um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993, 1994, 2001a, 2001b, 1002) e validado no Brasil por Mari e Willians (1996). O SRQ foi desenvolvido como instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns (TMC) na atenção primária e possui 20 questões com respostas binárias. As respostas possibilitam o estabelecimento de um escore, acima do qual o sujeito é considerado como um provável caso (Harpham et al., 2003; Santos et al, 2009). Por fim procurou-se avaliar a percepção do estresse da família, qualidade de vida e capacidade de lidar com as situações.

Os questionários foram auto aplicados em salas de aula mediante aprovação dos responsáveis pelos alunos. A aplicação durou em média uma hora. Aos estudantes foram fornecidas as devidas instruções e durante a aplicação podiam fazer perguntas para esclarecimento.

Procedimento

Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente considerando referências teóricas sobre o adolecer na contemporaneidade, as instituições sociais, a construção da corporeidade, tendo como solo conceitual o campo da saúde coletiva.

Os questionários foram tabulados e analisados utilizando-se o programa SPSS (versão 18 para Windows). Em geral, foram feitas análises descritivas e alguns resultados foram comparados através do χ^2 e através de análise de variância (ANOVA).

RESULTADOS

Uma das dimensões da análise foi o Índice de Massa Corporal (IMC), classificando-se os participantes de acordo com a tabela proposta pela OMS (Conde e Monteiro, 2006; Freitas et al., 2010; Giugliano e Melo, 2004). O resultado total do SRQ20 foi outra dimensão estudada. O SRQ20 mede transtornos mentais comuns (TMC) e os participantes foram classificados como apresentando sintomas de TMC ou não de acordo com o ponto de corte 7/8, conforme sugestão de Harpham et al (2003). Em relação à dimensão satisfação com o corpo avaliou-se por uma série de sete questões em uma escala Likert de cinco pontos. A partir desses resultados, construiu-se uma medida da satisfação com o corpo pela média das respostas fornecidas. Além disso, considerou-se a percepção da qualidade de vida da família e do estresse, bem como capacidade de lidar com situações problemas através de sete questões com respostas tipo Likert (cinco pontos). Na análise dessas questões agrupou-se as respostas em três níveis: muitíssimo ou muito, regular e pouco e pouquíssimo.

Os resultados gerais do IMC indicam que 28,7% estão abaixo do peso normal, 51,6% estão no peso considerado adequado e 6,6% estão acima do peso. Vale ressaltar que estes valores estão baseados unicamente no relato dos participantes. Em relação aos TMC, 18% (22 participantes) apresentam sintomas, enquanto 82% não. O índice de satisfação corporal, apresentado em uma escala com variação de 1 a 4, apresentou uma média de 1,59. Os participantes, para fins das comparações realizadas foram divididos em alta e baixa satisfação respectivamente acima e abaixo da média. Ressalta-se que os dados são condizentes com a pesquisa de Cordeiro (2006) sobre aparência física na adolescência.

Os resultados referentes às percepções sobre o estresse, qualidade de vida e capacidade de adaptação dos adolescentes às situações problemas podem ser vistos no quadro 1.

O quadro 2 apresenta as correlações existentes entre a Satisfação com o corpo, TMC e IMC. Nota-se pela tabela que apenas a correlação entre satisfação com o corpo de TMC é significativa ao nível de $p<001$ e que essa relação é inversamente proporcional, isto é, quanto maior a satisfação com o corpo menor o índice de TMC. A Figura 1 mostra essa mesma relação de forma gráfica.

Quadro 1: Resultados das percepções sobre estresse, qualidade de vida e capacidades de adaptação dos adolescentes.

	o	negativ io	méd vo	positi
Como é que avalia o estresse (preocupação) da sua família	37 31,6%	38 32,5%	42 35,9%	
Como é que avalia a qualidade de vida de sua família	5 4,2%	42 35,6%	71 60,2%	
Como é que avalia as suas capacidades para lidar com dificuldades-problemas	8 6,7%	47 39,5%	64 53,8%	
Como você se adapta, em geral, às dificuldades	7 5,8%	58 48,3%	55 45,8%	
Qual o seu nível de estresse (preocupação) quando tem dificuldades na escola	42 34,4%	39 32,0%	38 31,2%	
Qual o seu nível de stress (preocupação) quando tem dificuldades em casa	36 29,5%	36 29,5%	47 38,5%	
Qual o seu nível de stress quando tem dificuldades com amigos, namorado (a)	43 36,4%	32 27,1%	43 36,4%	

Quadro 2: Correlações entre as variáveis TMC, IMC e satisfação com o corpo.

Correlações			SRQ20	IMC	Satisfação com o corpo
SRQ20	Correlação de	1		,082	-,429**
	Pearson				
	Significância			,405	,000
	N	121		105	116
IMC	Correlação de				,001
	Pearson				
	Significância				,991
	N				102
Satisfação com o corpo	Correlação de				
	Pearson				
	Significância				
	N				

** Correlação significativa ao nível de 0.01.

Como pode ser notado no quadro 2, o único dado estatisticamente relevante é a correlação negativa entre os Transtornos Mentais Comuns e Satisfação com o Corpo, indicando que aqueles adolescentes que apresentam sintomas de TMC são os que relatam insatisfação com o corpo.

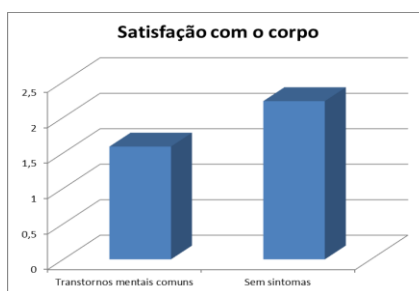


Figura 1: Relação entre satisfação com o corpo e presença ou ausência de transtornos mentais comuns (TMC).

Corroborando os dados supracitados, no que se refere à relação entre Satisfação com o corpo e Transtornos Mentais Comuns, os dados da figura 1 indicam que são os adolescentes que não apresentam sintomas desses transtornos os que têm maior satisfação com o corpo.

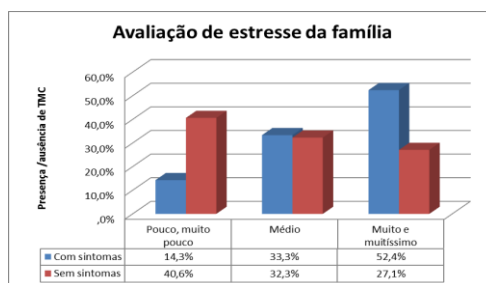


Figura 2: Relação entre avaliação de estresse na família e presença ou ausência de transtornos mentais comuns (TMC).

Na figura 2 pode-se observar que os a avaliação de muito estresse na família corresponde aos adolescentes que apresentam sintomas de TMC, sendo esse dado significativo ($\chi^2 = 6,82$, Gl = 2, $p < 0,05$).

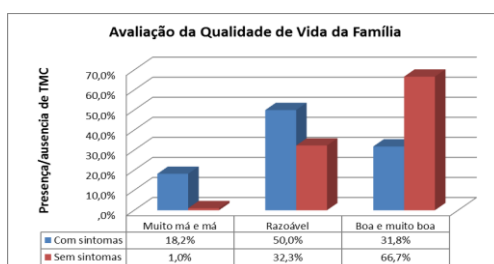


Figura 3: Relação entre avaliação da qualidade de vida da família e presença ou ausência de transtornos mentais comuns (TMC).

Os dados apresentados na figura 3, sugerem que os adolescentes que avaliam positivamente sua família em termos de qualidade de vida, menos apresentam sintomas de TMC. Esses dados são estatisticamente significativos ($\chi^2 = 17,59$, Gl = 2, $p < 0,00$).

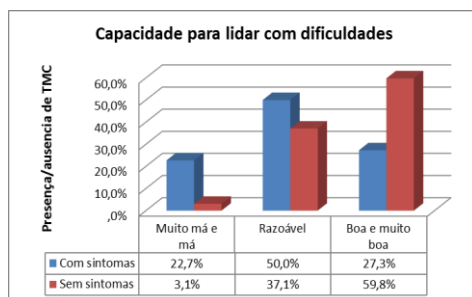


Figura 4: Relação entre capacidade para lidar com as dificuldades e presença ou ausência de transtornos mentais comuns (TMC).

Os dados apresentados na figura 4, sugerem que os adolescentes que avaliam como boa a sua capacidade para lidar com dificuldades em sua maioria são aqueles que não apresentam sintomas de TMC ($\chi^2 = 14,56$, $Gl = 2$, $p < 0,05$).

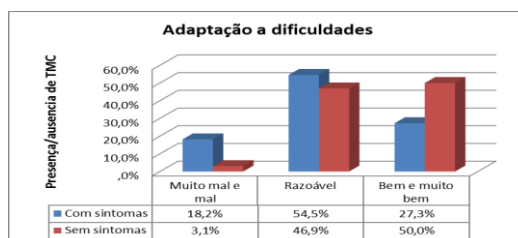


Figura 5: Relação entre percepção sobre capacidade de adaptação a dificuldades e presença ou ausência de transtornos mentais comuns (TMC).

Em relação aos dados referentes à capacidade de adaptação às dificuldades percebida pelos adolescentes e a presença ou ausência de transtornos mentais comuns, observou-se que quanto menos os adolescentes apresentam sintomas de sofrimento, masi tem uma positiva percepção sobre suas capacidades de resiliência, entendida como possuir recursos para lidar com dificuldades da vida cotidiana, como problemas relativos à escola, aos amigos e familiares ($\chi^2 = 9,28$, $Gl = 2$, $p = 0,01$). As questões que focalizavam essas variáveis interrogavam acerca de como o adolescente se adaptavam, em geral, às dificuldades, sendo essas relacionadas diretamente a problemas.

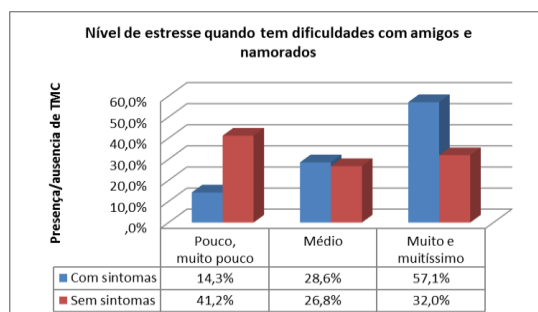


Figura 6: Relação entre percepção do nível de estresse quando tem dificuldades com amigos e namorados e presença ou ausência de transtornos mentais comuns (TMC).

Observou-se que os adolescentes, em momentos de dificuldades nas relações com amigos e namorados(as), apresentam maior indicativo de sintomas de transtornos mentais comuns ($\chi^2 = 6,46$, Gl = 2, $p < 0,05$).

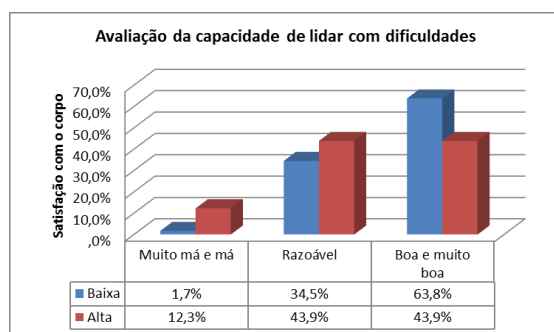


Figura 7: Relação entre avaliação da capacidade de lidar com dificuldades e satisfação com o corpo.

Os adolescentes que avaliam como positiva, ou seja, como sendo capazes de lidar com dificuldades apresentam indicativos de que estão satisfeitos com o corpo, sem descreverem problemas significativos nesse aspecto ($\chi^2 = 7,37$, Gl = 2, $p < 0,05$).

DISCUSSÃO

As características relacionadas à estrutura e organização familiares, ao posicionamento em uma rede geracional (avós, pais, filhos e irmãos), às perdas vivenciadas pela família e pelo adolescente não se mostraram significativas. Verificou-se que, apesar das especificidades quanto às características sócio-demográficas dos participantes, os adolescentes pesquisados figuram os paradoxos das sociedades contemporâneas, particularmente quanto aos posicionamentos frente às percepções sobre o corpo, sendo essas relacionadas aos traços narcisistas atuais, especialmente quanto ao item “satisfação com o corpo” e aos indicadores de transtornos mentais normais.

Observou-se que os adolescentes pesquisados tem como referência o contexto familiar e o fraterno, sendo este entendido como a rede de pares, amigos e namorados(as), ou seja, os mais próximos em seu cotidiano. Parece-nos que as funções familiares se completam, ou mesmo são substituídas pelos pares como suporte subjetivo para a resolução de problemas e o enfrentamento cotidiano dos desafios próprios à adolescência e às condições de vida. Tal constatação põe em relevo o lugar fundamental da função fraterna na constituição subjetiva no adolecer, o que sugere que, mesmo apresentando dificuldades em relação à percepção que os adolescentes constroem do corpo e alguns traços indicadores, segundo o SRQ-20, de transtornos mentais comuns, os vínculos sociais que se constituem ao “sair de casa” e passar ao meio mais amplo são bem relevantes.

A escola, como espaço de constituição subjetiva relevante para o adolescer, nesse sentido, merece atenção, já que nela o adolescente é defrontado com demandas distintas da família, tendo que ocupar lugares sociais distintos e se confrontar com o “outro” personificado na figura do colega, do amigo, do namorado(a). Espera-se, com tais resultados, contribuir para a construção de estratégias de intervenção que privilegiem a discussão de temas como a família, a escola, os *media*, os grupos e o corpo em perspectivas interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

- Conde, W. L., Monteiro, C. A. (2006). Valores críticos do índice de massa corporal para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes brasileiros. *Jornal de Pediatria*, 82 (4).
- Cordeiro, R. (2006). Aparência física e amizade íntima na adolescência: Estudo num contexto pré-universitário. *Análise Psicológica*, 4 (XXIV): 509-517.
- Freitas, C. et al . (2010). O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. *Revista Brasileira de Educação Física e do Esporte*, São Paulo, v. 24, n. 3, set.
- Giugliano, R., & Melo, A .L. P. (2004). Diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares: utilização do índice de massa corporal segundo padrão internacional. *Jornal de Pediatria*, 80 (2).
- Mari J.J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 148,23-6.
- Santos, K., Araújo, T, & Oliveira, N. (2009). Factor structure and internal consistency of the *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) in an urban population. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1),214-222.
- WHO. (1994). *User's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: *World Health Organization*.
- WHO. (2001a). *The World Health Report: Mental Health*. Geneva: *World Health Organization*.
- WHO. (2001b). *Atlas: Mental health resources in the world. Mental health determinants and populations*. Geneva: *World Health Organization*.
- WHO. (2002). *The World Health Report: Mental Health*. Geneva: *World Health Organization*.

“UM OLHAR ATRAVÉS DA JANELA”. A DOENÇA CRÓNICA NA INFÂNCIA: A VIVÊNCIA DA FAMÍLIA E DA CRIANÇA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

SANDRA TEIXEIRA, SUSANA FERREIRA DA COSTA & SANDRA MATOS

A insuficiência renal crónica, tal como todas as doenças crónicas, para além da doença somática, tem implicações psicológicas importantes. Para a maioria das crianças e famílias que se deparam com esta realidade, é uma doença pouco conhecida, o que implica tomar contacto com uma realidade muitas vezes vista como sendo “dos outros” e não sua. Para a criança o seu corpo passa a ser vivido como “um lugar de sofrimento”, surgem diferentes fantasias, sentimentos de culpabilidade, medos e angústias face aos tratamentos e à hospitalização. Com a introdução da medicação e restrições alimentares, frequentemente surgem alterações da imagem corporal e as temáticas relacionadas com a morte. Tudo isto interfere quer com o contexto psicossocial da criança quer com a dinâmica familiar.

Cada criança e cada família desperta em nós, técnicos, sentimentos diferentes, e com cada uma percorremos um caminho, por vezes difícil e com percalços, mas sempre com especificidades que têm a ver com o modo como cada família se vai ajustando à situação de doença crónica da criança. Para ilustrar e reflectir acerca deste tema apresentamos a história da Ana e da sua família.

Caso clínico:

A Ana, de 11 anos, foi uma criança saudável até há cerca de 1 ano. Conhecemos a Ana e os seus pais pouco tempo após o diagnóstico de insuficiência renal crónica. A Ana é uma menina que aparenta a sua idade, investida e cuidada na forma de se vestir. Tem um contacto simpático e agradável e, num primeiro momento, transmite calma e serenidade. É pouco espontânea, pensando muito naquilo que diz, como se não pudesse ou não conseguisse expressar abertamente os seus sentimentos. Os pais mostraram-se afáveis. Contudo, os seus rostos eram o espelho da tristeza e da preocupação face à doença da filha. No seu discurso parecia haver já alguma aceitação da mesma. No primeiro contacto foi evidente a proximidade relacional entre os três, na forma como se expressavam e falavam sobre a situação que estavam a viver, como se fosse perigoso reagirem de forma diferente entre si.

Nos nossos encontros posteriores os pais expressaram momentos de angústia face à situação inesperada de doença e à impossibilidade de minimizarem ou suprimirem o sofrimento da filha.

Sentiam que não tinham o controlo do mesmo. Este sentimento de impotência causava-lhes grande angústia.

Falavam com emoção de como a Ana tinha sido uma bebé muito desejada. Poucos meses antes da sua gravidez tinham perdido um outro bebé, no 1º trimestre de gestação. Após um período de tristeza tinha surgido esta nova gravidez, a qual foi vivida com ansiedade devido ao receio de uma nova perda. Desde o nascimento da Ana tornaram-se os três inseparáveis!

Descrevem-na como uma “menina fácil”, que nunca lhes deu problemas, com uma boa capacidade de adaptação, facilidade em fazer amigos e uma aluna com notas razoáveis. Adeptos da vida ao ar livre, passeavam e viajavam, faziam campismo, participavam em encontros de motards e a Ana acompanhava-os sempre. Tudo isso tinha sido agora interrompido.

Quando a Ana adoeceu e lhe foi diagnosticada a doença renal, os pais sentiram-se “muito perdidos”. Recordam o período inicial como uma fase de choque. Sentem que tiveram pouco tempo para pensar, pois foi tudo muito rápido e a Ana foi internada de imediato. Durante os internamentos os pais estiveram sempre presentes, o que era sentido pela Ana como securizante. Nunca a tinham visto tão fraca, com “ar de doente”. No primeiro internamento procuraram mais informação sobre uma doença que para eles era desconhecida. Das conversas com outros pais que passavam pela mesma situação procuraram absorver cada palavra, cada vivência. Se por um lado se sentiram mais “conhecedores” da doença, por outro sentiram-se angustiados pelas diferentes histórias de vida. As conversas com os médicos e enfermeiros foram-lhes permitindo esclarecer dúvidas, ao mesmo tempo que começaram a ouvir novas palavras: doença crónica, diálise, transplante renal,

Para a Ana foi difícil aceitar que a sua doença era crónica. Inicialmente pensou que com o internamento a doença “se curasse”. Aos poucos foi-se apercebendo, através das conversas e reacções dos pais, que era mais grave do que pensava. Nem sempre compreendia o que os médicos lhe transmitiam, o que a deixava ansiosa, com receio de que a sua vida estivesse em perigo. Nesse primeiro internamento a Ana apresentava sinais de revolta: chorava, recusava o carinho dos pais, queria impor-lhes as suas vontades, mostrava-se muito sensível à dor. Contudo, estabeleceu boa relação com as outras crianças internadas, mostrando-se protectora e cuidadora das mais pequenas. Quando lhe deram alta a Ana queria ficar mais uns dias. Os pais interpretaram isto como se no hospital a filha se sentisse mais segura em relação à doença, o que reforçou o sentimento de que já não a podiam proteger de tudo e que a equipa médica lhes havia “roubado” parte do seu papel.

Na presença dos pais a Ana parecia desvalorizar o seu sofrimento. Negava sentimentos de revolta, de tristeza, de ansiedade ou de angústia. Dizia que o mais difícil era ser “picada” tantas vezes. E se não queria ter alta era porque tinha feito boas amizades com outras crianças e não se queria separar delas. Quando os pais não estavam presentes a Ana baixava um pouco as suas defesas. Contava-nos que os pais estavam a sofrer muito, principalmente a mãe que era “mais chorona” e, por isso, procurava manter-se calma. Reconhecia alguma zanga por ter esta doença, mas acreditava que tudo se iria

resolver com o transplante. Aos poucos o seu discurso tornou-se menos defensivo e fomos abordando os seus sentimentos e em conjunto elaborámos a sua angústia e tristeza face às muitas perdas que sentia estar a viver e que queria esconder de todos, como se não se pudesse permitir-se senti-las e se tivesse que mostrar sempre forte e serena perante os outros.

Com a ida para casa, a Ana e os pais depararam-se com uma nova realidade: uma dieta rígida, uma medicação rigorosa e algumas limitações no dia-a-dia da Ana. Toda a família se reorganizou em função da doença. Os pais passaram a fazer também uma dieta sem sal e deixaram de comer alguns alimentos “proibidos” para a Ana, na expectativa de que assim fosse mais fácil para ela. Confiavam na responsabilidade da Ana perante a sua doença, mas de vez em quando esta solicitava conviência dos pais para pequenas transgressões. Os pais debatiam-se com sentimentos contraditórios: Por um lado tendência para ceder para que momentaneamente o mal-estar da Ana diminuísse, mas por outro lado a noção de que se o fizessem poderiam estar a contribuir para o agravamento da doença. Fazia um esforço para não ceder, mas a mãe confessava que chorava com a filha ao ver o quanto ela sofria.

A Ana retomou a escola. Referia muitas vezes, em consulta, que não queria ser diferente dos outros. Explicava aos colegas a sua doença e estes mostraram-se mais atenciosos e protectores. Mas se por um lado isto lhe dava um sentimento de acolhimento, por outro lado reforçava o sentimento de diferença contra o qual a Ana parecia querer lutar, como que negando o “estar doente”.

Desde o início, e quando lhes foi comunicado que iria ser necessário um transplante renal, os pais mostraram-se empenhados em serem eles os dadores. Esta ideia foi muito bem aceite pela Ana, que nunca referia a possibilidade de receber um rim de um dador cadáver. Contrariando todas as expectativas, dado que os pais eram saudáveis, nenhum dos dois reunia as condições para ser dador, devido a ligeiras alterações renais. Esta notícia foi sentida com grande tristeza e desilusão pela família. A Ana ficaria em lista para transplante de rim de cadáver. Pareceu aceitar bem, mas mostrava-se muito defensiva ao falar sobre isto, como se lhe fosse difícil aceitar que a sua vida dependia agora da morte de alguém. Os pais, uma vez mais deparavam-se com a imprevisibilidade da situação que os deixava de novo impotentes.

A função renal da Ana foi-se degradando e iniciou diálise peritoneal. Foi internada para colocação do cateter de diálise. Os pais aprenderam depressa a fazer este tratamento; a Ana parecia já aceitar tudo com aparente indiferença. Mais tarde falámos sobre isto e tanto a Ana como os pais reconheceram que olhando para trás “sentíamos como se fôssemos espectadores de um filme de uma vida que não era a nossa” e só agora começavam a sentir e a pensar em tudo o que tinham passado.

A diálise constituiu uma nova mudança na vida familiar: todas as noites a Ana tinha que ser ligada à máquina de diálise durante várias horas. A vida social da família modificou-se, sentiam-se agora “presos a uma máquina”. Os papéis familiares viram-se alterados: os pais pareciam agora os enfermeiros da filha e a filha sentia necessidade de cuidar dos pais, protegendo-os do seu próprio sofrimento.

Com a diálise surgiram algumas peritonites, o que levou a novos internamentos. Nestes a Ana mostrava-se mais inibida e menos comunicativa. Preocupava-a as faltas que dava à escola, o receio de chumbar o ano, o afastamento das colegas...

Poucos meses depois a Ana foi chamada para o transplante renal. Os pais ficaram eufóricos e emocionados mas preocupados e receosos. Os sentimentos da Ana eram ambivalentes: sentia os receios próprios de uma cirurgia, mas também o desejo de se “libertar” daquela máquina, do mal-estar físico e com isso o poder retomar a sua vida pré doença.

Durante o internamento do pós-transplante (que teve a duração de 1 mês) os primeiros dias foram difíceis não só devido aos tratamentos médicos sentidos como invasivos mas também porque estava em isolamento e não podia conviver directamente com as outras crianças. O seu mundo parecia agora resumir-se a um pequeno quarto, cuja porta tinha um vidro, através do qual via o que se passava lá fora no corredor. Mas ver através do vidro não era o mesmo... não podia tocar, abraçar, brincar com os outros. Quem passava acenava-lhe, perguntava-lhe como estava, fazia-lhe um sorriso. A sua família alargada, que não podia entrar no quarto, vinha em grupo e espreitava-a através da janela do quarto. A Ana tinha sentimentos contraditórios em relação a isto: por um lado era bom vê-los, mas por outro reforçava-lhe o sentimento de prisão e de alguma exposição de que nem sempre gostava. Não queria que os seus familiares chorassem no hospital... a emoção dos outros dificultava-lhe o controlo da sua própria emoção e a Ana sentia uma grande necessidade de o fazer. A mãe, que sempre procurara manter uma atitude positiva e forte mostrava agora sinais de cansaço mas repetia várias vezes: “cansada mas feliz”. Era com ela que a Ana demonstrava maior zanga por estar isolada.

Após a alta a Ana mantém visitar regulares ao hospital. Agora é mais fácil falar sobre tudo o que viveu nos últimos meses. Das últimas vezes que estivemos juntas, estava bem-disposta, feliz por ter feito o transplante, porque agora sentia-se melhor fisicamente. Parecia aceitar bem as alterações da sua imagem corporal (o aumento do peso, as cicatrizes da cirurgia e do cateter). Por vezes parecia-nos que aceitava bem demais! Ainda não tinha voltado à escola mas o regresso era aguardado com expectativa. A mãe, que estava de baixa para lhe dar assistência, sentia-se muito cansada. Agora que tinham passado pelas etapas previstas com sucesso, já não sentia energia, como se fosse um descarregar da tensão que foi acumulando ao longo deste ano e que só agora estava a conseguir libertar. No discurso dos pais e da Ana está presente a palavra “liberdade”: planeiam viagens, saídas a que estavam habituados e que tiveram que interromper. “Já não queremos mais olhar através da janela... agora queremos viver o mundo lá de fora!”

Apesar de neste momento a situação da Ana ser estável e de aos poucos a Ana e a família começarem a retomar uma vida que foi “interrompida” pela doença, ainda que com algumas condicionantes desta, a Ana e os pais, apesar de não o partilharem entre si porque é doloroso, mantêm o receio da rejeição do rim e que a Ana sofra. Sabem que este rim não será para sempre e que um dia terão que passar por todo este processo novamente....

Considerações teóricas

A história da Ana e da sua família permite-nos fazer algumas considerações teóricas relativamente à forma como a doença renal crónica é vivida pela criança doente e sua família.

“Crescer e viver “ com uma doença crónica traz exigências adaptativas acrescidas aliadas aos desafios desenvolvimentais que as crianças e adolescentes atravessam (Bradford, 1987; Pinto & Pais-Ribeiro, 2000) e é sem dúvida uma situação de stress com um impacto significativo na família (Kazak, 1989, citado por Santos, 1998).

Os desafios do desenvolvimento tornam-se mais difíceis devido à presença continuada da doença a qual pode alterar de forma significativa o funcionamento físico e mental da criança, assim como a sua interacção com o meio que a rodeia (Garrison & McQuiston, 1989, citados por Bradford, 1997). Para além desses desafios estas crianças deparam-se com outras especificidades da doença, como os sintomas físicos, a dor, e tratamentos por vezes dolorosos (Fielding, 1985, citado por Bradford, 1997). A forma como a criança irá reagir depende da sua estrutura psicológica (Raimbault, 1975), mas em grande parte da reacção dos pais: a angústia da criança face à doença e seus tratamentos parece ser melhor compreendida tendo em conta o seu contexto desenvolvimental e interaccional. Os padrões de interacção entre a criança e a sua família são particularmente importantes para a compreensão da reacção da criança face aos procedimentos médicos (Bradford, 1997; Santos, 1998).

Apesar da doença na criança constituir uma situação de stress susceptível de ter repercussões na família, poderá ocorrer uma grande variabilidade nas reacções e na adaptação de cada membro desta ao processo de doença, não tendo que estar necessariamente associado ao desajustamento psicológico. Diversas variáveis dos pais têm mostrado relacionar-se com o ajustamento da criança, nomeadamente as percepções maternas, a percepção do stress parental, os processos de “coping”, o funcionamento familiar e os conflitos conjugais. A verdade é que a família é confrontada com novas exigências, alterações nas suas rotinas, mudanças e readaptações diversas, propiciando que a doença possa ter efeitos a vários níveis: financeiro, ocupacional, pessoal, e nas relações intra e extra familiares (Eiser, 1985; Johnson, 1985 citados por Santos, 1998), como ilustra o caso da Ana.

Rolland (1987) desenvolveu um modelo de sistema familiar-doença, onde concebe três fases do tempo da doença. Relativamente à doença renal salientamos duas: a fase de crise e a fase crónica. A primeira, corresponde a um período inicial de ajustamento após o diagnóstico e o plano inicial de tratamento. Durante este período a criança e a família aprendem a lidar com sintomas relacionados com a doença, com a hospitalização e com os procedimentos médicos, assim como a estabelecerem e manterem relações adequadas com a equipa de cuidados de saúde. A família necessita encontrar um significado para a doença, fazer o luto da perda da identidade familiar pré-doença, caminhar no sentido de uma posição de aceitação das mudanças mantendo um sentimento de continuidade entre o passado e o futuro, manter-se unida no sentido de uma reorganização face à crise, e desenvolver um sistema de flexibilidade em relação a objectivos futuros. É um período de “socialização” com o viver

com a doença. Nesta fase alguns objectivos de vida da família são colocados em fase de espera para favorecer a adaptação e acomodação à doença. Segue-se uma fase crónica caracterizada por uma progressão da doença e por alterações episódicas da mesma. É a fase de viver a doença dia-a-dia. Normalmente a criança e a família encontraram uma organização psicológica que lhes permite lidar com a doença crónica e todas estas condicionantes.

Rolland defendeu ainda que não era possível compreender a reacção da família à doença sem compreender a história transgeracional de adaptação a doenças passadas e a factores desencadeantes de stress (Gilbert, 2009).

Na insuficiência renal crónica, assim como em outras patologias, os pais tornam-se elementos activos nos tratamentos. Estes, quando administrados em casa, como a diálise peritoneal, consomem muito tempo e podem criar conflitos entre os pais e a criança. Ao serem responsáveis pelos tratamentos, os pais correm o risco de alterar a natural confiança que os filhos têm neles, de lhes proporcionarem bem-estar. Outro factor de angústia para as famílias é o não conseguirem controlar o curso da doença (Eiser, 1993), surgindo sentimentos de impotência e incapacidade perante o futuro.

O transplante renal tem um efeito profundo na família. O período pré-transplante provoca ansiedade, sendo essencial o suporte psicológico nesta fase, assim como identificar famílias com factores de risco que poderão aumentar a sua vulnerabilidade, como sejam, história psiquiátrica prévia da criança e dos pais, fraca comunicação e coesão familiares, pouco suporte social (Bradford, 1990).

Citando Carreiras (1998) “se o transplante renal é o fim de uma longa espera é, também, o começo de uma nova incerteza, na qual se podem inscrever tanto um fracasso como a obrigação, a curto ou longo prazo, de assumir os próprios desejos numa liberdade reconquistada, mas tão temida como esperada. Entre o “rim da realidade” e o “rim do desejo” existe um enorme espaço vazio que tanto pode ser encarado como uma assustadora “terra de ninguém” como pode constituir a força motivadora que faz avançar”.

REFERÊNCIAS

- Bradford, R. (1997). *Children, Families and Chronic Disease: Psychological Models and Methods of Care*. London: Routledge.
- Carreiras, M.A. (1998). Transplante renal: fantasia e realidade. *Análise Psicológica*, 16, 165-167
- Eiser, C. (1993). *Growing up with a Chronic Disease: The Impact on Children and Their Families*. London: JKP.
- Gilbert, M. (2009). Other Conditions that may occur in Childhood or develop in Adolescence. In N. Boyd Webb (Ed), *Helping Children and Adolescents with Chronic and Serious Medical Conditions. A strengths-Based Approach*. USA: Wiley.

- Pinto, C., & Pais Ribeiro, J.L. (2000). A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância. *Qualidade de vida*, 8, 1.
- Raimbault, G. (1975). L'enfant en insuffisance rénale sa famille, ses soignants. In P. Royer, R. Habib, H. Mathieu, M. Braner (Eds), *Nephrologie Pédiatrique* (pp. 314-323). Médecine-Science, Paris.
- Rolland, J. (1987). Chronic illness and life cycle: a conceptual framework. *Family Process*, 26, 203-221.
- Santos, S.V. (1998). A família da criança com doença crónica: abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*, 1 (XVI), 65-75.

PROCESSOS EXECUTIVOS NA SÍNDROME DE ASPERGER

SORAIA TELES & SELENE G. VICENTE

As Funções Executivas (FE) referem-se a um conjunto de processos que gerem activamente as funções cognitivas, emocionais e comportamentais, especialmente durante a resolução de novos problemas (Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2000). Actualmente perspectivadas numa óptica multidimensional, as FE englobam um conjunto de sub-domínios que incluem o planeamento, a inibição comportamental, a flexibilidade cognitiva, a memória de trabalho, a iniciativa, a auto-regulação e o uso de *feedback*, sendo estas operações essenciais a um comportamento contextualmente adaptado (Anderson, 2002).

De um ponto de vista neuropsicológico, as FE têm sido associadas à actividade do córtice pré-frontal (CPF), embora se reconheça o envolvimento de outras estruturas corticais e subcorticais como os gânglios basais, o tálamo e o cerebelo (Powell & Voeller, 2004). A investigação centrada no estudo das funções associadas às regiões ventrais e mediais do CPF tem vindo a sugerir que as FE operam de modo diferente em função do contexto (Damásio, 1994) o que resultou, recentemente, na proposta de distinção teórica entre FE *cool* e FE *hot*. Enquanto as primeiras estariam mais associadas à actividade cerebral das regiões dorsolaterais do CPF, as segundas seriam asseguradas pelas regiões ventromediais (Prencipe & Zelazo, 2005). Deste modo, as FE *cool* seriam activadas perante a necessidade de resolução de problemas abstractos e descontextualizados e, por sua vez, as FE *hot* seriam chamadas à acção perante a resolução de problemas que envolvem a regulação do afecto e da motivação (Kerr & Zelazo, 2004). A distinção FE *cool* vs. *hot* introduz assim uma visão mais abrangente dos processos executivos, adquirindo particular interesse e relevância na investigação dos processos executivos em síndromes disexecutivos.

Défices executivos têm sido documentados em múltiplas perturbações, adquiridas e desenvolvimentais, como é o caso de Traumatismos Crânio-Encefálicos (Levin, Fletcher, Kufera, Harward, Lilly, Mendelsohn et al., 1996), das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA; Russell, 1997), e da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (Barkley, 1997). Relativamente às PEA, apesar de ser consensual a ideia de que a disfunção executiva desempenha um papel importante nos défices sociais e cognitivos característicos destas perturbações do desenvolvimento, a caracterização do perfil executivo nas PEA apresenta contornos pouco consistentes na literatura.

Grande parte das dificuldades em identificar a “impressão digital executiva” nas PEA poderão ser atribuídas a problemas de cariz metodológico inerentes à avaliação das FE, tais como a reduzida validade ecológica dos testes neuropsicológicos utilizados bem como a sua inadequação desenvolvimental.

Sendo as FE uma dimensão essencial e incontornável na avaliação das PEA, e dado o estado lacunar da investigação neste domínio em Portugal, o objectivo do presente estudo é o de contribuir para a avaliação e caracterização executiva de uma população infantil com Síndrome de Asperger.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 30 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos, organizadas em dois grupos: o grupo clínico de crianças com diagnóstico de Síndrome de Asperger e o grupo de controlo com crianças sem alteração de desenvolvimento.

O grupo clínico ($N = 15$, sendo 12 do sexo masculino) foi recrutado num centro terapêutico. Os critérios de inclusão no grupo foram: (1) diagnóstico de Síndrome de Asperger baseado nos critérios DSM-IV-TR (APA, 2002); (2) ausência de perturbações co-mórbidas; e (3) inteligência igual ou superior à média esperada para a idade. A idade média do grupo é de 9.66 anos ($DP = 1.59$; *Amplitude* = 7.0 – 11.58) e todas as crianças frequentam o 1º e o 2º Ciclo do Ensino Básico. O nível socioeconómico (NSE) é variável, situando-se entre os níveis baixo e alto: baixo ($n = 1$), médio baixo ($n = 3$); médio ($n = 5$); médio alto ($n = 4$) e alto ($n = 2$).

Por sua vez, o grupo de controlo foi constituído por emparelhamento com o grupo clínico nas variáveis sexo, idade e inteligência não-verbal. Os participantes ($N = 15$, sendo 12 do sexo masculino) apresentam uma média de idades de 9.65 anos ($DP = 1.55$; *Amplitude* = 7.08 – 11.50), frequentam o 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico, e não apresentam perturbações de desenvolvimento. O NSE varia entre os níveis baixo e médio-alto: baixo ($n = 3$); médio baixo ($n = 2$); médio ($n = 4$); médio alto ($n = 5$) e alto ($n = 1$).

Todos os participantes incluídos no estudo têm o Português Europeu como língua materna, o nível intelectual é igual ou superior à média prevista para a idade, e nenhum possui deficiências sensoriais.

Material

Procedeu-se à avaliação da inteligência não-verbal com as Matrizes Progressivas de Raven (MPCR; Simões, 2000) e à avaliação das funções executivas. O protocolo de avaliação das funções executivas incluiu as seguintes provas: (1) Torre de Londres, versão adaptada da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC; Simões, Lopes, Albuquerque, Pinho, Pereira, Vilar et al., em preparação); (2) BADS-C (*Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome for Children*; Emslie, Wilson, Burden, Mimno-Smith & Wilson, 2003); (3) DGT (*Delayed of Gratification Task*; Prencipe & Zelazo, 2005); e (4) os inventários executivos DEX-C (*Dysexecutive Questionnaire for Children*; Emslie et al., 2003) e BRIEF-VR-parental

(*Behavior Rating Inventory of Executive Function- Versão Reduzida, parental*; Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2000) nas versões adaptadas ao Português Europeu (Teles, 2011; Vicente, Teles & Barbosa, em preparação).

A Torre de Londres foi usada para avaliar a capacidade de resolução de problemas requerendo o envolvimento do planeamento, da memória de trabalho e da flexibilidade cognitiva. Consideraram-se 4 critérios de cotação na avaliação do desempenho: número de modelos correctos no 1º ensaio, número de modelos correctos no total, número de ensaios realizados e número de regras violadas.

A bateria BADS-C foi administrada na versão completa que inclui 5 provas: (1) o *Playing Cards Test* avalia a flexibilidade cognitiva numa actividade com 21 cartas de baralho organizada em duas partes. Na tarefa o examinando deverá responder mediante uma regra pré-estabelecida (dizer “sim” às cartas vermelhas e “não” às cartas pretas), a qual será alterada (dizer “sim” quando duas cartas consecutivas têm a mesma cor e “não” quando duas cartas consecutivas têm cores diferentes) com o objectivo de se avaliar a capacidade de modificar um padrão de resposta previamente adquirido. O resultado é calculado em função do número de erros e da diferença no tempo dispendido entre a primeira e segunda parte da prova. (2) o *Water Test* avalia a capacidade de resolução de novos problemas requerendo o desenvolvimento de um plano de acção composto por 5 etapas. São cotados o número de etapas completadas com sucesso e a presença de estratégias perseverativas. (3) o *Key Search Test* testa as capacidades de planeamento, auto-monitorização e utilização de *feedback* numa actividade cujo objectivo é o de procurar uma chave perdida num campo (papel e lápis). A cotação quantifica a eficácia das estratégias utilizadas para cobrir a área de busca; (4) o *Zoo Map Test*, versão 1 e 2, avalia a capacidade de planeamento mediante a simulação de uma visita a um jardim-zoológico que deverá obedecer a regras pré-definidas. Enquanto na primeira versão a visita deverá ser planeada espontaneamente pelo sujeito com base num número reduzido de regras orientadoras, na segunda versão o sujeito apenas terá que seguir as instruções. Para cada versão é registada a pontuação total da sequência e o número de erros cometidos. Por fim, (5) o *Six Part Test* é uma tarefa multi-componencial que avalia as capacidades de planeamento, organização e monitorização do comportamento. Nesta prova, os participantes devem realizar um pouco de três tarefas no tempo limite de 5 minutos obedecendo a regras pré-estabelecidas. O desempenho é avaliado em função do número de tarefas realizadas, número de violações da regra, tempo dispendido em cada tarefa e estratégias utilizadas.

A DGT avalia a tomada de decisão afectiva na realização de uma tarefa com 9 ensaios. A criança deve optar entre recompensas imediatas de valor reduzido (opção impulsiva; e.g., um doce agora) e recompensas diferidas de valor mais elevado (opção racional; e.g., quatro doces no intervalo de uma semana). O resultado é contabilizado em termos do número de vezes em que uma recompensa é adiada.

O inventário executivo DEX-C integra a bateria BADS-C, sendo composto por um total de 20 itens que avaliam os domínios emocional, motivacional, comportamental e cognitivo das FE. Por sua vez, a BRIEF-VR-parental, versão reduzida adaptada ao Português Europeu, foi administrada aos pais das crianças. A

versão é constituída por um total de 35 itens organizados em seis sub-escalas clínicas: planeamento/memória de trabalho, iniciativa/flexibilidade, organização dos materiais, controlo inibitório, regulação emocional externa e regulação emocional interna. As seis sub-escalas agrupam-se em dois índices, o Metacognitivo e o de Regulação Afectivo-Comportamental que, por sua vez, se combinam num Compósito Executivo Global.

Procedimento

A administração das MPCR e do protocolo de avaliação das FE realizou-se numa sessão individual com a duração aproximada de 90 minutos, em contexto institucional ou domiciliário. Adicionalmente, foi realizada uma entrevista com os encarregados de educação para recolha de dados sócio-demográficos e outra informação relevante (e.g., medicação, ansiedade, dificuldades sensoriais e grafomotoras), tendo-se procedido à entrega dos questionários BRIEF-VR-parental e DEX-C.

RESULTADOS

Procedeu-se ao cálculo da média, desvio-padrão e amplitude de variação dos resultados obtidos em cada prova, separadamente para o grupo clínico e de controlo (cf. Quadro 1).

Comparação de desempenho entre grupos-A fim de comparar os resultados obtidos pelos grupos clínico e de controlo, realizaram-se ANCOVAs em que o grupo figura como variável independente, os resultados nas provas como variáveis dependentes, e a idade, sexo e NSE como co-variáveis. Globalmente, os resultados obtidos pelo grupo clínico foram significativamente inferiores aos obtidos pelo grupo de controlo. A excepção apenas se verificou para o critério ‘tempo’ na prova *Playing Cards Test* da BADS-C [$F(1,25) = .14, p = .70$] e para o critério ‘pontuação da sequência’ da prova *Zoo Map Test 2* da BADS-C [$F(1,25) = 2.19, p = .15$].

Este padrão de desempenho sistematicamente inferior no grupo clínico comparativamente ao grupo de controlo é consistente com o descrito na literatura (Anderson, 2002; Gioia, Isquith, Kentworthy & Barton, 2002; Hughes, Russell & Robbins, 1994), sugerindo a existência de um défice executivo global, isto é transversal aos vários domínios executivos, em crianças com Síndrome de Asperger. A avaliação comportamental realizada através dos inventários DEX-C e BRIEF-VR-parental reforça esta ideia, colocando em evidência o facto das crianças do grupo clínico serem percebidas pelos pais como tendo mais dificuldades em todas as capacidades executivas quando comparadas às crianças do grupo de controlo. Gioia e colaboradores (2002) documentaram resultados semelhantes tendo observado que crianças com Síndrome de Asperger apresentavam resultados significativamente inferiores em todas as sub-escalas da BRIEF comparativamente a um grupo normativo, colocando assim em evidência dificuldades comportamentais transversais a todos os subdomínios executivos.

Quadro 1: Média, desvio-padrão (DP) e Amplitude de Variação [AV] dos resultados brutos obtidos nas provas do protocolo de avaliação, separadamente para o grupo clínico (N = 15) e para o grupo de controlo (N = 15).

	Grupos		
	Grupo Clínico	Grupo Controlo	
Torre Londres			
Nº modelos correctos 1º ensaio	5.60 (1.96) [2-9]	7.07 (1.62) [4-10]	*
Nº modelos correctos total	10.00 (1.46) [7-12]	11.33 (0.72) [10-12]	**
Nº ensaios realizados	25.53 (4.49) [17-26]	20.80 (3.03) [17-34]	**
Nº regras violadas	15.60 (5.84) [5-27]	9.53 (3.36) [5-18]	**
Delayed of Gratification Task	3.60 (3.04) [0-9]	7.13 (3.09) [0-9]	***
BADS-C			
Playing Cards Test- tempo	24.93 (22.04) [0-75]	23.27 (19.60) [2-72]	ns
Playing Cards Test- nº erros	3.87 (3.94) [0-9]	1.33 (1.63) [0-4]	*
Water Test- pontuação total	5.93 (2.55) [2-10]	8.60 (1.50) [6-10]	**
Key Search Test- pontuação total	2.87 (3.85) [-1-13]	8.60 (4.36) [1-13]	***
Zoo Map Test 1- sequência	1.33 (1.63) [0-5]	3.87 (3.94) [1-8]	**
Zoo Map Test 1- nº erros	3.53 (3.54) [1-11]	1.27 (1.53) [0-4]	*
Zoo Map Test 1- pontuação total	-1.20 (4.59) [-10-4]	4.20 (3.61) [-2-8]	**
Zoo Map Test 2- sequência	7.53 (1.30) [3-8]	8.00 (0.00) [8-8]	ns
Zoo Map Test 2- nº erros	0.93 (1.28) [0-4]	0.00 (0.00) [0-0]	*
Zoo Map Test 2- pontuação total	6.60 (1.96) [2-8]	8.00 (0.00) [8-8]	*
Six Part Test- pontuação total	6.67 (5.14) [2-16]	11.40 (3.83) [4-16]	**
BRIEF-VR-parental			
Planeamento/Memória de Trabalho	13.00 (2.62) [8-17]	8.73 (2.84) [6-15]	***
Iniciativa/Flexibilidade	12.07 (3.32) [6-17]	7.07 (1.33) [6-11]	***
Organização dos Materiais	13.00 (2.44) [8-17]	10.40 (2.29) [7-15]	***
Índice Metacognitivo	38.07 (7.51) [22-51]	26.20 (4.60) [20-38]	***
Regulação Emocional Interna	11.73 (2.12) [9-17]	8.80 (2.30) [6-14]	***
Regulação Emocional Externa	8.73 (2.66) [5-14]	6.13 (1.85) [5-11]	***
Controlo Inibitório	12.93 (2.46) [8-18]	10.40 (2.75) [6-15]	***
Índice de Regulação Afectivo-	33.53 (6.51) [22-46]	25.33 (4.99) [17-34]	***
Comportamental			
Compósito Executivo Global	71.47 (12.77) [48-92]	51.53 (8.85) [37-72]	***
DEX-C	37.13 (14.74) [12-61]	19.40 (12.49) [0-39]	***

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Poder preditivo das medidas-Para identificar as provas que melhor predizem o grupo de pertença (clínico vs. controlo), realizou-se uma análise de regressão múltipla tendo como variável dependente o grupo e como variável independente os resultados obtidos nas provas. Verificou-se que os resultados obtidos na bateria BADS-C [$R = .84$; $F(4,25) = 15.52$, $p = .01$] e no inventário BRIEF-VR-parental [$R = .84$; $F(4,25) = 15.52$, $p < .001$] e DEX-C [$R = .79$; $F(4,25) = 10.77$, $p = .006$] funcionaram como os melhores preditores do grupo de pertença, por oposição ao baixo valor preditivo do desempenho na Torre de Londres [$R = .84$; $F(4,25) = 15.52$, $p = .77$] e na DGT [$R = .84$; $F(4,25) = 15.52$, $p = .18$]. Adicionalmente, entre as cinco provas da BADS-C, a que apresentou maior sensibilidade para identificar as crianças com Síndrome de Asperger foi a prova *Key Search Test* centrada na avaliação da capacidade de planeamento [$R = .59$; $F(1,28) = 14.58$, $p < .001$], o que sugere a existência de dificuldades especialmente evidentes neste domínio executivo. Por sua vez, a subescala da BRIEF-VR-parental mais sensível na detecção das crianças do grupo clínico foi a subescala *Iniciativa/Flexibilidade* [$R = .71$; $F(1,28) = 29.18$, $p < .001$], colocando assim em destaque défices acentuados nestas capacidades executivas. Estes resultados são concordantes com os relatados por Gioia e colaboradores (2002), tendo estes concluído que a escala de Flexibilidade da BRIEF é a que melhor discrimina não só crianças com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) de crianças sem perturbações de

desenvolvimento, como também discrimina crianças com PEA relativamente a outras populações clínicas como, por exemplo, crianças com PHDA.

Em suma, os resultados obtidos no presente estudo colocam em evidência uma supremacia no comprometimento executivo das capacidades de iniciativa, flexibilidade e planeamento em crianças com Síndrome de Asperger, apontando também para uma elevada validade clínica da bateria BADS-C (especialmente da prova *Key Search Test*) e dos inventários DEX-C e BRIEF-VR-parental (em particular a subescala Iniciativa/Flexibilidade da BRIEF). Por outro lado, o baixo valor preditivo da DGT, medida das FE *hot*, sugere a existência de um défice secundário neste domínio executivo em contraste com o défice primário mais saliente e visível nas FE *cool*. No entanto, esta hipótese terá que ser explorada em investigação futura.

DISCUSSÃO

Um dos objectivos principais do presente estudo foi o de contribuir para a caracterização do perfil de funcionamento executivo em crianças diagnosticadas com Síndrome de Asperger. Os resultados encontrados sugerem que na Síndrome de Asperger é evidente a existência de um défice executivo global, particularmente marcado por défices mais acentuados nas capacidades de flexibilidade cognitiva, iniciativa e planeamento. Défices nestes domínios executivos são, com efeito, compatíveis com a existência de comportamentos rígidos, subserviência a rotinas e actividades restritas, que são geralmente descritos como estando associados às PEA.

Adicionalmente, este estudo explorou a validade clínica (ou discriminativa) de um conjunto de provas que poderão ser usadas como protocolo de avaliação das FE nesta população clínica, tendo-se destacado o interesse e relevância da bateria BADS-C e dos inventários comportamentais BRIEF-VR-parental e DEX-C, instrumentos recentes dotados de validade ecológica.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi.
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during Childhood. *Child Neuropsychology*, 8 (2), 71-82.
- Anderson, V. A., Anderson, P., Northam, E., Jacobs, R., & Mikiewicz, O. (2002). Relationships between cognitive and behavioral measures of executive function in children with brain disease. *Child Neuropsychology*, 8 (4), 231-240.
- Barkley, R. A. (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

- Damásio (1994). *Descartes' error: Emotion, rationality, and the human brain*. New York: Putnam.
- Emslie, H., Wilson, C., Burden, F., Mimno-Smith, V., & Wilson, B. (2003). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome for Children (BADS-C)*. Harcourt Assessment, London.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Kentworthy, L., & Barton, R. M. (2002). Profiles of everyday executive function in acquired and developmental disorders. *Child Neuropsychology*, 8 (2), 121-137.
- Hughes, C., Russell, J., & Robbins, T. W. (1994). Evidence for executive dysfunction in autism. *Neuropsychologia*, 32 (4), 477-492.
- Kerr, A., & Zelazo, P. D. (2004). Development of "hot" executive function: The children's gambling task. *Brain and Cognition*, 55, 148-157.
- Levin, H. S., Fletcher, J. M., Kufera, J. A., Harward, H., Lilly, M. A., Mendelsohn, D., Bruce, D., & Eisenberg, H. M. (1996). Dimensions of cognition measured by the Tower of London and other cognitive tasks in head-injured children and adolescents. *Developmental Neuropsychology*, 12, 17-34.
- Mahone E., Cirino P., Cutting L., Cerrone P., Hagelthorn K., Hiemenz J., Singer H., & Denckla M. (2001). Validity of the behavior rating inventory of executive function in children with ADHD and/or Tourette syndrome. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 643-662.
- Powell, K. B. & Voeller, K. K. (2004). Prefrontal Executive Functions Syndromes in Children. *Journal Child Neurology*, 19, 785-797.
- Prencipe, A. & Zelazo, P.D. (2005). Development of Affective Decision Making for Self and Other. *Psychological Science*, 16 (7), 501-505.
- Russell, J. (1997). *Autism as an executive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Simões, M. (2000). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R)*. Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e Tecnologia, Lisboa.
- Teles, S. (2011). *Processos executivos na Síndrome de Asperger: Contributos ao nível da Avaliação Neuropsicológica*. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Wing, L. (1988). The continuum of autistic disorders. In E. Schopler & G.M. Mesihov (Eds.), *Diagnosis and Assessment In Autism* (pp.91-110). New York: Plenum.

A EXPERIÊNCIA DO ALUNO APOIANTE DA LUA (LINHA DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO)

*PAULA VAGOS, INÊS DIREITO, LUÍSA SANTOS, VÂNIA AMARAL, ANABELA PEREIRA, HÉLDER
CASTANHEIRA, ANA TORRES, SARA MONTEIRO & GUSTAVO VASCONCELOS*

A LUA – Linha Universidade de Aveiro – é um serviço de apoio e aconselhamento psicológico e emocional, de forma gratuita e anónima, com o objectivo de promover a saúde e bem-estar dos alunos da Universidade de Aveiro. Este serviço integra três formatos de actuação: 1) LUA *Nightline*, tratando-se de uma linha telefónica nocturna, de apoio psicológico de alunos voluntários apoiantes a alunos com problemas; 2) E-LUA, que consiste em respostas de apoio aos alunos apelantes por e-mail, para casos não urgentes, sendo o apoio prestado por alunos voluntários com Necessidades Educativas Especiais (ambliopia, mobilidade reduzida, entre outros); e 3) LUA Face-to-Face, que integra um serviço presencial de consulta e aconselhamento psicológico urgente prestado por psicólogos no *setting* terapêutico (Castanheira, Nogueira, Oliveira, Vasconcelos, & Pereira, 2010).

Assim, o serviço LUA está fundamentado numa equipa de especialistas e profissionais da área da psicologia e saúde e num grupo de alunos voluntários, que são devidamente formados para poderem apoiar outros colegas com problemas psicossociais e emocionais (*peer counselling*). O papel dos voluntários consiste, então, em ajudar os outros estudantes com problemas pessoais e académicos, oferecendo relações de apoio, clarificando pensamentos e sentimentos, explorando opções e alternativas, e auxiliando os colegas a encontrar as suas próprias soluções (Myrick, Highland, & Sabella, 1995).

Para além do apoio prestado à comunidade académica, a LUA também se constitui como um espaço de investigação, nomeadamente do impacto do voluntariado no aluno apoiente, preenchendo assim uma lacuna verificada tanto a nível nacional como internacional.

Os poucos estudos realizados na área têm trabalhado o *burnout* dos voluntários (Cyr & Dowrick, 1991), e a sua percepção sobre a eficiência das interações com os *callers* (Gilat & Rosenau, 2011), bem como o impacto da formação nos voluntários (Finn, Garner, & Wilson, 2011; Margolis, Edwards, Shrier, & Cramer, 1975), mais concretamente, por exemplo, quanto às competências de escuta activa (Paukert, Stagner, & Hope, 2004).

Relativamente ao *peer counselling*, apesar de ser tido com vantajoso para todas as partes envolvidas (instituição, estudantes que procuram ajuda e estudantes que ajudam; Solomon, 2004), são escassos os estudos sobre o seu impacto psicológico e desenvolvimental nos alunos voluntários.

Segundo León e Morales (2005), as actividades de voluntariado surgem relacionadas ao bem-estar psicológico de forma bidireccional, já que o bem-estar tem forte impacto na decisão de ser voluntariado e de manter este papel, ao mesmo tempo que a participação voluntária pode modular os níveis de satisfação vital. Como efeitos positivos do voluntariado destacam-se o aumento da percepção da própria saúde, auto-eficácia e auto-estima, a adoção de estilos de vida saudáveis, a satisfação com a vida e qualidade de vida, e a realização académica ou profissional (Casiday, Kinsman, Fisher, & Bamba, 2008), bem como a redução da ocorrência abandono escolar abuso de substâncias em populações mais jovens Wilson, 2000). Ainda, e porque às instituições importa manter a permanência dos voluntários nos seus projectos, será de considerar que vários estudos referem que uma maior satisfação do voluntário, traduzida num maior número de emoções positivas, pode aumentar a sua vontade em permanecer envolvido na organização (Barraza, 2011; Jiménez & Fuertes, 2005).

Enquanto serviço de voluntariado, o serviço LUA poderá contribuir para o bem-estar e desenvolvimento pessoal e académico dos seus voluntários, bem como para a experiencia de emoções positivas. Assim, o objectivo do presente estudo é analisar e caracterizar a experiência deste aluno voluntário. Em particular, pretende-se conhecer a avaliação que o voluntário faz deste projecto e compreender a vivência emocional, fisiológica, cognitiva, comportamental e desenvolvimental associada à sua participação.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 18 alunos voluntários, 10 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos de idade. Estes alunos prestaram serviço na LUA *nightline*, enquanto *peer counsellors* no período de Outubro de 2009 a Fevereiro de 2011, sendo que 72,2% deram apoio telefónico activamente.

Material

A recolha de dados foi realizada com base na Ficha de Avaliação da Experiência do Aluno Apoiante na LUA. Este instrumento consistiu de quatro partes. Na primeira foram recolhidos dados pessoais do aluno, nomeadamente sexo e idade. Na segunda era pedido ao voluntario que avalia-se o projecto, de forma quantitativa numa escala *likert* de 5 pontos (1-mau até 5-muito bom). A terceira parte do instrumento solicitava uma reflexão pessoal sobre os sintomas emocionais, fisiológicos,

comportamentais e cognitivos associados à experiência de apoio telefónico, bem como a percepção pessoal do contributo da experiência de voluntariado para o próprio desenvolvimento, pessoal, social e académico, numa escala de Likert de 5 pontos (1 – *Nada* até 5 – *Muito*). A quarta parte do questionário pedia ao aluno que reflectisse sobre o futuro do projecto e da sua participação no mesmo.

Procedimento

A ficha de avaliação foi preenchida de forma voluntária e anónima pelos voluntários durante a última semana em que o serviço esteve activo no 1º semestre do ano lectivo de 2010/11. A ficha foi deixada no espaço LUA, sendo pedido por escrito a participação dos voluntários, durante o seu tempo de serviço. Quando o serviço encerrou para férias foram recolhidos os questionários preenchidos.

RESULTADOS

Avaliação do projecto-Relativamente aos critérios de avaliação do projecto LUA, os resultados indicam que o projecto, de um modo geral, foi considerado *Bom* ou *Muito bom* em 92,5% das respostas, sendo que nenhum critério foi considerado *Mau* ou *Fraco*. O número de respostas de avaliação “muito bom” a cada um dos critérios está descrito no gráfico 1.

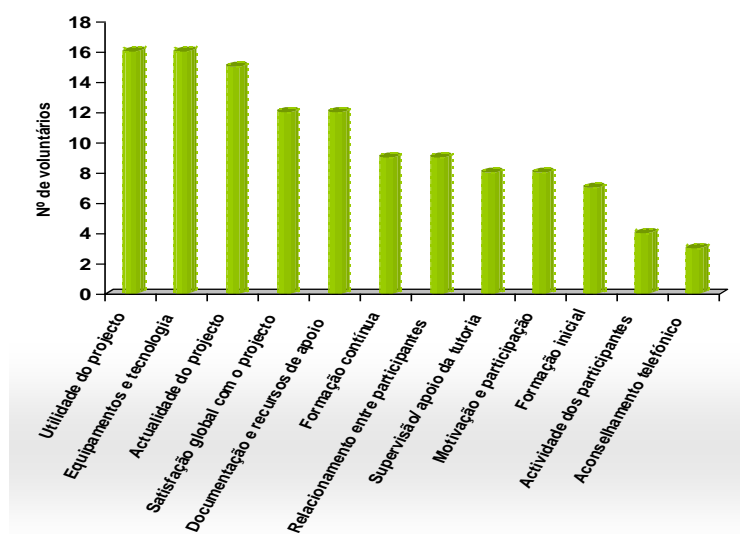


Gráfico 1.

Número de alunos que assinalaram com *Muito Bom* os diversos parâmetros de avaliação do projecto LUA.

Relativamente à avaliação qualitativa do projecto, os alunos como pontos positivos, o empenho e acessibilidade dos formadores e coordenadora do projecto, a aprendizagem de competências de apoio ao outro, como relaxamento, escuta activa, auto-conhecimento e auto-estima, e a oportunidade de apoiar e contactar com acontecimentos reais, em que o voluntário podia sentir que ajudava e dava o melhor de si. Por fim a quantidade de voluntários interessados e empenhados, e as infra-estruturas,

equipamentos e horário de funcionamento da LUA foram apontados como aspectos positivos. Como aspectos negativos foram apontadas as poucas chamadas e associada divulgação do projecto, a necessidade continuamente sentida de maior formação e a não existência de avaliação psicológica dos voluntários ou apoio específico à ansiedade antes das chamadas.

Reflexão Pessoal-Relativamente aos sintomas emocionais relatados antes (Gráfico 2), durante (Gráfico 3) e após as chamadas (Gráfico 4), verificamos que a ansiedade, entusiasmo/ expectativa e satisfação são as emoções mais prevalentes ao longo de todo o processo de apoio telefónico.

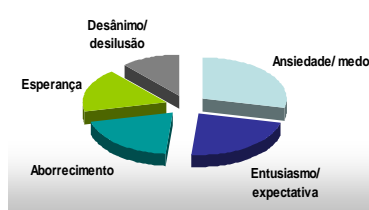


Gráfico 2. Emoções antes das chamadas

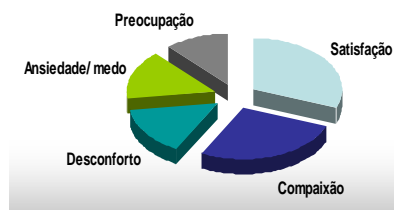


Gráfico 3. Emoções durante as chamadas.

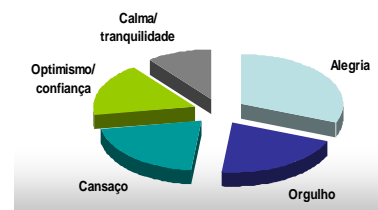


Gráfico 4. Emoções após as chamadas

Como sintomas cognitivos, os voluntários referiram, antes das chamadas pensamentos relativos à própria competência, ao como responder a diferentes chamadas possíveis e a preocupação de o apelante ser alguém conhecido do voluntário. Durante, foram mencionados pensamentos referentes a sentir-se no papel de apoiante, ao que deveria ser dito ao apelante e ao auto-reforço e relaxamento. Depois da chamada, os voluntários referiram pensamentos centrados na avaliação do próprio desempenho, na compreensão e reflexão acrescida pelo sentimento do outro, e satisfação por ter dado o seu melhor.

No que concerne aos sintomas fisiológicos aquando do atendimento de chamadas, 8 alunos referiram sentir taquicardia, 6 alunos relatam sentir sudação e tremores, 4 mencionam tensão muscular, 2 indicam rubores e 1 refere ter sentido dificuldade em respirar e palidez.

Quanto aos comportamentos relatados pelos alunos conselheiros após as chamadas, para lidarem com as emoções suscitadas, foi referido o conversar com o colega, trabalhar no computador, beber chá e ouvir música e comer como forma de relaxamento.

No que concerne ao contributo da participação no projecto para o próprio desenvolvimento, 55,6% dos alunos consideraram que esta experiência de voluntariado contribuiu *Muito* para o seu desenvolvimento pessoal, 27,8% relatam que contribuiu *Muito* para o seu desenvolvimento social e 38,9% referem que este projecto contribuiu *Muito* para o seu desenvolvimento académico, conforme pode ser visto no gráfico 5.

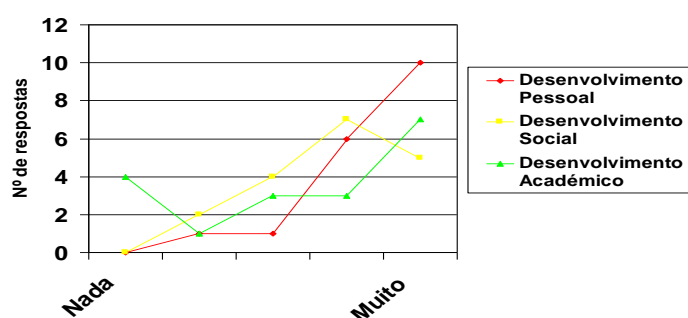


Gráfico 5. Contributo percebido para o desenvolvimento pessoal, social e académico.

Especificando, a nível do desenvolvimento pessoal, os alunos referiram o aumento do auto-conhecimento, compreensão e confiança, bem como a maior capacidade de empatia e de pensar e compreender os problemas dos outros, bem como satisfação pessoal por terem ajudado, sensação de “dever cumprido” e de terem participado numa experiência de sucesso e enriquecedora. A nível social, foi mencionada o estabelecimento de novas relações e a capacidade de compreender diferentes pontos de vista e saber como ouvir a ajudar na resposta aos problemas dos outros. De facto, os alunos voluntários relatam que consideram ter conseguido ajudar o apelante simplesmente por estarem presentes e disponíveis para ouvir, ajudando a pensar e reflectir e tendo-se apercebido que o outro ficou mais calmo com a relação rica, sincera, benéfica e verdadeira estabelecida. A nível académico, foi salientada a experiência como enriquecimento profissional futuro, bem como a aprendizagem de novas competências aplicáveis à realidade académica (controlo do stress, gestão do tempo, tolerância nas relações interpessoais etc.).

Como sugestões para o aperfeiçoamento futuro do projecto, foi referida a necessidade de formação continuada e intensiva, nomeadamente acerca dos casos a encaminhar para a LUA *face-to-face*. Ainda, foi referida o aumento da segurança à saída do serviço LUA e promoção de encontros sociais entre todos os colaboradores do projecto.

Todos os alunos consideram continuar no projecto, pela oportunidade continuada que ele representa de aprendizagem, experiência e enriquecimento pessoal e social, bem como por considerarem tratar-se de um projecto muito importante a nível social.

DISCUSSÃO

O serviço LUA, na sua vertente *nightline* e E-LUA, tem por base apoio de pares (*peer counselling*), em que um aluno voluntário devidamente preparado em técnicas de aconselhamento básicas e problemáticas comuns no Ensino Superior presta apoio telefónico gratuito, anónimo e confidencial a qualquer aluno da Universidade de Aveiro. Esta experiência de voluntariado implica investimento intra e interpessoal, pelo que compreender o retorno que esta experiência poderá ter para o aluno voluntário surge como pertinente.

O projecto de voluntariado LUA foi avaliado de forma bastante positiva, como útil e actual, onde existem as condições para cumprir o objectivo de apoiar o aluno com problemas. Nomeadamente, são referidas a presença e apoio da equipa de profissionais envolvida, a relação de apoio mutuo estabelecida entre alunos voluntários, as infra-estruturas onde decorre o serviço, e a natureza da relação estabelecida com o apelante, que foi em si mesma considerada como meio de apoio e ajuda.

De facto, a pertinência de uma relação de ajuda sincera, aberta, honesta, de aceitação e atenção incondicional tem sido associada ao sucesso no processo de apoio psicológico (Nelson-Jones, 2003).

O referido apoio interpessoal mútuo gerado entre a equipa do projecto LUA, bem como a consciência de dever cumprido que os alunos voluntários referem, poderão basear a decisão unânime de continuar a participar no projecto. A literatura mostra que a decisão de continuar a exercer voluntariado depende, entre outros aspectos, das relações sociais estabelecidas dentro da organização, do apoio sentido por parte da equipa de que se faz parte, e da crença de que o próprio trabalho e desempenho valem a pena. Ainda, a probabilidade de abandonar o voluntariado será menor se o voluntário for recebendo formação ao longo do tempo (Hidalgo & Moreno, 2009). Neste sentido, a necessidade de formação continua relatada, bem como o interesse na promoção de encontros sociais entre membros da equipa deverá ser cuidadosamente considerada no futuro. Além destas, a necessidade de implementar medidas de segurança alargadas, neste tipo de serviço nocturno não poderá ser descurada.

Salientaremos, também, a importância de ajudar estes alunos voluntários a relaxar, para que melhor possam usufruir da sua experiência na LUA. Apesar de referirem emoções positivas como expectativa e satisfação, e a sensação de dever cumprido e a preocupação adequada e responsável acerca do próprio desempenho, estes alunos relatam diversos sintomas fisiológicos típicos de uma resposta ansiosa, a qual pode interferir no desempenho do aluno conselheiro. O treino de relaxamento centrado no biofeedback (Thompson & Thompson, 2008) surge como pertinente e um plano de futuro concreto para o projecto LUA.

Além de ser uma forma de apoio ao aluno que telefona, a experiência de ser *peer counsellor* parece ter impacto nas atitudes, valores, percepções, e auto-conhecimento dos voluntários, conduzindo a uma mudança pessoal que continuará no futuro e afectará a direcção da sua vida. A percepção deste processo de crescimento pessoal e mudança será útil tanto para alunos apoiantes, como para os que procuram ajuda (Newton & Gardener, 2010), e parece já estar a ocorrer com os alunos voluntários da LUA, que percebem, compreendem e relatam os próprios ganhos com a participação no projecto a nível pessoal e social, nomeadamente maior auto-conhecimento, e valorização, compreensão e aceitação do outro.

O *peer counselling* surge como uma estratégia benéfica para todas as partes envolvidas: as instituições, que assim complementam a baixo custo os serviços profissionais de aconselhamento; os alunos apelantes que recebem apoio a dificuldades transitórias e podem falar num ambiente informal e liberto do estigma de consultar um profissional; e os alunos conselheiros, que crescem e se desenvolvem pela relação e serviço de ajuda que se tornam capazes de estabelecer. Na sequência de trabalhos anteriores a nível internacional (Casiday, Kinsman, Fisher, & Bamba, 2008; Solomon, 2004), o presente trabalho confirma esta última premissa. Os alunos conselheiros do projecto LUA

relatam a oportunidade de desenvolvimento pessoal, emocional, cognitivo e social, bem como de novas capacidades e do sentido cívico e de responsabilidade. Assim, projectos de voluntariado como o serviço LUA surgem como pertinentes e alvo de investimento por parte das instituições de Ensino Superior, contribuindo, em última análise, para formar cidadãos activos, responsáveis e saudáveis.

REFERÊNCIAS

- Barraza, J. A. (2011). Positive emotional expectations predict volunteer outcomes. *Motivation and Emotion*, 35(2), 211-219. DOI 10.1007/s11031-011-9210-4.
- Casiday, R., Kinsman, E., Fisher, C., & Bamba, C. (2008). *Volunteering and health: what impact does it really have?* Recuperado de: <http://www.volunteering.org.uk/NR/rdonlyres/AB46F9EC-CADB-4ABB-AEFE-8A850F09AE32/0/FullReportLampeter2ndJuly2008.pdf>.
- Castanheira, H., Nogueira, R., Oliveira, P., Vasconcelos, G., & Pereira, A., (2010). Acção social no Ensino Superior: Novos contributos para uma agenda estratégica. In Pereira, A., Castanheira, H., Melo, A. Ferreira, A., & Vagos, P. Actas do I Congresso RESAPES – AP – Apoio psicológico no Ensino Superior: Modelos e práticas (pp. 96-105). Aveiro: Universidade de Aveiro
- Cyr, C., & Dowrick, P. W. (1991) Burnout in Crisisline Volunteers. *Administration and Policy in Mental Health*, 18(5), 343-354.
- Gilat, I., & Rosenau, S. (2011). Volunteers' perspective of effective interactions with helpline callers: qualitative study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39(4), 325-337.
- Finn, J., Garner, M. D., & Wilson, J. (2011). Volunteer and user evaluation of the National Sexual Assault Online Hotline. *Evaluation and Program Planning*, 34, 266-272.
- Hidalgo, M.C., & Moreno, P. (2009). Organizational socialization of volunteers: The effect on their intention to remain. *Journal of community psychology*, 37(5), 594–601.
- Jiménez, M. L., & Fuertes, F. C. (2005). Positive emotions in volunteerism. *The Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 30-35.
- León, M. C., & Morales, J. F. (2005). Volunteerism and life satisfaction. *Intervención Psicosocial*, 14(1), 81-94.
- Margolis, C. G., Edwards, D. W., Shrier, L. P., & Cramer, M. (1975). Brief Hotline Training: An effort to examine impact on volunteers. *American Journal of Community Psychology*, 3(1), 59-67.
- Myrick, R. D., Highland, W. H., & Sabella, R. A. (1995). Peer helpers and perceived effectiveness. *Elementary School Guidance & Counseling*, 29(4), 278–290.

- Nelson-Jones, R. (2005). Part II – The relating stage. In R. Nelson-Jones, *Practical counseling and helping skills* (5ª ed., pp. 67-146). Londres: Sage Publications.
- Newton, F., & Gardener, J. (2010). Students helping students: a guide for peer education on college campuses (2ª ed.). San Francisco: Jossey Bass.
- Paukert, A., Stagner, B., & Hope, K. (2004). The Assessment of Active Listening Skills in Helpline Volunteers. *Stress, Trauma, and Crisis*, 7, 61-67. DOI: 10.1080=15434610490281075
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.
- Thompson, L., & Thompson, M. (2008). Effective Stress Management Using Neurofeedback and Biofeedback. *Applied Psychophysiology And Biofeedback*, 33 (4), 243-243.
- Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology*, 26, 215-240.

O PAPEL DA FAMÍLIA NA ADESÃO TERAPÊUTICA DE ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1

ANA MARGARIDA VARELA & KHALID FEKHARI

A diabetes não é uma entidade nosológica única, trata-se de uma síndrome que se caracteriza pela presença de elevados níveis de glicemia, resultantes de alterações na produção da insulina, alterações na acção desta ou de ambos. Embora existam vários tipos de diabetes a mais frequente é a diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) e a diabetes *mellitus* tipo 2 (OMS, 2003).

A DM1 é um dos problemas de saúde mais frequente e grave na infância e adolescência. Os estudos epidemiológicos estimam que existem cerca de 150 milhões de diabéticos em todo o mundo e prevêem que em 2025 sejam 300 milhões (OMS, 2003). Em Portugal, a taxa de incidência é de 720/100.000 casos por ano, dos quais 10% são do tipo 1. Trata-se de uma doença crónica de difícil controlo, com um regime terapêutico complexo, que envolve não apenas a administração de terapêutica farmacológica, mas sobretudo a mudança de comportamentos e estilos de vida. Para além da complexidade do tratamento, as dificuldades que este acarreta prendem-se com o facto dos cuidados com esta doença estarem centrados na responsabilidade e decisão do indivíduo. Nomeadamente, é necessário que o indivíduo com DM1 efectue a monitorização das alterações ambientais e biológicas e tenha a capacidade de efectuar ajustes adaptativos relativamente aos diferentes aspectos do tratamento, de forma a manter o controlo metabólico e reduzir o risco de complicações (Glasgow, McCaul & Schafer, 1987).

De acordo com Bishop (1994) a não adesão terapêutica refere-se a qualquer desvio no plano de tratamento estabelecido. O que, no caso da DM1, engloba uma diversidade de comportamentos, tais como: faltar às consultas; esquecer a administração da insulina; administrar insulina a menos ou a mais; não cumprir as orientações dietéticas ou de exercício físico, entre outros.

O PAPEL DA FAMÍLIA NA ADESÃO TERAPÊUTICA DE ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1

Dadas as especificidades do tratamento da DM1, não é de estranhar que os estudos empíricos indiquem que a adesão dos diabéticos ao regime terapêutico é baixa (Glasgow & Anderson, 1995), verificando-se que os pacientes aderem mais facilmente à administração da insulina e apresentam uma menor adesão nos aspectos relacionados com o comportamento e o estilo de vida (Cabral & Silva, 2010).

Embora a questão da adesão terapêutica seja de extrema importância em qualquer momento do ciclo de vida, esta é particularmente pertinente durante a adolescência, pois verifica-se, que nesta fase há uma diminuição no grau de adesão, que tem como consequência a deterioração do controlo metabólico (Haynes, McDonald & Garg, 2002). O referido decréscimo na adesão deve-se a vários factores, sendo que um dos mais relevantes é a transição da dependência parental para um estilo de vida mais autónomo (La Greca & Thompson, 1998), pois o processo de adaptação à doença pode dificultar o processo de desenvolvimento psicológico do adolescente e a evolução da família no seu ciclo vital (Pereira & Almeida, 2004), mas também depende desta. Isto porque toda a doença crónica é interpretada e reinterpretada pelos doentes e pelos seus próximos, que a integram no seu contexto e dinâmica familiar e em que a adesão terapêutica é um processo interactivo aberto, contínuo e dinâmico, definido e redefinido em função dos resultados e que decorre da partilha de reflexões e práticas do doente com os outros significativos (La Greca & Thompson, 1998; Mol, 2009). Desta forma considera-se pertinente avaliar a importância da qualidade da relação familiar para a adesão dos adolescentes com DM1.

Tendo em conta a complexidade do problema em estudo e a necessidade de adoptar uma abordagem fenomenológica, a opção metodológica consistiu, numa primeira fase, em tentar aceder, de forma heurística, às lógicas e significados subjacentes à experiência e vivência da do DM1, recorrendo aos princípios e procedimentos da *grounded theory*, para melhor enraizar a teoria nos dados empíricos (Estudo qualitativo), e, numa fase posterior, explorar as categorias analíticas principais no quadro de estudos quantitativos de carácter correlacional (estudo quantitativo).

MÉTODO

Estudo qualitativo (estudo 1)

Participantes

O processo inicial de codificação-categorização, ao permitir a emergência das primeiras categorias, revelou a necessidade de uma recolha de dados suplementar que nos levou a realizar outras seis entrevistas semi-estruturadas, a indivíduos escolhidos em função dos resultados emergentes (amostragem teórica)

Material

Por conveniência, a recolha de dados iniciou-se com a realização de entrevistas não-estruturadas realizadas a seis adolescentes, contactados através da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

Procedimento

A análise do material recolhido aponta para a existência de duas categorias analíticas principais que estruturam a experiência e vivência da DMT1.

Resultados estudo 1

A primeira refere-se à identidade de doente que, ao contrário do sublinhado em estudos sobre adultos com doenças crónicas, não parece obedecer, no caso presente, à lógica da reestruturação identitária (teoria narrativa), já que a doença não se apresenta como uma interrupção biográfica, um fractura geradora de um antes e um depois, mas antes como um elemento que acompanha o primo desenvolvimento do ser: “Só sei que descobriam aos sete meses e meio e já nasci com eles” (P., 18 anos, diabética desde os sete meses); “Conheço-me sempre assim. Sempre me conheci assim” (A., 24 anos, diabética desde os oito anos de idade)”.

Uma dimensão primordial que, conjugada à natureza da patologia em si (referida frequentemente como “doença invisível”, “doença silenciosa”, “doença à prazo”, embora requeira cuidados diários redobrados - medição dos níveis de glicémia e administração da insulina, controlo alimentar e do estilo de vida) abre o caminho para um horizonte marcado por uma série de contradições, entre o “saber-se doente” sem se “sentir doente” (“Sinto que tenho uma doença, sei que tenho uma doença! Se calhar o verbo sentir não é o mais indicado... Sei que tenho uma doença.” (Af., 17 anos, diabético desde os dez anos), ser jovem e com um estilo de vida saudável, ser portador de uma doença “dos velhos” ou “dos gulosos”, uma doença que, embora não seja “estigmatizante” é “dessocializante”, e que pelo controlo contínuo que exige, colide com a despreocupação da criança e o desejo de liberdade do adolescente. Uma tensão estrutural perceptível não só na percepção da doença, mas também na sua vivência prática, no sentido da possibilidade de existência de um conflito entre os princípios e procedimentos da gestão biomédica da doença e as exigências culturais, em particular da identidade de género. Assim, para um adolescente desejoso de responder às exigências da masculinidade, a doença é tida como “impeditiva”: “A diabetes é um pouco impeditiva, ou seja, limita-nos um bocado em termos principalmente de horários e de mobilidade e de termos que andar sempre com as nossas coisas atrás (...), se passar uma noite fora de casa, tenho que voltar cedo para casa por causa de insulinas que eu tenho no frigorífico, por exemplo (...) tenho que ter um maior controlo

O PAPEL DA FAMÍLIA NA ADESÃO TERAPÊUTICA DE ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1

sobre mim do que eles [os amigos]”(Af.)

A segunda categoria refere-se à dimensão social dos DMT1, no sentido de:

a) implicar toda a família e não só o indivíduo, tanto a nível do necessário apoio, sobretudo para as crianças mais novas, como pelo facto de exigir uma reorganização de muitas das actividades diárias da família. “Penso que foi mais duro para eles [os pais] do que para mim... Pelo que sei, pelo que eles me dizem e pelo que eu ainda vejo, eles não se sentiram muito confortáveis com isso, também se sentiram muito revoltados e... como eu disse foi mais duro para eles do que para mim.” (Af.);

b) interferir de forma contínua nas vivências com o grupo dos pares, em particular na questão de constituir uma fonte indesejada de diferenciação, ou mesmo de exclusão. “Não sei, acho que a família ajudou mais a ver como é que... o que é que eu tinha que fazer, as coisas mais práticas em relação à doença e os amigos foram mais... para não achar aquilo uma doença, pronto... não sei explicar mas humm... era uma coisa normal, pronto, e para ver que era igual a eles e não havia diferença, a família foi mais em questões práticas.” (I., 16 anos, diabética desde os 12 anos);

c) enquanto doença crónica e juvenil que acompanha a passagem da infância para a idade adulta, exige dos profissionais de saúde competências relacionais e humanas (plasticidade, empatia, respeito da subjectividade e especificidades do paciente) para lá das competências técnicas. “Ele [médico] era muito rígido, era muito rígido era! sinceramente...eu não me enquadrava muito com aquele doutor, sinceramente... não gostava de ir às consultas, sentia-me mal a ser seguido por ele e por isso decidimos mudar, tanto eu como os meus pais” (Af.);

“Não, não creio que tenha a ver com a especialidade deles [médicos], creio que tenha a ver com a personalidade deles... cada pessoa é como é e pronto...” (Af.);

“Depende do médico. Se for a Dra X faço, se for outra pessoa sou capaz de não fazer. Só faço se ela, se ela me pedir. Na sei, depende...Para já, ela a explicar é diferente das outras pessoas... E ela, ela, ela pensa como...ahh...como eu” (P.).

Estudo quantitativo (estudo 2)

Participantes

-Dado este tratar-se de um estudo quantitativo transversal de carácter correlacional, houve a preocupação de constituir uma amostra com mais indivíduos do que aqueles que participaram no estudo I, desta forma foram inquiridos 30 adolescentes com DM1 com idades compreendidas entre os 12 e os 18

anos, maioritariamente do sexo feminino. Relativamente aos dados referentes à condição clínica dos adolescentes com DM1 constatou-se que na sua maioria o diagnóstico de DM1 foi efectuado até aos 5 anos de idade.

Material

O protocolo de investigação utilizado constitui-se por: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico que permitiu recolher informação para a caracterização da amostra; a Escala sobre as Relações Pais-Filhos - QPRE que permitiu avaliar a qualidade da relação entre pais e filhos; a Medida de Adesão ao Tratamento – MAT que foi utilizada com o objectivo de conhecer os níveis de adesão dos adolescentes com DM1.

Procedimento

Para a realização do estudo foi necessário efectuar a apresentação dos objectivos do estudo junto dos coordenadores das instituições onde foram recolhidos os dados e depois de obtida a devida autorização para contactar os doentes, procedeu-se ao contacto destes e dos respectivos pais. Estes foram informados sobre o objectivo do estudo, sobre a confidencialidade das suas respostas assim como, de estarem a participar num acto voluntário. Aos indivíduos que concordaram e mostraram disponibilidade em colaborar no estudo, solicitou-se que assinassem um Termo de Consentimento Informado - Declaração de Helsínquia. No total, trinta indivíduos preencheram e devolveram o protocolo de investigação.

Uma vez que se pretendeu testar a associação entre duas variáveis, foi utilizada estatística que possibilitou avaliar a intensidade e a direcção da associação. Como não foram garantidos os pressupostos para utilização de estatística paramétrica, o coeficiente de correlação utilizado foi o de *Spearman*, que permitiu encontrar um índice que admitiu averiguar qual o tipo de relação entre duas variáveis. Assinale-se que se consideraram como estatisticamente significativos os testes estatísticos que tiveram articulados um valor de $p < 0.05$, de $p < 0.01$ ou de $p < 0.001$.

Resultados estudo 2

Os dados obtidos indicaram que existem correlações estatisticamente significativas entre a adesão terapêutica do adolescente com DM1e a comunhão de ideias e sentimentos na família, a qualidade das relações familiares e a qualidade da atmosfera familiar (Quadro 1).

O PAPEL DA FAMÍLIA NA ADESÃO TERAPÊUTICA DE ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1

Quadro 1:Correlações entre o QPRE e o MAT (N=30)

Q.P.R.E.	M.A.T
Dimensões Gerais e Globais da Relação Pais-Filho	
Comunhão de Ideias e Sentimentos	0.382 [□]
Consistência	0.260
Qualidade das Relações Familiares	0.521 ^{□□}
Qualidade da Atmosfera Familiar	0.459 ^{□□}

□ $p < 0,05$; □□ $p < 0,01$

Posteriormente foi analisada a existência ou não de relação entre a qualidade do relacionamento do adolescente com o seu pai e a adesão deste aos tratamentos para a DM1. Os dados obtidos (Quadro 2) indicaram que a única dimensão que apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a adesão é a aceitação.

Quadro 2 :Correlações entre o QPRE - Pai e o MAT (N=30)

Q.P.R.E.	M.A.T
Dimensões Referentes à Relação com o Pai	
Tolerância	0.142
Aceitação	0.430 ^{□□}
Apreciativa	0.216
Autonomia	0.069
Não Conflituosa	0.294
Confiança	0.218
Educador	0.267

□ $p < 0,05$; □□ $p < 0,01$

Já no que concerne à qualidade da relação do adolescente com a sua mãe foi possível determinar que três das dimensões avaliadas apresentaram uma correlação estatisticamente significativa com a adesão do adolescente aos tratamentos para a DM1 (quadro 3).

Quadro 3: Correlações entre o QPRE - Mãe e o MAT (N=30)

Q.P.R.E.	M.A.T
Dimensões Referentes à Relação com a Mãe	
Tolerância	0.214
Aceitação	0.434 ^{□□}
Apreciativa	0.152
Autonomia	0.226
Não Conflituosa	0.366 [□]
Confiança	0.445 ^{□□}
Educador	0.281

□ $p < 0,05$; □□ $p < 0,01$

DISCUSSÃO

Os dados obtidos através das entrevistas permitem considerar que a vivência da DM1 nos adolescentes não se apresenta como uma interrupção biográfica, mas antes como um elemento que acompanha o primo desenvolvimento do indivíduo, que apesar de exigir cuidados diários é marcada pela ambivalência “saber-se doente” sem se “sentir doente”. Trata-se de uma doença que interfere nas vivências relacionais dos adolescentes, nomeadamente porque implica toda a família e não só o indivíduo, tanto a nível do necessário apoio, como pelo facto de exigir uma reorganização de muitas das actividades diárias da família. Verificando-se que a qualidade da relação familiar dos adolescentes com DM1 está associada a melhores comportamentos de saúde por parte destes. Os dados obtidos revelaram que a partilha, comunhão de ideias e de sentimentos assim como, a atmosfera familiar são factores de tal forma importantes, que se reflectem nos níveis de adesão dos adolescentes ao tratamento.

Posteriormente e tendo em conta os dados obtidos inicialmente, considerou-se pertinente efectuar uma análise mais minuciosa e averiguar a importância da qualidade da relação do adolescente com DM1 especificamente com o pai e com a mãe. Os dados obtidos permitem concluir que os adolescentes com DM1 que têm uma relação com o pai marcada pela aceitação e uma relação não conflituosa, de confiança e de aceitação com a mãe têm mais comportamentos de saúde e apresentam maiores níveis de adesão aos tratamentos.

Este estudo veio salientar a importância de na área da doença física, principalmente na doença crónica, considerar o sistema criado pela interacção da doença com o indivíduo e a sua família. Importa salientar que o funcionamento familiar contempla três aspectos: a etapa do ciclo de vida, o padrão de funcionamento familiar, e o sistema de valores e crenças adquiridas e transmitidas ao longo das gerações, os quais determinam a vivência e a capacidade de adaptação à doença, originando deste modo implicações clínicas importantes.

REFERÊNCIAS

- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Cabral, M. V., & Silva, P A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.

O PAPEL DA FAMÍLIA NA ADESÃO TERAPÊUTICA DE ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1

- Glasgow, R., & Anderson, B.J. (1995). Future directions for research on pediatric chronic disease management: Lessons from diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 389-402.
- Glasgow, R., McCaul, K., & Schafer, L. (1987). Self care behaviours and glycemic control in type 1 diabetes. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 399-412.
- Haynes, R. B., McDonald, H. P., & Garg, A. X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. *Journal of American Medical Association*, 288, 2880-2883.
- La Greca, A. M., & Thompson, K. M. (1998). Family and friend support for adolescents with diabetes. *Análise Psicológica*, 16, 101-113.
- Mol, A. (2009). *Ce que soigner veut dire. Repenser de libre choix du patient*. Paris: Presses des Mines.
- OMS (2003). *Adherence to long term therapies: Toward policies for action*. Geneva: World Health Organization.
- Pereira, M. G., & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação de escala. *Análise Psicológica*, 3, 585-595.

OS SENTIMENTOS CONTRATRANSFERÊNCIA DESENCADEADOS POR PACIENTES COM DIFERENTES DIAGNÓSTICOS

INÊS VENTURA, ANTÓNIO PAZO PIRES & JORGE C. GOMES

De acordo com Rosenberger e Hayes (2002), a razão de existir pouca investigação empírica sobre a contratransferência, deve-se maioritariamente ao facto da contratransferência ser um constructo abstracto, difícil de operacionalizar e de mensurar. Por este motivo muitos dos estudos ocorreram em laboratório, e o trabalho de campo, iniciou-se apenas em 1987, estando ainda num desenvolvimento inicial. Hayes (2004), sugere que o motivo pelo qual há pouca investigação sobre contratransferência é o facto de este conceito emanar da psicanálise, um campo que tradicionalmente “foge” da investigação empírica. Os académicos passam mais tempo a digladiar-se sobre definições do que a conduzir experiências, e os terapeutas podem manifestar uma resistência considerável ao escrutínio empírico, seja por medo da exposição ao microscópio de investigação, constrangimentos temporais ou por diferenças nos valores epistemológicos entre terapeutas e cientistas. (Hayes, 2004).

Hayes, Gelso e Hummel (2011) indicam que, a maior parte dos estudos empíricos em contratransferência, utiliza uma visão limitada do termo, que reflecte os conflitos internos do terapeuta como fonte da contratransferência, por vezes com características do paciente como “gatilho”. Os autores referem o estudo da contratransferência, cognitiva, emocional e comportamental, sem que exista um instrumento total para medir as três variáveis (todas são medidas separadamente).

Possivelmente pelas dificuldades encontradas por estes autores a contratransferência é, efectivamente um campo pouco estudado, e exceptuando as investigações qualitativas, poucas são as investigações realizadas com questionários. Um levantamento da literatura empírica levou-nos a localizar 7 instrumentos. Dois estão traduzidos para o português: o ICB, traduzido para o português brasileiro por Goldfeld (2005), no âmbito da sua tese para obtenção do grau de mestre em psiquiatria, e adaptado transculturalmente por Goldfeld et al em 2007. Destes, o único que é de aplicação exclusiva a terapeutas e em forma de questionário é o CTQ. O CTQ foi traduzido para o português por Gomes (2008) também no âmbito da sua dissertação para obtenção do grau de mestre em psicologia clínica.

Neste sentido, dado que nenhum dos instrumentos anteriores se encontram validados e aferidos para a população portuguesa, pretendemos aumentar o conhecimento do constructo, na população de terapeutas portugueses.

Pensamos que a validação do instrumento não é, por agora, possível, mas será possível efectuar um estudo exploratório para obter mais informações sobre as respostas contratrtransferenciais dos terapeutas em Portugal utilizando o CTQ, que apresenta 8 dimensões reflectindo tipos de resposta contratrtransferencial, numa perspectiva não dicotómica (positivo/negativo) nem clássica.

No estudo inicial do CTQ (Zittel Conklin & Westen, 2005), desenvolvido por Betan, Heim, Zittel Conklin e Westen, os objectivos apresentados foram descrever a estrutura factorial e a fiabilidade do instrumento, e examinar associações entre os fenómenos contratrtransferenciais e a patologia de personalidade dos pacientes. Utilizaram uma amostra composta por 181 clínicos, seleccionados aleatoriamente de entre os membros da *American Psychiatric Association* e da *American Psychological Association*, pelo que a amostra foi composta por Psiquiatras e Psicólogos. Incluíram clínicos que tivessem pelo menos 3 anos de experiência após a formação académica e que efectuassem no mínimo 10 horas semanais de contacto directo com pacientes. Foi solicitado que seleccionassem um paciente maior de idade, com o qual tivessem tido pelo menos 8 sessões de terapia, e que fosse não psicótico. Sugeriram que os sujeitos consultassem a agenda e escolhessem o último paciente da semana anterior, nas condições referidas. Os dados foram recolhidos via papel e via internet. Aplicaram aos sujeitos um questionário de dados demográficos, o *Clinical Data Form*; solicitaram, que caracterizassem os pacientes, descrevendo como presentes ou ausentes os sintomas de diagnóstico de personalidade que constam no eixo II do DSM-IV, e por último pediram o preenchimento do CTQ. Um dos aspectos fulcrais do CTQ é a criação de protótipos de respostas contratrtransferenciais para as diferentes patologias, e no caso do estudo supra citado foi analisada a relação entre o tipo de respostas contratrtransferenciais e a patologia narcísica. Os resultados indicam que existe um padrão nas respostas dos terapeutas face às diferentes patologias, e tal não se encontra dependente da perspectiva teórica do terapeuta, e que podem suscitar no terapeuta “uma contratrtransferência média” que depende dos padrões de relações interpessoais que os pacientes estabelecem com os outros significativos, entre eles os seus terapeutas (Betan et al, 2005; Betan & Westen, 2009). Por todos os motivos anteriores o estudo do CTQ impõem-se na nossa população.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 90 terapeutas, sendo que 62 são do sexo feminino (69%), e 27 do sexo masculino (30%), um foi omissa quanto ao seu género. A faixa etária predominante é a de 31 a 40 anos (40%). Quanto ao grau académico, 18 são licenciados (20%), 25 têm uma pós-graduação

(27,8%), 39 são mestres (43,3%) e 8 têm um doutoramento (8,9%). 48 sujeitos estão em formação para ser psicoterapeuta (53,3%), sendo que os restantes já terminaram esta formação. Obtivemos 32 respostas de terapeutas da AP (35,6%), 27 da SPP (30%) 4 da SPPC (4,4%), 2 da APPSI (2,2%), 20 respostas (22,4%) de outras sociedades de formação, nomeadamente, da SPP Construtivista (N=4) da APPCPC (N=1), da SPPPG (N=1), da SPPB (N=1), da SPG (N=1), SPTF (N=1), SPPCCACP (N=1), sendo que os restantes 10 sujeitos não estavam filiados a qualquer sociedade e 5 sujeitos não responderam a esta questão.

Relativamente ao paciente, 60% dos terapeutas reportaram-se a um paciente do sexo feminino (N=54), e os restantes a um paciente do sexo masculino (N=36). 47,8% dos pacientes seleccionados encontra-se na faixa etária dos 31 a 40 anos.

Quanto à duração do caso seleccionado, 33 acompanham o paciente há menos de um ano (36,7%), 14 acompanham o paciente há mais de cinco anos (15,6%) e os restantes 43 terapeutas acompanham o paciente de 1 a 5 anos (47,8%). 48 terapeutas têm, com o paciente seleccionado, sessões semanais (53,3%). 59 terapeutas estão em supervisão neste caso (65,6%), sendo que maioritariamente os pacientes estão em psicoterapia (N=61, 67,8%) e 29 estão em psicanálise.

Material

O Countertransference Questionnaire (QCT) foi desenvolvido por Zittel Conklin e Westen, no ano de 2005, no sentido de obter mais informação sobre as respostas contratransferenciais afectivas, cognitivas e comportamentais dos terapeutas em relação aos seus pacientes.

O QCT é composto por 79 itens, que se compõem por afirmações que descrevem sentimentos, pensamentos e comportamentos dos terapeutas face a um paciente específico. São avaliados numa escala de *Likert* de 1 a 5 (1- não é verdadeiro de todo; 3 – de algum modo verdadeiro; 5 – bastante verdadeiro). Os 79 itens foram construídos com base em literatura teórica, clínica e empírica. Escritos numa linguagem acessível, menos científica, para abarcar toda a população de terapeutas. A tradução deste instrumento ocorreu no ano de 2008, por Gomes, no âmbito da sua tese de mestrado.

Para além do QCT, foi também solicitado o preenchimento de duas fichas, uma relativa ao terapeuta, que pretendia obter informações demográficas como sexo, idade, grau académico, anos de experiência, instituição de formação em psicoterapia, e outra relativa ao paciente, sexo, idade, e diagnóstico, e à terapia realizada com o mesmo, tempo de duração do caso, frequência de sessões, supervisão e tipo de terapia.

Procedimento

A amostra foi constituída por conveniência, sendo parte da recolha presencial (papel e caneta) e outra parte via internet. Foi enviado um e-mail com o pedido de preenchimento do Questionário de

Contratransferência (QCT), para os membros da Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP), e da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica (AP) e da Sociedade de Psicoterapias Construtivistas. A recolha presencial ocorreu em dois seminários de formação da AP, com alunos do terceiro e quarto ano de formação em Psicoterapia e Psicanálise. Foi também solicitado a outros terapeutas inscritos, e não inscritos, em sociedades psicoterapeutas o preenchimento do questionário. Recolhemos 27 questionários em papel (30%) sendo que destes, 21 foram nos seminários da AP, e os restantes via internet (70%).

Foi solicitado aos participantes que escolhessem apenas um paciente, adulto, de forma aleatória, com o qual já tivessem tido pelo menos 8 sessões de psicoterapia. Foi também pedido que considerassem todo o tempo de psicoterapia para responder às questões, e foi garantida a confidencialidade dos resultados.

Os resultados da questão do diagnóstico, que foi respondido sob a forma de uma pergunta aberta, foram traduzidos em quatro grupos diferentes, de acordo com o critério de Caligor, Kernberg e Clarking (2008).

Para todas as questões de investigação foi avaliada a normalidade e a homogeneidade de variâncias. Foram considerados efeitos estatisticamente significativos para $p < 0.05$. Todas as análises foram efectuadas com o software SPSS Statistics (v. 19, SPSS Inc. Chicago, IL).

RESULTADOS

Foi efectuada a análise factorial por componentes principais tendo sido extraídos 21 factores com um valor próprio superior a um. No entanto, o scree plot indicava que se deveria reter entre 7 a 8 factores. Foram eliminados itens que apresentavam um peso abaixo de 0.4 sendo que se optou (devido à fiabilidade dos factores), por reter 7 dimensões que explicam 56,6% da variância da amostra, mas que permitem manter 63 itens. O KMO obtido dá-nos confiança nos resultados obtidos, assim como o teste de Bartlett sustenta a correlação entre as variáveis.

A fiabilidade das dimensões foi avaliada pela medida de consistência interna – alpha (α) de Cronbach.

Quadro 1 – α de Cronbach, N° de itens Médias, desvio padrão, mínimo e máximo por dimensão

	F1_A	F2_Fr	F3	F4_Pare	F5_Perdid	F6_P	F7_Sexual
α de	0.915	0.900	0.88	0.817	0.826	0.729	0.746
N° de	15	10	10	9	8	7	4
Média	1,53	1,69	1,56	2,37	1,49	3,18	1,18
Desvio	,544	,654	,646	,702	,532	,637	,346
Mínimo	1	1	1	1	1	1,71	1
Máxim	3	4,4	3,6	4,11	3,00	4,71	2,75

De seguida apresentam-se os itens com maior peso factorial para cada dimensão.

Quadro 2 – Itens mais indicadores de cada dimensão e respectivo peso factorial.

Dimensões	Peso Factorial
Agressivo/Maltratado	
27 Fico furioso/a com ele/a.	,782
48 Perco a cabeça com ele/a.	,722
15 Sinto-me zangado/a com ele/a.	,684
8 Sinto-me irritado/a nas sessões com ele/a.	,682
46 Sinto-me maltratado/a ou abusado/a por ele/a.	,678
Especial	
71 Revelo mais os meus sentimentos com ele/a do que com outros pacientes.	,785
69 Faço coisas por ele/a, ou esforço-me mais por ele/a, como não faço por outros pacientes.	,752
73 Dou por mim a discutir o seu caso com colegas ou supervisores mais vezes do que o de outros pacientes.	,697
66 Preocupo-me mais com ele/a depois das sessões do que com outros pacientes.	,674
Parental/Protector	
42 Sinto que o/a quero proteger.	,759
47 Sinto-me cuidador/a face a ele/a.	,756
21 Quem me dera poder dar-lhe aquilo que outros nunca puderam.	,694
64 Tenho sentimentos afectuosos, quase paternais/maternais, relativamente a ele/a.	,679
Perdido/Inadequado	
68 Sinto-me menos bem sucedido/a a ajudá-lo/a do que a outros pacientes.	,678
54 Penso que ele/a estaria melhor com outro terapeuta ou noutro tipo de terapia.	,578
9 Não me sinto totalmente envolvido/a nas sessões com ele/a.	,524
44 Sinto que estou a ser “mauzinho” ou cruel para ele/a.	,516
Positivo	
53 Sinto-me contente ou satisfeito/a após as sessões com ele/a.	,703
19guardo com expectativa as sessões com ele/a.	,584
1 Tenho muita esperança nas melhorias que ele/a está a fazer ou irá provavelmente fazer com o tratamento.	,571
65 Gosto muito dele/a.	,562
Sexualizado	
56 Dou por mim a “flirtar” com ele/a.	,827
17 Sinto-me atraído/a sexualmente por ele/a.	,752
61 Sinto tensão sexual na sala.	,670
32 Os sentimentos sexuais que ele/a tem por mim fazem-me sentir ansioso/a ou desconfortável.	,561

Foram testadas as variáveis correspondentes ao terapeuta: idade, sexo, grau académico, anos de experiência, sociedade de formação e término da formação para todas as dimensões, e apenas se registaram diferenças significativas face ao sexo do terapeuta, na dimensão 7 (sexualizado) em que as mulheres apresentam valores inferiores que os homens ($U=629$; $W= 2582$; $p < 0.05$; $\eta_{fem.}=62$; $\eta_{masc.}=27$). Também na sociedade de formação, nas dimensões 1 (agressivo/maltratado) ($X^2KW(2)=17,103$; $p=0.017$; $N=78$) e 5 (perdido/inadequado) ($X^2KW(2)=8,150$; $p=0.001$; $N=78$) existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos AP e Outro, sendo que os terapeutas com formação em Outro apresentam valores médios mais baixos que os da AP.

Nas variáveis que correspondem ao paciente e à terapia: sexo, idade, tempo de duração do caso, frequência das sessões, supervisão e tipo de terapia, verificaram-se diferenças significativas em duas. No tempo de duração do caso, a dimensão 1 (agressivo/maltratado) apresenta diferenças significativas de médias entre todos os grupos ($X^2KW(2)=9,226$; $p=0.010$; $N=89$), o que significa que os terapeutas se sentem mais agressivos com pacientes que acompanham há mais tempo, e na dimensão 7, apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes que estão em terapia há menos de um ano e os que estão em terapia de 1 a 5 anos ($X^2KW(2)=9,543$; $p=0.008$; $N=89$), sendo que se verifica a mesma tendência anterior, os sentimentos de carácter sexual são mais intensos para com os pacientes que são acompanhados há mais tempo.

Quadro 3 – Tempo de duração do caso, por dimensão.

Duração do caso (anos)	F1_Agressivo/Maltratado	F2_Frustrado	F3_Especial	F4_Parental/Protector	F5_Perdido/Inadequado	F6_Positivo	F7_Sexualizado
<1 ano	1,31	1,61	1,55	2,22	1,49	3,22	1,09
1 – 5 anos	1,67	1,78	1,53	2,48	1,47	3,11	1,19
>5 anos	1,66	1,65	1,66	2,42	1,55	3,21	1,38

Na dimensão agressivo/maltratado, os pacientes com sessões quinzenais apresentam diferenças estatisticamente significativas ($X^2KW(3)=14,187$; $p=0.003$; $N=89$), dos que têm uma e duas sessões por semana e os que têm uma sessão por semana apresentam diferenças estatisticamente significativas face aos que têm duas e três sessões por semana sendo que os sentimentos são mais intensos quanto mais frequente é o acompanhamento.

No que concerne ao diagnóstico do paciente, categorizámos em quatro grupos, a patologia: grupo 1 - neuróticos ($N=56$), grupo 2 – alto nível borderline ($N=3$), grupo 3 – baixo nível borderline ($N=11$) e grupo 4 – psicose ($N=4$). Verificaram-se diferenças significativas na dimensão 1 (Agressivo/maltratado) ($F(3,71)=2,839$; $p=0.044$; $potência = 0,656$) entre o grupo 1 e o grupo 3, e entre o grupo 2 e o grupo 3. Também na dimensão 3 (especial) se encontram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 3 e todos os restantes grupos. O Grupo 3 é o que apresenta valores mais altos em todas as dimensões, o que pode indicar que os terapeutas respondem de uma forma mais intensa a pacientes com baixo nível borderline de personalidade.

Quadro 4 – Diagnóstico, por dimensão.

Diagnóstico	F1_Agressivo/Maltratado	F2_Frustrado	F3_Especial	F4_Parental/Protector	F5_Perdido/Inadequado	F6_Positivo	F7_Sexualizado
Neurótico	1,50	1,62	1,42	2,44	1,43	3,23	1,19
Alto nível Borderline	1,16	1,67	1,33	1,93	1,54	3,19	1,00
Baixo nível Borderline	1,96	2,09	2,30	2,68	1,91	3,36	1,25
Psicose	1,51	1,86	1,37	1,91	1,40	2,77	1,05

Consideramos que os efeitos contratransferenciais podem ser afectados por múltiplas variáveis simultaneamente, nomeadamente pelo diagnóstico, e anos de experiência do terapeuta. Verificámos que existem efeitos de interacção entre estas duas variáveis independentes e as dimensões 2 ($F(8,58)=2.188$; $p = 0.041$; potência = 0.811); 3 ($F(8,58)=2.910$; $p = 0.008$; potência = 0.922) e 5 ($F(8,58)=2.197$; $p = 0.041$; potência = 0.813), o que consolida a hipótese colocada. Optámos por considerar apenas os casos de pacientes neuróticos para avaliar as diferenças face à experiência do terapeuta, e verificámos diferenças estatisticamente significativas, na dimensão 1 ($X^2KW(5)= 13,951$; $p=0.016$; $N=56$), 2 ($F(5,50)= 2,542$; $p = 0.040$) e 3 ($FW(5,16.757)= 4,565$; $p = 0.025$), entre os terapeutas com menos experiência (1 a 3 anos) e os terapeutas com experiência entre 7 a 10 anos. Os terapeutas com menos experiência sentem-se menos agressivos e maltratados, menos frustrados, mas também que o paciente é menos especial, aplicando-se o inverso a terapeutas entre 7 a 10 anos. Os terapeutas aparentam estar num crescendo de sentimentos associados a estas 3 dimensões, que estabiliza num ponto médio quando ultrapassam os 10 anos de experiência.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados através da análise factorial indicam um modelo de análise ligeiramente distinto, devido às suas categorias, do que foi encontrado pelos autores do estudo original do CTQ. De acordo com Betan et al (2005) seria possível, com estudos subsequentes, alcançar resultados contratransferenciais médios, expectáveis para cada patologia. O presente estudo também aponta para esta possibilidade, pois, de acordo com os resultados apresentados anteriormente, existem diferenças significativas na dimensão 1 (Agressivo/maltratado) e 3 (especial) entre o grupo com baixo nível borderline e um ou mais grupos.

Apesar disso, verificou-se também que, conforme seria expectável, dado estarmos num campo de ciências sociais e humanas, este estudo conter uma subjectividade inerente aos processos relacionais humanos, principalmente em díade, que pode haver interacções de múltiplas variáveis ditas independentes, isto é, para um determinado valor de CT haver mais do que uma variável em interacção, conforme se verificou com os anos de experiência e o diagnóstico do paciente, pese embora a variável anos de experiência por si só não apresentar diferenças estatisticamente significativas nas dimensões em estudo.

É de extrema dificuldade a análise destes resultados face a outros trabalhos ou estudos, devido à escassez de informação no âmbito da CT medida por questionário, sabendo também que o QCT é o único, da literatura verificada, a tentar uma mensuração do fenómeno que não seja dicotómica, ou analisada por terceiros, e não por um dos elementos da díade, pelo que consideramos bastante pertinente que existam novos estudos com o QCT que confirmem ou infirmem os factores por nós

encontrados, com uma amostra superior à que foi utilizada neste estudo, e que permitam extrapolar os dados à população de terapeutas portugueses.

Desta forma, obtendo mais informação sobre o conceito, serão alcançados, com maior facilidade, dados que sustentem que, como apontam os resultados encontrados, a CT esteja dependente de vários factores da patologia do paciente, o que pode inclusive ser útil para a instrução dos novos terapeutas. Neste sentido, apresentam-se como maiores limitações o número reduzido de sujeitos na amostra, que permitiriam possivelmente ter uma maior confiança nos resultados verificados. É também uma limitação/sugestão para futuros estudos, a utilização de uma questão fechada no diagnóstico do paciente, bem como uma sugestão de selecção do paciente (para além da forma aleatória, por nós sugerida) que iniba os terapeutas da escolha, possivelmente intuitiva, de pacientes considerados “fáceis”.

REFERÊNCIAS

- Bernardez , T., (2004). Studies in Countertransference and Gender: Female Analyst/Male Patient in Two Cases of Childhood. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 32 (1), 231 - 254.
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarking, J. F. (2008). *Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade*. Porto Alegre:Artmed
- Hayes, J. A. (2004). The Inner World of the Psychotherapist: A Program of Research on Countertransference. *Psychotherapy Research*, 14(1), 21-36.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel A. M. (2011). Managing Countertransference. *Psychotherapy*, 48 (1), 88 – 97.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Therapist as Subject: A Review of the Empirical Countertransference Literature. *Journal of Counseling & Development*, 80(3), 264 - 270.
- Westen, D., & Betan, E. (2009). Countertransference and Personality Pathology: Development and Clinical Application of the Countertransference Questionnaire. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 179-198). New York: Humana Press.

A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT NOS PRESTADORES DE CUIDADOS A IDOSOS E DOENTES CRÓNICOS

CARLA SUSANA VICENTE & RUI ARAGÃO OLIVEIRA

O contexto da intervenção social nos últimos anos tem sofrido várias alterações consequência da tendência actual da sociedade moderna para a individualização e para a desintegração do tecido social, associada ao envelhecimento populacional, o que conduz a um aumento da procura de respostas nas instituições sociais direccionadas para a terceira idade e, consequentemente, desencadeia uma maior pressão por parte dos utentes para que os profissionais resolvam situações sociais complexas. Afinal como referido por Ander-Egg (1987, cit. por Barría, 2003) o objecto de trabalho nos trabalhadores sociais é auxiliar pessoas em situação de vulnerabilidade, quer ela seja física, mental ou social. De acordo com Söderfeldt, Söderfeldt e Wang (cit. por Barría, 2003) apesar destas exigências, os prestadores de cuidados ainda se deparam com a falta de reconhecimento social e a fraca existência de recursos quer económicos, quer humanos para que possam assegurar uma resposta adequada às situações com que se deparam. Em muitas ocasiões os trabalhadores sentem que o trabalho que desenvolvem não coincide com as suas expectativas prévias acerca da sua profissão, desempenhando funções e tarefas para as quais não se sentem preparados, o que poderá induzir uma certa frustração, associada às expectativas pouco realistas com que iniciaram a sua actividade. Esta realidade pode contribuir para o aparecimento de riscos psicossociais, designadamente para o aumento do nível de stress e consequentemente para uma grave deterioração da saúde física e mental, com particular destaque para o aparecimento da Síndrome de Burnout. O Burnout tem sido conceptualizado por Maslach e Jackson (1981) como uma experiência de stress individual desenvolvida no contexto das relações sociais complexas, associados ao contexto laboral. De acordo com as autoras a síndrome associa-se a “um cansaço físico e emocional que leva a uma perda de motivação para o trabalho, que pode evoluir até ao aparecimento de sentimentos de inadequação ou fracasso” (Pires; Mateus & Câmara, 2004).

Os estudos realizados acerca da prevalência desta síndrome, de acordo com Gil-Monte (2000) apresentam estatísticas que parecem inflacionadas, na medida em que apontam para índices de 30 a 40% de Burnout, embora as suas investigações sugiram que a percentagem de profissionais das áreas assistenciais revele uma prevalência desta síndrome na ordem dos 10 a 12%.

Num estudo realizado em Portugal verificou-se que apenas 9,8% dos participantes revelavam exaustão emocional e 1,4% na dimensão despersonalização (Ribeiro, Gomes & Silva, 2010). No México foi realizado um estudo com médicos tendo-se constatado que dos participantes envolvidos cerca de 10,9% exaustão emocional e 6% na dimensão de despersonalização (Pereda-Torales, Celedorio, Vásquez & Zamora, 2009).

Embora a literatura, aponte para a existência de vários factores, como os organizacionais, conteúdo do trabalho e individuais, que parecem contribuir para o aparecimento da Síndrome de Burnout, a nossa análise incidirá sobre as individuais, uma vez que se coaduna com o objectivo do presente estudo. No que concerne às variáveis individuais, os estudos salientam a importância do género, da idade, do estado civil, existência ou não de filhos, antiguidade no trabalho, características da personalidade, psicopatologias e estratégias de coping (Hernández-Vargas, Dickinson, & Ortega, 2008). Em relação ao género, as investigações diferem na medida em que alguns infere-se que as mulheres obtêm valores mais elevados na dimensão exaustão emocional ao passo que nos homens as maiores elevações verificam-se na dimensão despersonalização. Contudo, noutros estudos essas diferenças de pontuações não são tão evidentes (Glasberg, Erihsson, & Norberg, 2007; Gisbert, Los Fayos & Montesinos, 2008; Grau; Flichtentrei; Suñer; Prats & Braga, 2009; Tecedeiro, 2010). No que respeita à idade, os estudos salientam que entre os 35 e os 54 anos de idade há maior propensão para o aparecimento da referida síndrome. Por outro lado, as investigações vão no sentido de que o maior número de horas de trabalho por semana também correspondem a níveis mais acentuados de exaustão emocional e despersonalização por parte dos profissionais, tendo-se verificado que os profissionais em horários de trabalho acrescidos (42 horas semanais) evidenciaram maiores índices de exaustão emocional (Queirós, 2005 cit. por Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009).

A pertinência desta investigação deve-se aos escassos estudos portugueses acerca da prevalência da Síndrome de Burnout nos prestadores de cuidados a idosos e doentes crónicos. Foram definidos como objectivos: estudar a prevalência da Síndrome de Burnout (Exaustão Profissional) nos profissionais que prestam cuidados a idosos e doentes crónicos e a relação entre o aparecimento do Burnout e as variáveis: sócio-demográficas.

MÉTODO

O estudo insere-se num desenho transversal e descritivo-correlacional, na medida em que se pretende explorar a existência de relações entre as variáveis Síndrome de Burnout e as variáveis sócio demográficas (Fortin, 1999).

Participantes

O estudo foi realizado em 24 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS'S) do distrito de Lisboa, nas suas respostas sociais: Centro de dia, Apoio Domiciliário, Lar e Cuidados Continuados. A amostra foi composta por 265 funcionários que trabalham, directamente, com idosos e doentes crónicos. Foi na sua maioria constituída por mulheres 94,3%. A média de idades situa-se nos 43 anos (Std. 10,19). Em relação ao estado civil verifica-se que 58,9% dos participantes são casados ou vivem em união de facto, enquanto 36,6% são solteiros ou divorciados. Na amostra em estudo, 79,2% dos participantes têm filhos. A média de filhos situa-se nos 1,63 (Std.1,44). No que se refere às habilitações literárias cerca de 76,6% dos participantes apresenta um nível de escolaridade que se situa entre o 1º ciclo e a secundária, ao passo que os licenciados apenas representam 18,9%. Em relação à categoria profissional verifica-se que a maioria da amostra é composta por ajudantes familiares e por auxiliares de acção directa (72,4%). Contudo, a amostra ainda integra profissionais como: assistentes sociais, animadores socioculturais, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e encarregados de sector. A média de antiguidade na instituição é de 7,6 anos (Std. 7,12). A média de tempo com que os participantes trabalham com idosos e doentes crónicos, situa-se nos 9,3 anos (Std. 7,72). No que concerne ao horário de trabalho, a maioria dos participantes situa-se no regime normal (50,9%), seguido pelo horário acrescido que representa 45,3% dos participantes. No que respeita ao vínculo laboral, salienta-se que 71,1% dos participantes são efectivos e 20,4% trabalham com contrato. De acordo com os resultados obtidos verifica-se que 81,1% dos participantes trabalha apenas num só local. Em relação ao rendimento mensal verifica-se que 75,5% dos participantes auferem um rendimento inferior a 750 euros.

Material

Os instrumentos seleccionados para levar a cabo os objectivos do estudo foram: o questionário sócio-demográfico e o Inventário de Burnout de Maslach. No que se refere ao questionário Sócio-demográfico, o qual permitiu fazer a caracterização dos participantes, foi elaborado com base em questões fechadas que incidiram sobre aspectos como: idade, género, estado civil, filhos, habilitações literárias, categoria profissional, remuneração, situação contratual, antiguidade na função e antiguidade na instituição. O segundo instrumento utilizado foi Inventário de Burnout de Maslach (Maslach & Jackson, 1996; Semedo, 2009), o qual tem como objectivo avaliar o Burnout nos trabalhadores. Na sua versão original, é composto por 22 itens acerca de sentimentos relacionados com o trabalho, distribuídos por três escalas: Exaustão Emocional, com 9 itens; Despersonalização, com 5 itens e Realização Pessoal, com 8 itens. A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala ordinal de 7 posições entre “Nunca” (0) e “Todos os dias” (6). Contudo, na adaptação para português foram retirados 4 itens, resultantes da análise factorial exploratória. Deste modo, permaneceram os três factores: Exaustão Emocional, com 8 itens; Realização Pessoal, com 6

itens e Despersonalização, com 4 itens. Com a utilização deste inventário, pretendemos perceber a existência de exaustão emocional e da Síndrome de Burnout apresentada pelos inquiridos.

Procedimento

Em Novembro de 2010 procedeu-se ao contacto formal das direcções das Instituições Particulares de Solidariedade Social, tendo-se para o efeito enviado por correio electrónico (e-mail), os pedidos de colaboração na referida investigação. A acompanhar a carta de apresentação do estudo, seguia em anexo o pedido de autorização, no qual constavam os objectivos e etapas com que se iria desenrolar o mesmo. Recebidas as autorizações e manifestação por parte das IPSS'S em colaborar no estudo, os directores técnicos foram contactados telefonicamente de modo a agendar uma reunião, na qual fosse possível clarificar dúvidas e em simultâneo, definir os procedimentos para a posterior entrega dos questionários. Procedeu-se à recolha de amostra entre Janeiro a Março de 2011.

Como forma de assegurar o anonimato e confidencialidade dos participantes, foram entregues por participante um envelope no qual constava a carta explicativa do objectivo do estudo; o consentimento informado, o questionário sócio-demográfico e o Inventário de Burnout de Maslach. Solicitava-se ainda que devolvessem os envelopes devidamente selados. O tempo que mediou entre a entrega e a recolha dos envelopes foi de duas a três semanas, conforme o estipulado com os respectivos directores e tendo em consideração o número de funcionários da referida instituição. Na data pré-estabelecida, a investigadora deslocou-se às instituições para proceder à respectiva recolha dos envelopes. Foram seguidos todos os procedimentos requeridos pelas Comissões de Ética de Investigação. O tratamento de dados efectuou-se por intermédio do programa de estatística *SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 17.0*. Em virtude de não existirem pontos de corte validados para a população portuguesa seguiu-se as directrizes sugeridas por Shirom (1989), que considera, quem numa escala de tipo de Likert, para identificar os níveis de Burnout, é uma alternativa válida ter por base a frequência dos sintomas, no nosso caso utilizou-se o ponto 3 que corresponde a resposta “algumas vezes por mês”. Os procedimentos estatísticos utilizados para prosseguir os objectivos do estudo foram os seguintes: descritivos, MANOVA e Regressão Linear Múltipla.

RESULTADOS

Em resposta há primeira questão de investigação, qual a prevalência da Síndrome de Burnout nos prestadores de cuidados a idosos e doentes crónicos verifica-se que 19,6% dos participantes apresenta elevados índices de exaustão emocional, 4,9% elevada despersonalização e 2,6% baixa realização pessoal. Os homens são os que apresentam maiores elevações nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e menor realização pessoal. Os solteiros que apresentam maiores índices de exaustão emocional, os casados, maior despersonalização e os viúvos menor realização pessoal. Os

que não têm filhos são os que apresentam maior exaustão emocional e menor realização pessoal enquanto os que têm filhos obtêm maiores elevações na dimensão despersonalização. Os participantes com licenciatura e mestrado são os que revelam maior exaustão emocional, ao passo que os inquiridos com o 1º ciclo (1ª à 4ª classe) maiores índices de despersonalização enquanto os com a secundária são os que se sentem menos realizados. Em relação ao horário de trabalho constata-se que os profissionais que trabalham em tempo parcial são os que revelam maior exaustão emocional e baixa realização pessoal, sendo que a maior elevação na despersonalização ocorre nos que têm um horário acrescido. Na variável situação contratual observa-se que os efectivos são os que apresentam maiores elevações nas dimensões exaustão emocional e despersonalização, ao passo que os prestadores de serviços demonstram ser os que sentem menor realização pessoal. Verifica-se que a exaustão emocional ocorre com maior prevalência entre os 25-30 anos, sendo que a despersonalização surge entre os 31-35 anos e os 50-55 anos. Na dimensão realização pessoal, os profissionais menos realizados situam-se entre os 20-25 anos de idade. Quanto à antiguidade na instituição constata-se que as maiores elevações na exaustão emocional ocorrem entre os 10-15 anos. Por sua vez, a despersonalização é mais evidente entre os 15-20 anos e a menor realização pessoal entre os 5-10 anos. No que concerne ao tempo com a população verifica-se que os participantes com 15-20 anos de trabalho são os que se sentem mais exaustos emocionalmente, assim como com maior despersonalização enquanto os que se sentem menos realizados são os que se situam entre os 5-10 anos.

Para responder à segunda questão de investigação, efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para analisar se as variáveis em estudo tiveram um efeito estatisticamente significativo sobre as dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. A MANOVA revelou que a categoria profissional ($F=2,498$; $p=0,003$), a resposta social ($F=2,751$; $p=0,029$) e a situação contratual ($F=4,959$; $p=0,008$) tiveram efeito na dimensão exaustão emocional. Por outro lado, as variáveis turnos ($F=3,748$; $p=0,043$), situação contratual ($F=3,748$; $p=0,026$) e trabalho noutro local ($F=4,344$; $p=0,039$) tiveram efeito na dimensão despersonalização. Em relação à realização pessoal não se observou nenhum efeito por parte das variáveis em estudo.

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis Idade e Antiguidade na instituição (TempInstitu) como variáveis preditoras significativas da dimensão Exaustão Emocional. De acordo com os resultados, verifica-se que há medida que a variável Idade ($\beta = -0,210$; $t(260) = -2,9$; $sig. = 0,004$ $p < 0,01$) aumenta diminui a variável Exaustão Emocional. Por outro lado, o aumento na variável antiguidade na instituição ($\beta = 0,287$; $t(260) = -3,1$; $sig. = 0,002$ $p < 0,01$) significa que influencia o aumento da variável exaustão emocional. Embora a variável antiguidade na instituição ($\beta = -0,175$; $t(260) = -1,8$; $sig. = 0,059$ $p > 0,05$) seja marginalmente significativa como variável preditora da dimensão realização pessoal, não se pode deixar de a referir, na medida em que exerce uma influência contraditória, ou seja, há medida que aumenta o tempo de instituição parece diminuir a realização pessoal dos participantes.

DISCUSSÃO

Ao prosseguir um dos nossos objectivos apurar a prevalência da Síndrome de Burnout nos prestadores de cuidados a idosos e doentes crónicos verificou-se que a prevalência da síndrome de Burnout, no nosso estudo, é inferior à apresentada pela maioria das investigações, que aduzem valores na ordem dos 30 a 40%. Contudo, os nossos resultados parecem ir no sentido do sugerido por alguns estudos, que revelam que a prevalência de Burnout nos profissionais de saúde se situa entre os 10 a 12% (Grau et al, 2009; Perede-Torales et al, 2009; Ribeiro, Gomes & Silva, 2010). Os nossos resultados parecem justificar-se pelo facto de ser uma área em que se observa alguma rotatividade por parte dos profissionais, o que poderá ter contribuído para o não acesso a uma percentagem de prestadores de cuidados que numa situação extrema tenham deixado de trabalhar neste contexto. Verificou-se que os homens apresentam maiores índices de Burnout, o que se encontra em dissonância com o observado na maioria das investigações, na medida em que concluem que as mulheres apresentam maior exaustão emocional. No estudo de Gisbert et al. (2008) constatou-se também maiores índices de Burnout nos homens do que nas mulheres. No nosso entender, os nossos achados poderão dever-se ao facto de ser uma área em que as mulheres conseguem obter maior gratificação e dispõem de mais recursos pessoais, nomeadamente em funções associadas ao cuidar, do que os homens.

No que se refere ao horário laboral, os nossos resultados são semelhantes aos verificados por Carlotto (2011): os participantes com maiores níveis de exaustão emocional e menor realização pessoal são os que trabalham em tempo parcial, o que poderá dever-se ao facto de terem de se repartir por outras actividades, o que suscita maiores desafios na medida em que requer da parte destes profissionais uma maior adaptação a diferentes filosofias institucionais.

Observou-se que os participantes mais novos (25-30 anos) apresentam maior exaustão emocional, sendo que a despersonalização surge entre os 31-35 anos e os 50-55 anos. Os nossos resultados não diferem dos apresentados pelos outros estudos que referem que os profissionais mais propensos ao aparecimento da Síndrome de Burnout situam-se entre os 35 e os 54 anos de idade.

Por outro lado, vários autores assinalam a importância da antiguidade na função, afirmando que os profissionais que têm mais de 5 a 11 anos de profissão são mais susceptíveis ao Burnout. Na nossa amostra verifica-se que o período temporal situa-se entre os 15 e os 20 anos, o que não difere do apresentado no estudo de Hernández-Vargas (2008), na medida em que verificaram que os médicos com mais de 11 a 19 anos de antiguidade estavam mais susceptíveis a padecer de Burnout.

As investigações comprovam que as pessoas com maior grau académico estão mais propensas a desenvolver a Síndrome de Burnout, o que foi por nós igualmente verificado, na medida em que há medida que aumentam as habilitações literárias também é evidente um aumento progressivo da

exaustão emocional, mais do que das outras dimensões. Este aspecto poderá ser justificado pelas expectativas que os próprios profissionais criam em relação ao seu trabalho, assim como ao facto de desempenharem funções desajustadas à sua formação.

Há semelhança do verificado na revisão de literatura efectuada por Ruíz e Rios (2004), as variáveis predictoras do Burnout são o tipo de contrato e o tipo de serviços, aspectos que foram igualmente observados no nosso estudo.

A nossa investigação revela algumas limitações, que não poderão deixar de ser mencionadas. Em primeiro lugar, será de aflorar que o facto de a entrega dos questionários ter sido efectuada pelos coordenadores e ou directores técnicos da referida instituição, poderá ter contribuído para uma menor adesão ao estudo. Todavia, como forma de não sermos confrontados com enviesamentos, foram acautelados todos os procedimentos que assegurassem a confidencialidade das respostas. Por outro lado, o facto de os questionários terem sido auto-administrados, nomeadamente o Inventário de Burnout de Maslach, o que tendo em consideração a baixa escolaridade dos participantes poderá ter suscitado algumas dúvidas no preenchimento do referido instrumento. Como futuras investigações parece-nos relevante a elaboração de estudos longitudinais centrados na avaliação de programas de intervenção ajustados à realidade e contexto em estudo, não só no âmbito da intervenção social, mas alargado a outras áreas nomeadamente no sector bancário entre outros sectores laborais, sujeitos às novas mudanças do mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

- Barría, J. (2003) Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la región metropolitana. *Psykie*, 12, 213-226.
- Carlotto, M. (2011) O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14, 165-185.
- Fernández, S. (2004) El desgaste profesional (Síndrome de Burnout) en los trabajadores sociales. *Portularia*, 4, 499-506.
- Fortin, M.F. (1999) *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gisbert, M., Los Fayos, J., & Montesinos, M^a (2008) Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20, 361-368.
- Glasberg, A., Erihsson, S., & Norberg, A. (2007) Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (4), 392–403 doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04111.x
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009) Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 307-318.

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español. *Rev Esp Salud Pública*, 83, 215-230.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, 99-113.
- Pereda-Torales, L., Celedorio, F., Vásquez, M., & Zamora, M. (2009) Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32, 399-404.
- Pires, S., Mateus, R., & Câmara, J. (2004) Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*, 10, 15-23.
- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010) Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudos comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In: C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Samapaio & M.C. Taveira (Eds). *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia. Disponível em <http://www.actassnip2010.com>
- Semedo, C. (2009) *Bem-Estar Psicológico no Trabalho e Acidentalidade Laboral em profissionais de saúde*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Santiago de Compostela.
- Tecedeiro, M. (2010) Estudo exploratório sobre burnout numa amostra portuguesa: O narcisismo como variável preditora da Síndrome de Burnout. *Análise Psicológica*, 2 (XXVIII), 311-320.

O ESTUDO DO BURNOUT NUMA AMOSTRA DE FORÇAS DE SEGURANÇA

ANA LUÍSA VIEGAS & IVONE MARTINS PATRÃO

Em qualquer profissão o stress pode ter aspectos positivos que desafiam e permitem evoluir pessoal e profissionalmente. Porém tem também aspectos negativos, que vão colocando alguns obstáculos e deteriorando as atitudes perante o trabalho, ao longo do tempo.

Trabalhadores que sentem um excessivo stress, têm maior probabilidade de experienciar doenças físicas, *burnout* ou mesmo falta de satisfação no trabalho (Moon & Maxwell, 2004).

O conceito de exaustão profissional (*burnout*) foi descrito por Freudenbergger como sendo um estado de fadiga ou de frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas (Freudenbergger, 1975).

Segundo Maslach e Jackson (1986), o *burnout* é definido como uma resposta prolongada a causadores de tensão emocionais e interpessoais crónicos no trabalho e é definido como uma síndrome constituída por três factores: a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal, que pode ocorrer em sujeitos que trabalham com pessoas.

A exaustão emocional é o aspecto central do *burnout*, é tanto física como psíquica, pois o sujeito interiormente sentirá essa exaustão sob a forma de uma efectiva fadiga no trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

A despersonalização é a desumanização da relação como o outro. Esta é a parte do *burnout* mais intensa, pois é marcada por um desligamento relacional que se assemelha ao cinismo (Delbrouck, 2006).

O sentimento de insucesso profissional é a consequência directa dos dois planos anteriores que se demonstra na falta de realização pessoal.

O *burnout* é então considerado uma doença específica da relação de ajuda que revela um mal-estar existencial singular e social (Delbrouck, 2006), pois é uma experiência de stress individual num contexto de relações sociais complexas.

Nos últimos 30 anos o conceito de *burnout* tem-se desenvolvido e cada vez mais há um aumento significativo de estudos sobre esta temática, uma vez que esta implica efeitos negativos, não só à instituição como ao trabalhador e ao “cliente”.

É pertinente referir que as profissões que são consideradas com maior risco de *burnout* são as de ajuda, onde se inserem essencialmente os técnicos de saúde, de ensino e das forças de segurança, devido à tensão emocional crónica e do excessivo esforço que implica na relação contínua e exaustiva, particularmente quando estas são problemáticas.

O presente estudo avaliaram-se os níveis de *burnout* numa amostra de Forças de Segurança, comparando as forças militares e as não militares. A escolha desta amostra provém do facto das forças de segurança ainda não terem sido muito exploradas e por este tipo de amostra ter características únicas inerentes à sua profissão. Para além disso, em Portugal não existem estudos que comparem as diferentes forças de segurança públicas, que ao nível de funções desempenhadas são muito similares, mas há forças de ordem militar e não militar.

As forças de segurança são hoje uma actividade profissional com um papel fundamental na sociedade que apresentam características específicas. Sendo uma organização relativamente fechada, autoritária, com poucos estudos científicos sobre o stress profissional em Portugal.

Face a este problema, as instituições deveriam assumir a responsabilidade de identificar as situações típicas de esgotamento e reduzir os seus efeitos para que possam, na realidade, melhorar a qualidade dos serviços prestados.

O perfil dos agentes direccionados para a segurança e cumprimento da lei (policias e guardas prisionais) tem sido caracterizado através de altos níveis de cinismo e ineficácia comparativamente com baixos níveis de exaustão (Maslach, Schaufelie, & Leiter, 2001), pois estes profissionais lidam constantemente com presos agressivos, têm de lidar com uma rotina de constante vigilância de pessoas, entre outras funções associadas a excessivos e prolongados níveis de tensão no trabalho.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo foi não probabilística e de informantes estratégicos por “bola de neve” (Ribeiro, 2008). A amostra final foi constituída por um total de 187 sujeitos pertencentes às Forças de Segurança, sendo 122 (65.2%) pertencem à ordem não militar e 65 (34.8%) pertencem à ordem militar. Maioritariamente a amostra pertence ao sexo masculino, são casados e têm o ensino secundário. A média das idades encontra-se nos 32 anos, tendo o mais novo 22 e o mais velho 55 anos. A amostra têm uma média de 10 anos de serviço, sendo que a maioria escolheu esta profissão por gosto. Na sua maioria trabalham por turnos, praticam serviço externo e as suas tarefas são

operacionais. Mais de metade da amostra tem contacto directo seja com vítimas, agressores ou testemunhas. Apenas 3% referem a toma de psicofármacos e 2% assumem ter acompanhamento psicológico.

Quanto à avaliação que os sujeitos fizeram à própria instituição é ilustrado que a maioria tem uma boa relação com o seu supervisor e que têm uma alta autonomia. Porém é referido que não possuem recursos, que o ambiente organizacional é pouco adequado e que não têm apoio.

Material

Foi administrado a todos os profissionais um conjunto de instrumentos destinados a obter informações acerca das variáveis em análise neste estudo: *Questionário Sócio-demográfico e profissional* (Viegas & Patrão, 2010)- *O Maslach Burnout Inventory - M.B.I.* - G.S. (1981; 1986) - avalia o *burnout* nas Forças de Segurança. Este instrumento possui no seu total 16 itens organizados em forma de declarações sobre sentimentos pessoais ou atitudes no trabalho, apresentados numa escala de tipo *Likert* com 7 alternativas de resposta, avaliando três dimensões do *burnout*: a exaustão que inclui itens referentes à fadiga física e emocional e está presente em 5 itens, o cinismo que reflecte indiferença ou uma atitude distante face ao trabalho e está presente em 6 itens e por fim a eficácia profissional focaliza-se na realização ocupacional abordando aspectos sociais e não sociais da ocupação; trata-se de uma dimensão inversa às duas anteriores e inclui 5 itens. As dimensões desta escala são cotadas de 0 a 6 valores respectivamente com as alternativas de resposta, sendo que o valor 3 será o ponto de corte. O ponto de corte para a escala total é de 48, uma vez que o mínimo é zero e o máximo é de 96. Deste modo, os níveis de *burnout* reflectem-se nos resultados de cada subescala, sendo que níveis elevados de *burnout* correspondem a valores elevados nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e a valores baixos na subescala de realização pessoal.

A verificação da precisão, por meio da consistência interna (Alpha de Cronbach) resultou em valores bastante adequados, tanto para a variável global como para as três dimensões para ambas as amostras (Militar=0.795; 0.88; 0.86 e 0.74) e (Não Militar=0.749; 0.88; 0.76 e 0.74) (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

- *Escala Breve de Desejabilidade Social* (Barros, 2004) - Este instrumento possui no seu total 4 itens organizados em forma de declarações sobre sentimentos pessoais, apresentados numa escala de tipo *Likert* com 5 alternativas de resposta. Segundo Crowne e Marlowe (1960, cit. por Barros de Oliveira, 2004) desejabilidade social pode definir-se como a tendência dos sujeitos a dar uma resposta socialmente aceitável ou considerada “correcta”. A consistência interna do instrumento foi verificada na presente amostra com os seguintes resultados: Militar=0.73 e Não Militar=0.76) (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Procedimento

Procedeu-se às necessárias autorizações para aplicar as escalas no estudo. Após a revisão da literatura construiu-se um questionário Sócio-demográfico e profissional (Viegas & Patrão, 2010). Constituiu-se a amostra através de uma amostragem “bola de neve”. Procedeu-se à análise estatística, com a utilização do teste paramétrico *T-student* para a variável total do *burnout* (uma vez que esta apresentava as condições para a aplicação de testes paramétricos). Nas outras variáveis foram utilizados os testes não paramétricos de *Fischer*, de *Wilcoxon-Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis* (Maroco, 2007).

RESULTADOS

Na *amostra de militares*, a média do valor total do *burnout* é de 50.58 o que significa que estes valores estão ligeiramente acima do ponto de corte da escala total. A dimensão exaustão apresenta uma média de 1.87, a dimensão realização pessoal reflecte uma média de 1.99, e a despersonalização com uma média de 5.21. Significa que esta ultima dimensão está acima do ponto de corte.

Na *amostra não militarizada*, a média do valor total do *burnout* é de 51.93 o que significa que estes valores estão ligeiramente acima do ponto de corte da escala total. A dimensão exaustão apresenta uma média de 1.92, a dimensão realização pessoal reflecte uma média de 2.21, e a despersonalização com uma média de 5.21, o que significa que está acima do ponto de corte, por isso esta amostra tem valores altos para esta dimensão.

O *burnout* total e nas suas diferentes dimensões relaciona-se com algumas variáveis de influência, tanto na amostra militar, como não militar.

Amostra militar-O *burnout* relaciona-se significativamente com as seguintes variáveis: a toma de psicofármacos, a autonomia e o clima organizacional. Os sujeitos que tomam psicofármacos e que avaliam o clima organizacional como pouco adequado apresentam valores mais elevados na dimensão total do *burnout* (p-value 0.034 e 0.036 respectivamente). Os níveis de *burnout* do grupo de alta autonomia são inferiores aos valores do grupo de baixa autonomia (p-value=0.001).

A variável exaustão emocional relaciona-se significativamente com as seguintes variáveis: a toma de psicofármacos e a autonomia. Os sujeitos que tomam psicofármacos e que avaliam a sua autonomia como alta apresentam valores mais elevados na dimensão exaustão (p-value=0.039 e 0.000 respectivamente).

A variável despersonalização relaciona-se significativamente com as tarefas laborais e autonomia. As tarefas operacionais estão relacionadas com valores mais altos de despersonalização (p-value=0.009) e os valores do grupo de alta autonomia são iguais ou superiores aos valores do grupo de baixa autonomia (p-value=0.449).

A variável realização pessoal relaciona-se significativamente com a variável autonomia. O grupo que se avalia com alta autonomia apresenta valores inferiores de realização pessoal em relação ao grupo de baixa autonomia ($p\text{-value}=0.007$).

Amostra não militar-O *burnout* relaciona-se significativamente com as seguintes variáveis: grupo etário e estado civil. Verifica-se que os níveis de *burnout* são mais elevados nos sujeitos mais velhos [33-43] (valores da dimensão global do *burnout* =57.15). Para além disso, os sujeitos com níveis mais elevados de *burnout* são os que estão em união de facto ($p\text{-value}=0.029$).

A variável despersonalização relaciona-se significativamente com o número de filhos. Verifica-se que os níveis de despersonalização são menores nos sujeitos que têm filhos ($\chi^2=54.863$; $p\text{-value}=0.038$).

A variável falta de realização pessoal relaciona-se significativamente com o estado civil. Os sujeitos com maior realização pessoal são os que estão em união de facto ($p\text{-value}=0.023$).

É de salientar que o resultado da escala de desajustabilidade social pode ter influenciado os resultados, uma vez que as respostas podem estar contaminadas com comportamentos socialmente aceitáveis.

DISCUSSÃO

As forças de segurança estudadas são muito semelhantes tanto na maneira de actuação, como nas tarefas e nas suas funções. A grande diferença detectada entre as duas é que uma é de ordem militar enquanto a outra não. Assim sendo, verificou-se através do presente estudo que a tríade do *burnout* não apresentou diferenças entre os grupos.

Os resultados deste estudo evidenciam níveis de *burnout* moderados para a exaustão emocional, que segundo Boles, Dean, Ricks, Shorts e Wang (2000) está associado a excessivos e prolongados níveis de tensão no trabalho, que produz tensão ou sentimentos de tensão, irritabilidade e cansaço. O mesmo se verificou com a realização pessoal, em que a sua diminuição envolve esforços repetidos, com falha na produção de resultados, conduzindo a uma atitude de ineficácia e de redução da motivação. Foram também bastante evidentes os valores de despersonalização, que parecem estar relacionados com uma tendência para a não individualização e desumanização dos outros, através do cinismo, indiferença, atitudes e comportamentos, com ausência de cuidados para com os outros (Boles, Dean, Ricks, Shorts & Wang, 2000). O perfil dos agentes direccionados para a segurança e cumprimento da lei tem sido caracterizado através de altos níveis de cinismo e ineficácia comparativamente com baixos níveis de exaustão (Maslach, Schaufelie, & Leiter, 2001), pois estes profissionais lidam constantemente com excessivos e prolongados níveis de tensão no trabalho.

Nos polícias Noruegueses foi verificado que quanto às dimensões do cinismo e da ineficácia profissional apresentavam valores elevados em comparação com a dimensão da exaustão que tem

valores mais baixos (Burke & Mikkelsen, 2006). Porém, em estudos nacionais com guardas prisionais, este apresentam níveis moderados para a exaustão emocional, elevados para a despersonalização e moderados para a realização pessoal (Tapadinhas e Passos, 2008). É de salientar que o último resultado apresentado está em concordância com o presente estudo, no que diz respeito aos valores elevados da despersonalização.

As forças de segurança são geralmente entendidas como inerentemente stressante (Collins & Gibbs, 2003; Dowler & Arai, 2008). Segundo Thompson, Kirk e Brown (2006) existem fontes de stress específicas à actividade policial, são elas: factores de stress inerentes ao Sistema Criminal e de Justiça, o lidar com o público, “stressores” intrínsecos ao trabalho de polícia e até mesmo a própria agressividade.

As organizações das forças de segurança têm uma estrutura com características específicas que a tomam como uma particularidade nesta área. Com uma cultura organizacional onde o autoritarismo, o cinismo, a desconfiança e o conservadorismo dominam, elas são constantemente avaliadas pelo seu desempenho a nível interno e externo, nomeadamente pela população civil.

A cultura das forças de segurança promovem a não verbalização o reconhecimento das emoções e o cinismo enquanto atitude, assim, há uma promoção facilitando o aparecimento do *burnout*.

As forças de segurança são hoje uma actividade profissional com um papel fundamental na sociedade que apresentam características específicas. Sendo uma organização relativamente fechada, autoritária, com poucos estudos científicos sobre o stress profissional em Portugal.

É neste sentido que este trabalho deve ser enquadrado, procurando observar não só a prevalência e frequência do *burnout*, mas também a importância de determinadas variáveis psicológicas, ocupacionais e mesmo organizacionais na compreensão desta temática.

É importante o destaque da necessidade de intervenções ao nível da saúde ocupacional, onde a principal finalidade consiste na promoção de condições de trabalho que permitam: uma boa qualidade de vida no trabalho, protegendo a saúde dos trabalhadores, promovendo o seu bem-estar físico, mental e social, prevenindo a doença e os acidentes.

O ponto mais forte deste estudo relaciona-se com uma das dimensões do *burnout*, a despersonalização. Mostrando assim que a despersonalização além de ser uma dimensão que faz com que o sujeito se insira em valores elevados de *burnout*, seja uma forma de agir dos próprios sujeitos, e como tal será importante intervir.

Tendo em conta os resultados do presente estudo e as indicações dos estudos ao nível da intervenção com as forças de segurança, parece importante em investigações futuras: optar por avaliar a eficácia de programas específicos de controlo de stress, treinos de relaxamento, e prática de resolução de conflitos/treino de resolução de problemas.

Também será pertinente em estudos futuros integrar algumas variáveis, tais como: suporte social, estratégias de *coping*, situações stressantes na vida policial, a presença de doenças crónicas, satisfação no trabalho, estudo da personalidade entre outras que possam estar relacionadas com a temática, com adopção de uma metodologia longitudinal.

REFERÊNCIAS

- Barros de Oliveira, J. H. (2004). Desejabilidade Social: Um Construto de difícil avaliação. *Psychologica*, 35, 233-247.
- Boles, J. S., Dean, D.H., Ricks, J.M.m Shorts, J.C., & Wang, G. (2000). The dimensionality of the Maslach Burnout Inventory across Small Business Owners and Educators. *Journal of Vocational Behavior*, 56, 12-34.
- Burke, R., & Mikkelsen, A. (2006). Burnout among Norwegian Police Officers: Potential Antecedents and Consequences. *International Journal of Stress Management*, 13 (1), 64-83.
- Collins, P. A., & Gibbs, A. C. (2003). Stress in police officers: A study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force. *Occupational Medicine*, 53 (4), 256-264.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dowler, K., & Arai, B. (2008). Stress, gender and policing: The impacto f perceived gender discrimination on symptoms of stress. *International Journal of Police Science & Manegement*, 10 (3), 123-135.
- Freudenberger, H. (1975). The Staff Burn-Out Syndrome in Alternative Institutions. *Psychotherapy:Theory,Research and Practice*, 12 (1), 73-82.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Maslach. C. & Jackson, S. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory: Manual Research Edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 39-42.
- Moon, B., & Maxwel, S. (2004). The sourses and consequences of corrections officers stress. *Journal of Criminal Justice*, 32, 359-370.
- Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde* (2ª ED.). Porto: Livpsic.

Tapadinhas, A., & Passos, T. (2008). Burnout em guardas prisionais. *Actas de 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto.

Thompson, B.M., Kirk, A., & Brown, D. (2005). Work based support, emotional exhaustion, and spillover of work stress to the family environment: a study of policewomen. *Stress and Health*, 21, 199-207.

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE PAIS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EM EXAMES RENAIIS

LINA VIEIRA, ANA MONTEIRO GRILO, SOPHIE BARROS & ANA ANTÓNIO

A Medicina Nuclear investiga os distúrbios do metabolismo e da patofisiologia, recorrendo a radiofármacos e caracteriza-se por ser uma modalidade de imagiologia diagnóstica importante e adequada a pacientes pediátricos devido à sua elevada sensibilidade, segurança e cariz pouco invasivo (Gordon, 1998; Mandell et al, 2003; Piepsz et al, 2001). Os exames renais, nomeadamente, o Renograma, a Cintigrafia Renal e a Gamacistografia Directa, representam o método complementar de diagnóstico mais realizado em Medicina Nuclear Pediátrica. Estes exames possuem características em comum, entre as quais se destacam: a administração de um radiofármaco (ou seja, de uma substância farmacêutica que, pela qualidade e quantidade de radiação emitida, poderá ser utilizada no diagnóstico e terapêutica de patologias), os tempos de espera entre a administração do radiofármaco e a aquisição das imagens, e a necessidade de imobilização por parte da criança durante a aquisição de imagens. Conhecendo estas características, facilmente se conclui que o sucesso na concretização destes exames depende directamente da cooperação do paciente pediátrico e da sua figura paternal/acompanhante (Gordon, 1998; Mandell et al., 2003; Piepsz et al., 2001).

Efectivamente, é conseguida uma melhor cooperação, e consequentemente, um exame com maior qualidade, quando a criança e os pais/acompanhantes se sentem parte integrante da equipa e são encorajados a participar activamente no procedimento. É esse encorajamento que leva à formação de uma atmosfera favorável, que resultará num exame bem sucedido e no sentimento de satisfação por parte da criança e dos pais/acompanhantes (Barros, 1999; Mandell et al., 2003; McCarthy, 2006; Motta et al., 2002).

A reacção adaptativa ou desadaptativa da criança deriva da sua capacidade para compreender e dar significado ao procedimento, assim como da utilização de estratégias de confronto adequadas, sendo que tudo isto dependente do seu meio familiar.

Assim, por meio de vivências, de ameaças e/ou concretizações de doenças diversificadas, pais e filhos vão-se influenciando mutuamente nos seus processos de aquisição e transformação de significações sobre a saúde e a doença, sobre a adesão aos tratamentos e sobre as melhores formas de controlar a ansiedade e o sofrimento. Dessa forma, os pais desempenham um papel modelador no desenvolvimento das atitudes e crenças sobre a saúde e a doença (Barros, 1999; Mandell et al., 2003).

Uma vez que a atitude dos pais se reflecte no comportamento da criança, torna-se crucial que os profissionais de saúde lhes expliquem os procedimentos do exame, aquando da marcação e no momento de realização do mesmo. De igual forma, é importante que os Técnicos de Medicina Nuclear adoptem um discurso claro, honesto, objectivo, com instruções/sugestões precisas do que os pais/acompanhantes podem e devem fazer, em que momentos, locais e condições, assim como o que devem esperar de cada profissional. É fundamental que a explicação seja dada de modo a que tanto a figura parental/acompanhante como a criança se sintam confortáveis em expor todas as questões e receios que naturalmente ocorram num procedimento desta natureza (Chesler et al., 1987; Gordon, 1998; Mandell et al., 2003).

O presente estudo pretende avaliar as percepções dos pais no que concerne aos exames renais pediátricos em Medicina Nuclear.

MÉTODOS

Participantes

Realizou-se um estudo exploratório, tendo-se recorrido a uma amostra de conveniência, constituída por pais de pacientes pediátricos que realizavam exames renais em serviços de Medicina Nuclear de dois hospitais particulares na área da grande Lisboa.

A amostra foi constituída por 42 pais com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos, sendo que a maioria dos inquiridos possuía o 12º ano de escolaridade (45,2%).

Material

Foram aplicados dois questionários emparelhados. O primeiro questionário continha 16 questões de resposta fechada e uma de resposta aberta, entre as quais questões de caracterização da amostra: sexo, idade, grau de parentesco e habilitações literárias dos pais/acompanhante. Os indicadores avaliados foram a informação recebida referente ao procedimento do exame, por quem foi facultada e o sentimento associado ao exame. Este questionário pretendeu conhecer o nível de informação dos pais e os sentimentos associados ao exame.

O segundo questionário era composto por nove questões de resposta aberta. Os indicadores em avaliação foram a pertinência das informações recebidas e a opinião do acompanhante associada a sugestões para melhoria do atendimento. Este questionário pretendeu avaliar se a percepção dos pais/acompanhantes se havia alterado depois do exame e o que estes consideravam que poderia ter sido feito para melhorar a adaptação destes e da criança

Procedimento

Após a elaboração dos questionários, os dois serviços de Medicina Nuclear referidos foram contactados, sendo-lhes entregue o pedido de colaboração e autorização escritos, onde constavam os objectivos do projecto de investigação, assim como as especificações dos utentes a quem se solicitava a colaboração para o preenchimento dos questionários, i.e., os pais ou acompanhantes da criança.

Depois da aceitação desse pedido, e acordados os dias em que cada serviço efectuava exames pediátricos, realizou-se, durante o segundo trimestre de 2011, a entrega pessoal dos dois questionários. O primeiro questionário foi recolhido antes da realização do exame, enquanto o segundo foi solicitado após a realização do exame por parte do paciente pediátrico.

RESULTADOS

Primeiro questionário (antes da realização do exame)-Verificou-se que 92,9% da amostra recebeu explicação relativa aos procedimentos associados ao exame. O momento que antecede a administração do radiofármaco foi aquele durante o qual a maioria dos pais (81,0%) recebeu a informação. Esta foi facultada a todos os pais oralmente sendo, na maioria dos exames realizados, transmitida pelo Técnico de Medicina Nuclear (83,3%). Os parâmetros abordados constam no quadro 1.

Quadro 1: Informação facultada antes da realização do exame

Tópicos Abordados	N =42 (100%)
Hora de chegada	37 (88,1%)
Tempo total	29 (69,0%)
Preparação necessária	29 (69,0%)
Procedimentos	29 (69,0%)
Instruções aos acompanhantes	13 (31%)
Tempo de espera (em Cintigrafia renal)	17 (40,0%)
Outro	5 (11,9%)

No que concerne aos sentimentos experienciados pelos progenitores antes do exame (gráfico 1) o destaque vai para a ansiedade com 42,9%.

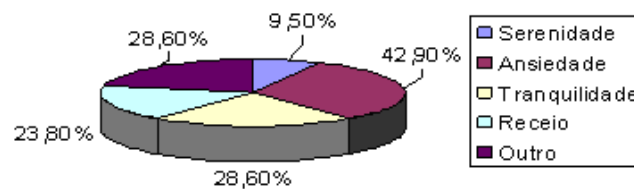


Gráfico 1 – Sentimentos associados ao exame

Segundo questionário (após a realização do exame)-A maioria dos pais (90,8%) indicou que, de modo geral, o exame decorreu de forma adequada, sendo que a totalidade da amostra considerou útil a informação recebida antes do exame. Não obstante, 14,3% não a considerou completa e 28,6% não recebeu instruções relativas à forma como os pais deveriam proceder no decurso do exame.

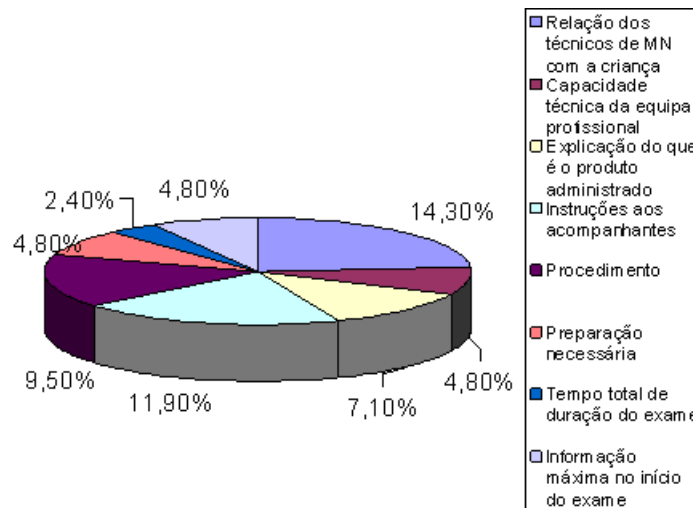


Gráfico 2 – Informação valorizada pelos pais de pacientes de MEDICINA NUCLEAR

Atenda-se ainda que 69,0% não consideraram que a explicação dada por escrito fosse vantajosa. As indicações e aspectos mais valorizados pela amostra encontram-se no gráfico 2.

DISCUSSÃO

A adequação dos pais, assim como a sua capacidade de criar recursos e estratégias de funcionamento eficazes são bons preditores da adaptação da criança aquando de um exame complementar de diagnóstico (Silva et al., 2002). Nesse sentido, torna-se importante que os pais/acompanhantes estejam informados sobre os aspectos referentes ao exame, tais como os procedimentos necessários e a duração total do mesmo.

No presente estudo, apurou-se que 81,0% da amostra recebeu informação relativa ao exame antes da administração do radiofármaco, facto que satisfaz a maioria dos inquiridos.

O acompanhamento por parte do Técnico de Medicina Nuclear deve ser personalizado e adequado a cada família, o que implica disponibilidade total no que concerne ao fornecimento de informação, bem como a todos os aspectos psicológicos (Silva et al., 2002). Como parte integrante do discurso do técnico de Medicina Nuclear, aquando da explicação dos procedimentos, os pais/acompanhantes referiram os seguintes parâmetros: hora de chegada ao serviço (88,1%); tempo total de duração do exame (69,0%); preparação necessária para a sua realização (69,0%); procedimentos associados ao exame (69,0%), instruções aos acompanhantes (31,0%), tempo de espera em Cintigrafia Renal (100% da amostra referenciada para este exame) e outros (11,9%).

Contudo, após a realização do exame 14,3% da amostra não considerou a informação facultada completa. Segundo Martins e colaboradores (2003) quando o conteúdo da explicação não satisfaz a necessidade de informação e esclarecimento o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente (ou acompanhantes) pode ser enfraquecido ou mesmo quebrado.

Um outro factor merecedor de atenção diz respeito à informação valorizada pelos pais/acompanhantes, destacando-se a relação estabelecida entre o Técnico de Medicina Nuclear e o paciente pediátrico (14,3%), as instruções aos acompanhantes (11,9%), os procedimentos associados ao exame (9,5%) e explicação sobre a natureza do produto administrado (7,1%).

A possibilidade de fornecer informação em suporte escrito não foi valorizada pelos inquiridos. Segundo Chesler et al., (1987) é comum os pais/acompanhantes expressam a sua necessidade de informação directamente à equipa técnica e privilegiarem os esclarecimentos fornecidos por via oral. Por outro lado, alguns pais/acompanhantes preferem não aceder a demasiada informação, sob o risco de se sentirem confusos (Gordon, 1998; Silva et al., 2002).

Importa ainda destacar que 42,5% dos pais afirmaram sentir-se ansiosos antes da realização do exame. Segundo Silva e colaboradores, (2002) uma dinâmica familiar marcada pela ansiedade e receio afecta inevitavelmente a realização do exame. A preocupação, a ansiedade, a incerteza e o medo estão presentes em alguns pais/acompanhantes que acompanham os pacientes pediátricos. Acresce que 28,6% da amostra referiu não receber instruções sobre a forma como devia agir enquanto acompanhante da criança. Ora, um estudo realizado por Needle e colaboradores, (2009) afirma que os níveis de compreensão de pais/acompanhantes de pacientes pediátricos diminuem quando os níveis de ansiedade são mais elevados. Desta forma, e atendendo à percentagem de pais que no presente estudo referiram sentir-se ansiosos, é importante que os Técnicos de Medicina Nuclear atendam de forma particular ao modo como

fornece informação, avaliem se esta foi efectivamente compreendida e facultem instruções sobre a forma como os pais/acompanhantes podem apoiar/distrair a criança durante o exame.

Este estudo, de carácter descritivo, permitiu conhecer as características da informação valorizada pelos pais/acompanhantes de pacientes pediátricos que realizam exames renais em Medicina Nuclear e apontar os aspectos que poderão ajudar no desenvolvimento e implementação de um programa de instrução e preparação para os pais.

Considera-se que as instruções facultadas aos acompanhantes dos pacientes pediátricos, durante a explicação dos procedimentos, deverão ser alvo de um maior cuidado por parte dos Técnicos de Medicina Nuclear. Ao privilegiar a relação que estabelece com a criança e os pais/acompanhantes o Técnico de Medicina Nuclear possibilita que estes fiquem mais informados e participantes no exame (Martins et al., 2003). Efectivamente, a empatia e a sensibilidade destes profissionais de saúde, aliados à forma como os conhecimentos são transmitidos, são aspectos que irão influenciar o modo como o exame é percebido (Silva et al., 2002) pelos pais/acompanhantes.

Por último, o desenvolvimento de um programa de atendimento a pais de pacientes pediátricos que realizam exames renais em Medicina Nuclear, concretizado através da realização de uma *guideline*, contendo orientações para os profissionais de saúde, assegura que todos os pais recebem o atendimento mais adequado, promove a colaboração destes e consequentemente, a adesão e bem-estar da criança.

REFERÊNCIAS

- Barros, L. (1999) *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Chesler, M., & Barbarin, O. (1987). *Childhood cancer and the family*. New York: Brunner/Mazel.
- Gordon I. (1998). Issues surrounding preparation, information and handling the child and parent in Nuclear Medicine. *Journal of Nuclear Medicine*, 39(3), 490-4.
- Mandell, G., Eggl, D., Gilday D., Heyman S., Leonard, J., Miller, J., Nadel, H., Piepsz A., & Treves S. (2003). *Society of nuclear medicine procedure guideline for radionuclide cystography in children*. *Society of Nuclear Medicine*.
- Martins L., Quayle, J., Livramento, M., & Lúcia, M. (2003) Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 69-82.
- McCarthy A., & Kleiber C. (2006). A conceptual model of factors influencing Children's responses to a painful procedure when parents are distracting coaches. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(2), 88-98.

- Motta, A., & Enumo, A. (2002). Brincar no hospital: Câncer infantil e avaliação do enfrentamento na hospitalização. *Psicologia, saúde e doenças*, 3(1), 23-41.
- Needle, J., O'Riordan, M., & Smith P. (2009). Parental anxiety and medical comprehension within 24 hrs of a child's admission to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 10(6), 668-74.
- Piepsz, A., Colarinha, P., Gordon, I., Hahn, K., Olivier P, Roca, I., Sixt, R., & van Velzen J. (2001). Guidelines on 99mTc-DMSA scintigraphy in children. *European Journal of Nuclear Medicine*, 28(3), BP37-41.
- Silva, S., Pires, A., Gonçalves, M., & Moura M. (2002). Cancro infantil e comportamento parental. *Psicologia da Saúde e Doenças*, 3(1), 43-60.

UMA REALIDADE DE ATENDIMENTO A JOVENS: DANDO VOZ AOS JOVENS E AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

GRAÇA VINAGRE, INÊS SPÍNOLA, NATACHA PALMA, SUSANA FERREIRA & SOFIA ROLDÃO

Na vivência das tarefas desenvolvimentistas, fundamentais à construção da identidade e ao atingir da idade adulta, os adolescentes confrontam-se, cada vez mais, com um conjunto de riscos e de oportunidades onde a necessidade de experimentação, a busca da novidade e a luta pela autonomia podem confluir em comportamentos de risco, com frequentes implicações na sua saúde e bem-estar (Tylee et al., 2007; WHO, 2002). Neste período os jovens devem ter a possibilidade de equacionar problemas, de procurar ajuda e informação, bem como de tomar decisões responsáveis sobre a sua saúde, tornando-se competentes para fazerem escolhas saudáveis (Matos & Sampaio, 2009), sendo que, como afirmam Gomes e Mendes (2009), os profissionais de saúde devem apoiar os adolescentes a assumirem, gradualmente, o controlo e a tomada de decisão acerca da própria vida, estimulando-os a identificar e avaliar as vantagens e as desvantagens, ou seja, os ganhos e as perdas subjacentes aos comportamentos que implicam risco para a saúde, tornando-os “protagonistas das suas escolhas, na busca de um viver saudável” (p.692), encorajando o diálogo com os profissionais e integrando-os como parceiros nos cuidados e nos planos de saúde. Alguns autores, como Matos e Sampaio (2009), sugerem uma intervenção preferencialmente preventiva e promotora da saúde, que para além de enfatizar o envolvimento dos jovens deverá incidir nos contextos que eles mais frequentam, como a família, a escola, os centros de juventude, incluindo as estruturas de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados de primeira linha.

No entanto, como salienta Prazeres (1998), a recorrência dos adolescentes aos serviços de cuidados de saúde primários não é muito expressiva, representando um dos grupos etários que menos utiliza os cuidados de Medicina Geral e Familiar, em Portugal e em outros países. Contudo, recorrem frequentemente aos serviços de Urgência talvez pela procura de anonimato e de imediatismo na resposta (Prazeres, 1998). O mesmo autor faz referência a alguns dos factores que, em sua opinião, podem condicionar a utilização destes serviços por parte dos adolescentes, tais como: a aceitação de que precisam de ajuda para ultrapassarem determinadas situações ligadas à sua saúde; o sentimento de

inadequação dos serviços, uma vez que estes se encontram mais adaptados e vocacionados para as crianças e para os adultos; o desconhecimento das possibilidades de apoio, bem como os cuidados que podem ser disponibilizados (Prazeres, 1998).

Estas e outras barreiras como as características físicas, estéticas e organizativas dos próprios locais, assim como experiências anteriores pouco gratificantes no contacto com as instituições, nomeadamente no atendimento por parte dos profissionais podem condicionar a procura dos cuidados de saúde pelos jovens.

Quanto ao conhecimento da opinião dos jovens esse é mais escasso, mas pelos estudos de Jacobson e colaboradores (2000, 2001), e outros trabalhos internacionais (WHO, 2002) sabemos que os adolescentes salientam alguns factores que limitam o seu recurso aos serviços de cuidados de saúde primários, como o desconhecimento dos serviços prestados, o sentimento de falta de respeito pelas suas preocupações de saúde, as poucas competências de comunicação dos clínicos gerais e a pouca compreensão e respeito pelos aspectos relacionados com a confidencialidade. Como tal, importa conhecer a opinião dos adolescentes,” na primeira pessoa”, de modo a evidenciar algumas particularidades que podem alertar para potenciais factores condicionantes do acesso às instituições de saúde.

Em simultâneo, alguns estudos (eg. Jacobson et al., 2001) evidenciam que os cuidadores nem sempre partilham as ideias dos jovens e que têm diferentes perspectivas sobre os aspectos relacionados com a comunicação e a confidencialidade. Em Portugal, abordando a perspectiva dos profissionais, Prazeres (1998) referiu que os mesmos consideravam as suas competências como insuficientes para responder de forma adequada às solicitações dos jovens e sentiam necessidade de obter outras condições de trabalho para prestarem cuidados adequados (tempo, privacidade, entre outros). No Relatório de Programas e Ofertas de Cuidados (DGS, 2005) os profissionais dos Centros de Saúde, quando questionados acerca dos obstáculos que percepcionavam como mais importantes à prestação de cuidados aos adolescentes, referiram: o medo dos jovens da quebra de confidencialidade (62%); o desconhecimento dos jovens do tipo de oferta de serviços (59%); a pouca disponibilidade temporal dos profissionais (44%) e o desinteresse dos jovens (40%). Para melhorar a intervenção a este grupo etário 54% consideraram a criação ou melhoria de projectos em promoção da saúde dos adolescentes e 38% referiram a melhor preparação dos profissionais nesta área (DGS, 2005). Igualmente importante é a implementação de uma abordagem integrada e multiprofissional no Cuidar do Adolescente, o que implica uma articulação funcional entre os diversos profissionais da equipa de saúde, para haver uma resposta efectiva às suas necessidades reais (DGS, 2006). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (2002) e as Nações Unidas (2004) promoveram o desenvolvimento e a implementação de

“...adolescent-friendly policies that advocate for the provision of services to honour the rights and fulfil the needs of adolescents, that are sensitive to gender-related factors

hindering equitable provision and experience of care, that do not restrict the provision of health services on any terms, regardless of status, that guarantee privacy and confidentiality and promote autonomy, ...” (UN, 2004, p. 117).

Esta perspectiva é defendida por Prazeres (1998), pela DGS (2006) e pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), quando preconizam para o atendimento ao adolescente: um acesso fácil, com equidade e tempo de espera curto; um ambiente próprio e adequado, em locais com menor formalidade onde a “distância” entre os serviços e os utilizadores seja menos marcada; ter visibilidade na medida em que as diversas iniciativas e modelos organizativos devem ser divulgados; implementar cuidados de qualidade assegurando uma satisfação elevada por parte dos adolescentes; oferecer cuidados desburocratizados e gratuitos, ou a custo mínimo, com horários flexíveis, facilitando o acesso e a aproximação dos jovens; assegurar cuidados globais, continuados, garantindo uma abordagem por equipa multidisciplinar de modo a responder com eficácia às necessidades e problemas específicos dos adolescentes. Estes aspectos vão ao encontro dos princípios orientadores definidos pela WHO (2002) para os *Adolescent Friendly Health Services*.

O estado da arte, as discussões actuais sobre os locais e tipo de atendimento aos jovens, por via das novas políticas de reorganização dos serviços de saúde no país, motivaram a ida ao terreno para ouvir os próprios actores envolvidos neste processo. A opção recaiu sobre um dos poucos espaços exclusivamente destinados ao atendimento de adolescentes existentes na região de Lisboa, pretendendo-se conhecer as percepções dos jovens (enquanto utilizadores) e dos profissionais de saúde (enquanto cuidadores), sobre o atendimento neste espaço de saúde, no sentido de reforçar ou não a necessidade da existência deste tipo de serviços.

O estudo tem como objectivos identificar os factores que facilitam e os que dificultam a procura e utilização destes serviços e recolher sugestões que contribuam para a convergência entre as necessidades dos jovens e as intervenções implementadas pelos técnicos.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída de forma intencional por dois grupos de sujeitos empíricos. O primeiro refere-se a dez jovens, da região de Lisboa, maioritariamente raparigas (incluindo apenas um rapaz), com idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos (média de 20 anos), que recorreram a estes serviços durante o período em que o estudo decorreu e que aceitaram participar. Este espaço recebe jovens entre os 11 e os 24 anos de idade, sendo que mais de 75% dos que o frequentam possuem idades superiores a 16 anos e cerca de 80 a 90% dos jovens que o procuram são raparigas. O segundo grupo de participantes incluiu sete profissionais de saúde que trabalhavam na instituição que, para

além de aceitarem participar, cumpriam os critérios de inclusão da amostra, i.e., possuir um mínimo de dois anos de experiência profissional com adolescentes, e pelo menos um ano de exercício de funções no centro. O grupo incluiu assim três enfermeiras, duas médicas; uma psicóloga e uma assistente social com idades compreendidas entre os 32 e 61 anos. A sua experiência com adolescentes variava entre dois e vinte anos e desempenhavam funções neste centro entre dois e dez anos.

Procedimento

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, tendo-se optado pela entrevista semiestruturada para a recolha dos dados e pela análise de conteúdo para o tratamento dos mesmos. As entrevistas foram realizadas numa sala disponibilizada no próprio centro, gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas para análise. Tiveram uma duração aproximada de 40 minutos com os jovens e entre 60 a 70 minutos com os profissionais. Os participantes eram informados dos objectivos do estudo, assinavam a carta de consentimento informado, sendo-lhes garantida a confidencialidade das respostas. Foram elaborados dois guiões de entrevista (um dirigido aos jovens, outro aos profissionais), submetidos a pré-teste antes da sua utilização na amostra em estudo. Quanto ao tratamento dos dados recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, descrita por Bardin (1991) e por Vala (2001), a qual tem como finalidade efectuar inferências sobre o material recolhido e permite a passagem da descrição à interpretação do mesmo. No presente estudo, optou-se pela categorização *a posteriori*, uma vez que não se pretende “antecipar todas as categorias ou formas de expressão que podem assumir as representações ou práticas dos sujeitos questionados” (Vala, 2001, p.107), pelo que as categorias tomam forma no decurso da própria análise (Bardin, 1991).

RESULTADOS

A partir dos discursos dos jovens e dos profissionais construíram-se grelhas de análise, que incluem as dimensões, categorias, subcategorias e unidades de registo que emergiram da interpretação dos dados. Para os dois grupos de participantes definiram-se duas dimensões comuns: *Motivos de procura e/ou utilização do Centro de Atendimento pelos adolescentes*; e *Factores que dificultam a procura e/ou utilização do mesmo*. Em relação aos profissionais de saúde surgiu, ainda, uma terceira dimensão: *Estratégias de adequação das intervenções dos profissionais às necessidades dos adolescentes*. Daremos ênfase à primeira dimensão por ser a que mereceu maior destaque por parte dos dois grupos de participantes.

Assim, na dimensão motivos de procura e/ou utilização do Centro incluíram-se cinco categorias comuns aos jovens e aos profissionais: Condições de acessibilidade, condições físicas do local, formas de intervenção, características e atitudes dos profissionais, e constrangimentos na utilização de outros

serviços de saúde. Nos adolescentes emergiu ainda uma categoria respeitante à diversidade dos serviços disponibilizados.

Quanto às condições de acessibilidade os jovens destacaram, sobretudo, as subcategorias relativas ao atendimento imediato “(...) *cheguei aqui, dei os dados, fiz a inscrição e tive a consulta no mesmo dia, com a médica*” [A8], ao serviço gratuito ou a custo reduzido e à visibilidade pela divulgação interpares “*uma amiga aconselhou-me a vir cá (...) ela anda cá a ser acompanhada e disse que era um sítio bom*” [A6]. Já os profissionais sublinharam o atendimento imediato e/ou programado, a área de abrangência geográfica sem limites, a localização favorável e também a visibilidade pela divulgação interpares “(...) *eles passam muito a palavra aos outros. É a melhor maneira [do Centro] ser divulgado*” [P4]. Quanto à categoria formas de intervenção, os jovens salientaram a garantia de confidencialidade “(...) *porque eu não tenho à vontade para falar com a minha mãe sobre estas coisas, assim sei que..., sei que aqui é bom, ... facilita-me porque assim eu sei que ela não vai saber que vim aqui*” [A6], e enfatizaram a abordagem global e integrada, mas sobretudo o facto de haver uma intervenção personalizada e direccionada aos jovens “*é um sítio para jovens...é só dedicado a jovens...para a realidade desta faixa etária...e não é a despachar... aqui não és só mais um!*” [A7]. Os profissionais mencionaram igualmente a garantia de confidencialidade, a abordagem global e integrada “(...) *uma consulta para adolescentes tem que ter todos estes âmbitos...que vão muito para além do aspecto só biológico, médico e patológico da doença...a área psicossocial, a área da escola, ... tem que se aprender muito na área dos comportamentos, na área da comunicação, na área da família (...)*” [P5], realçando a importância da continuidade dos cuidados, pela referenciação e necessidade de trabalhar em rede. A intervenção por uma equipa multidisciplinar foi realçada como um motivo importante pelos dois grupos. No que respeita às características e atitudes dos profissionais, os jovens salientaram a simpatia, a postura e linguagem adequada, a informalidade e proximidade na relação, o interesse e a disponibilidade “(...) *simpatia, muito mais no sentido de nos por à vontade, podemos falar sobre tudo, tirar dúvidas, todas essas coisas*” [A9]; “*o darem um bom dia, um sorriso...isso facilita a relação*” [A7]; “*põem os jovens à vontade, para falar...não estão a despachar*” [A4], sem esqueceram a compreensão, a paciência e a importância do profissional ter formação específica, competência e experiência. Os profissionais, por sua vez, realçaram a competência e eficiência, o facto de ter experiência, a importância de ser agente de promoção da autonomia e responsabilização dos adolescentes, o empenho e disponibilidade, e a empatia “(...) *saber colocar-me no lugar do outro, saber escutar, saber ouvir e tentar dar respostas que vão ao encontro das necessidades deles (...)*” [P2]. Já quanto à categoria constrangimentos na utilização de outros serviços de saúde, os adolescentes sublinharam o risco de quebra de confidencialidade, as listas e tempo de espera para consultas pela grande sobrecarga de utentes, o facto de nos outros locais abrangerem todas as faixas etárias “(...) *lá não é só para jovens...o meu Centro de Saúde é uma chatice...há imensos velhinhos*” [A1], e ainda a pouca disponibilidade, pouca sensibilidade e

competência dos profissionais “às vezes são mais brutos...ou são indiferentes...ou são a despachar... olha já está!”[A7], focando também a sua falta de pontualidade. Por seu lado, os profissionais enfatizaram, principalmente, o risco de quebra de confidencialidade “(...) a percepção do adolescente que é seguido num centro de saúde tradicional desde bebé... é muito difícil não desconfiar que, aquilo que vai dizer ao médico ou à enfermeira não possa ser comunicado aos seus pais e aos seus familiares” [P5]. Referiram ainda o facto de a abordagem ser bastante centrada na doença o que não cobre, frequentemente, as necessidades de saúde dos jovens. Relativamente à categoria diversidade dos serviços disponibilizados, específica dos jovens, eles destacaram os diferentes tipos de resposta deste centro como um importante motivo para o utilizarem, como seja a vigilância de saúde, o acompanhamento em situações de doença, o planeamento familiar e o acompanhamento psicológico.

Em relação à dimensão factores que dificultam a procura e/ou utilização do Centro, ambos os grupos mencionaram aspectos relativos à acessibilidade ao Centro de Atendimento, salientando o elevado tempo de espera para ser atendido, sobretudo quando não é feita a marcação da consulta, e o desconhecimento da existência do centro por parte dos jovens, que atribuem à sua escassa divulgação. Para os profissionais surge ainda a categoria recursos da instituição, onde realçam a diminuição gradual dos profissionais de saúde da equipa, nos últimos anos, o que tem resultado na redução das consultas de especialidade parecendo ser uma barreira importante à utilização deste serviço.

Quanto à dimensão estratégias para a adequação das intervenções dos profissionais às necessidades dos adolescentes, que emergiu somente nos discursos dos profissionais, inclui três subcategorias: a aquisição de formação específica, incluindo autoformação e formação em contexto de trabalho na área da saúde dos adolescentes; o envolvimento dos adolescentes nas actividades desenvolvidas pelo Centro integrando-os como parceiros no planeamento e implementação de actividades, nomeadamente no contexto escolar; e surge ainda a necessidade de avaliação do grau de satisfação dos adolescentes no sentido de avaliar o trabalho desenvolvido e obter sugestões de melhoria por parte dos jovens.

Por último, nos resultados dos jovens realça-se como sugestão a pertinência de aumentar o número de espaços de atendimento dirigidos só a adolescentes, em conformidade com este Centro, particularmente nas zonas de maior densidade de população juvenil.

DISCUSSÃO

Do conjunto de resultados destacam-se, quer nos jovens, quer nos profissionais de saúde, os factores que facilitam a procura e utilização deste espaço pelos jovens. Salientam-se os aspectos relacionados com o atendimento imediato que, associado à garantia da confidencialidade, satisfazem os desejos de imediatismo na resposta e da procura do anonimato que tão bem respondem às necessidades dos adolescentes (Prazeres, 1998). Também as características e as atitudes dos

profissionais de saúde mereceram grande destaque, desde a simpatia como elemento fundamental na facilitação da relação interpessoal a atitudes de disponibilidade, interesse pelo outro, proximidade relacional e compreensão, não dissociadas da necessidade de experiência, e competência e sem desprezar a importância da formação na área da saúde dos adolescentes, resultados semelhantes aos encontrados nos estudos de Ginsburg e colaboradores (1997).

Os constrangimentos na utilização de outros serviços de saúde parecem constituir também importantes motivos da procura e utilização deste espaço. De forma idêntica, adolescentes e profissionais evidenciaram o facto dos profissionais de saúde deste Centro constituírem agentes promotores de saúde e bem-estar, realçando a abordagem holística e centrada no jovem, como paradigma de intervenção, contrariamente ao papel atribuído aos profissionais de outros contextos de saúde, onde a focagem no tratamento e na doença continua a ser uma evidência. Como sabemos investir na adopção de comportamentos de saúde nos adolescentes tem, sem dúvida, grande impacto positivo no futuro (Jacobson et al., 2001; Bekaert, 2003).

A relevância atribuída às características e atitudes dos profissionais e à intervenção disponibilizada, de alguma forma semelhante nos dois grupos, parece superar os restantes factores mencionados, embora a disponibilidade no atendimento, o fácil acesso e o tempo de espera sejam aspectos fundamentais à procura dos cuidados de saúde pelos jovens (Ginsburg et al., 1997). A importância dada pelos dois grupos à garantia da confidencialidade merece destaque por ser imprescindível, nas práticas de atendimento, assegurar ao adolescente que os conteúdos abordados serão sigilosos, mas com excepções para situações que possam comprometer a sua saúde e bem-estar e/ou que possam ter implicações legais (Jacobson et al., 2001; SPP). Todos os profissionais entrevistados assinalaram a importância da formação na área da saúde dos adolescentes, à semelhança dos estudos anteriormente referidos onde o conhecimento e a experiência na área são considerados fulcrais ao trabalho com jovens.

Podemos dizer que o atendimento nesta instituição parece reger-se, na generalidade, pelos requisitos preconizados para o atendimento ao adolescente, por organismos nacionais e internacionais (WHO, 2002; UN, 2004; DGS, 2005, 2006; SPP, sd). Não obstante a existência de algumas particularidades nas percepções dos adolescentes e dos profissionais, assiste-se, neste Centro de Atendimento a Adolescentes, a uma convergência de “olhares” entre os utilizadores e cuidadores, numa experiência satisfatória de procura e oferta de cuidados de saúde. Surge, assim, reforçada a necessidade de serviços específicos para adolescentes pelos dois grupos de participantes e salientam-se importantes orientações que sustentam uma realidade de atendimento conferindo, como tal, relevância ao investimento em espaços desta natureza, que podemos designar de *Youth Friendly Services* (Tylee et al., 2007).

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1991). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bekaert, S. (2003). Developing adolescent services in general practice. *Nursing Standard*, 17(36), 33-36.
- Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). *Relatório sobre Programas e Ofertas de Cuidados 2004 - Saúde Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Ginsburg, K. R., Menapace, A. S., & Slap, G. B. (1997). Factors affecting the decision to seek health care: The voice of adolescents. *Pediatrics*, 100(6), 922-930.
- Gomes, V., & Mendes F. (2009). Representações dos adolescentes luso-brasileiros acerca do conceito de risco. *Revista Electrónica de Enfermagem* 11(3), 688-694. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a29.htm>
- Jacobson, L., Richardson, G., Parry-Lanngdon, N., & Donovan, C. (2001). How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. *British Journal of General Practice*, 51, 811-816.
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (org.). (2009). *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Medicina do Adolescente (2009, Nov.9). *Requisitos para o Atendimento ao Adolescente*. Retirado de <http://www.spp.pt>
- Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T. Churchill, R., & Sanci, L. A. (2007). Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369, 1565-73.
- United Nations (2004). *World Youth Report 2003 - The global situation of young people*. New York: UN. Retirado de <http://www.un.org>
- Vala (2001). A Análise de Conteúdo. In: Silva, A. S., Pinto, J. M. (orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

World Health Organization (2002). *Adolescent friendly health services*. Génova: WHO. Retirado de <http://www.who.org>

SALUD MENTAL Y MENOPAUSIA

*LUCIANA RAMÍREZ IMEDIO, RAILDA FERNANDES ALVES, ESTEFANIA MARTINEZ LINDE,
BELÉN AGLIO RAMÍREZ & MARIA JOSÉ ROBLES DELGADO*

Las grandes barreras para la salud comunitaria en cualquier parte del mundo, no son físicas ni biológicas sino, en primer lugar, culturales y sociales en su más sentido amplio (Jenkins, 2005).

Las acciones que promueven salud o calidad de vida influyen o repercuten en otras áreas y paradójicamente, también pueden generar nuevos problemas debido a la modificación del modo de vida de las personas que han recibido las intervenciones. A veces la psicología queda relegada al campo de la enfermedad y dentro de ella restringida a la enfermedad mental. La contribución de la psicología no puede limitarse al campo de lo mental y lo clínico asistencial, sino que debe incorporarse a la protección y promoción de la salud, y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de toda clase de enfermedades, que afectan a individuos y poblaciones, luego a todo el proceso de salud-enfermedad.

La menopausia es un ciclo más en la salud de la mujer, que marca el final de la vida reproductiva y el cese de la menstruación, va a estar influenciada por el entorno sociocultural en el que está inmersa. Dentro de la cultura se deben contemplar hábitos como la alimentación y la actividad física entre otras, pero también factores sociales que configuran el estereotipo de la mujer, es decir, cómo se establece el papel que desempeña en cada sociedad.

“La autopercepción de la mujer en la etapa menopáusica históricamente tiende a verse como “esa mujer desvalida”, con pérdida de la conexión interna y avergonzada por ser considerada la menopausia durante generaciones un tabú”. Nos dice Balbás (2008).

Plantear cara a la realidad del climaterio, es un medio para adquirir serenidad y poder. Si las mujeres que se encuentran en los umbrales del climaterio pudiesen vislumbrar el potencial de este estado de tranquila fuerza, las dificultades de sortear la transición no serían tan grandes (Greer, 1993).

Se ha demostrado que la participación en redes sociales de apoyo y/o grupos de autoayuda mejora la protección ante la enfermedad potencial, la sensación de bienestar y la retroacción positiva para ejercer un mayor control sobre los episodios que pueden alterar la salud.

¹Hospital Universitario “Virgen de las Nieves”

La cultura y el momento histórico deben tenerse en cuenta a la hora de describir el concepto de salud, o salud mental o salud pública.

Los clínicos y los investigadores modernos son cada vez mas conscientes del hecho de que prácticamente todos los trastornos son psicosomáticos, en el sentido que suponen una continua interacción entre la mente y el cuerpo, en su origen, en su desarrollo y en su curación (Capra, 1992).

La integración de los psicólogos en atención primaria permitiría ampliar la base de conocimientos y al mismo tiempo promover innovaciones creativas (Alves, 2008)

Objetivo general: Destacar las diferentes percepciones físicas y psicológicas de la menopausia. Objetivos específicos: Comprobar si se sienten nerviosas; Verificar si se sienten tristes o deprimidas; Conocer qué parte de la muestra se siente útil; Comprobar qué parte de la muestra se siente cansada; Conocer que parte de la muestra realiza alguna actividad para modificar su apariencia.

MÉTODO

Participantes

Es un estudio cuali-cuantitativo. La muestra objeto de estudio incluye mujeres con estudios universitarios y mujeres con estudios primarios o analfabetas. Se han pasado 63 cuestionarios a mujeres de la ciudad de Campina Grande, Paraíba. Brasil. Durante los meses de junio y julio de 2009, siendo el criterio de selección de la muestra que tuviesen la menopausia al menos dos años. Y seis entrevistas en profundidad a mujeres que por sus peculiaridades de vida son buenas informantes.

Material

Se utiliza un cuestionario que mide variables dependientes como el nivel de estudios, edad, estado, nº de hijos, formación académica, actividad laboral, relaciones de pareja, con quién vive, entre otras. Para su elaboración nos hemos apoyado en la escala Cervantes, índice menopáusico de Kupperman, y la escala Mencav. Todas ellas han firmado un consentimiento voluntario, otorgando máxima confidencialidad.

RESULTADOS

Análisis de los cuestionarios-La edad media de la menopausia de las 63 mujeres entrevistadas: 43.8 años. Universitarias: 31. Con estudios primarios: 32. Siendo su estado civil: Casadas o con compañero: 30. Viudas: 10. Separadas/divorciadas: 12. Solteras: 11

El análisis de la salud física arroja los siguientes datos-Sofocos: 17 mujeres no tienen (0), 11 mujeres son leves (1), 10 mujeres moderados (2), 25 mujeres intensos (3).

Dolor de cabeza: 25 mujeres no tienen (0), 13 mujeres son leves (1), 11 mujeres moderados (2), 14 mujeres intensos (3).

En cuanto a la salud psíquica: 30 mujeres se sienten nerviosas (2-3); 34 mujeres se sientan más cansadas (2-3), 56 mujeres se sienten útiles (2-3), 47 mujeres no se sienten tristes o deprimidas (0-1), 38 mujeres no hacen nada para modificar su apariencia (0-1).

Análisis de las entrevistas: No podemos hablar de menopausia sin hablar antes de la vida de las mujeres- Las entrevistas en profundidad tienen la posibilidad de conocer de una forma más íntima la vida de las personas. En este caso, hemos entrevistado a seis mujeres estupendas, que con una gran disposición y generosidad nos han transmitido sus experiencias, sus inquietudes, sus miedos, sus desencantos con los hombres y con la vida y también sus esperanzas.

A continuación expresamos parte del contenido de algunas de las entrevistas más significativas (los nombres son ficticios), así expresaron su percepción:

Telma 55 años: “Estoy recién jubilada y no tengo compañero actualmente estoy organizando mi nueva etapa” No me siento bella, ni siento miedo a la vejez, con la menopausia empezó un declive, nunca hice nada por modificar mi apariencia, ni me tiño el pelo, pero es que así me considero bonita. No creo tener menos prestigio social por no tener compañero, Ahora el deseo sexual es menor, pero continua, las posibilidades son menores, pero no imposibles, es saber llevar lo que tenemos, aprovecho las ocasiones que me surgen. Me comunico a diario con mis familiares y amigos y disfruto de la compañía de mis padres, me siento comprendida y siento que tienen benevolencia conmigo”.

“En mis ratos libres pinto, leo y me gusta viajar y a veces hasta me atrevo con la poesía”... “Colaboro en una ONG cuatro días por semana, que cuida a niños de 0 a 6 años con riesgo social, en una casa de acogida facilitándoles comida, cariño. Para los niños de pocos meses tenemos que buscar empresas que nos faciliten la leche. Tengo disposición de ayuda a los demás”.

Carla, 53 años. “A veces me daban calores en la madrugada, como fuego, y aunque eran esporádicos eran molestos porque me despertaban, después del fuego venía el frío, pero se pasaron, y ahora sólo me dan de vez en cuando”. La entrevista continuó con tranquilidad y serenidad, no se paraba en el “SIM” o “NAM” sino que amplía y contesta las preguntas, “yo me siento bien, la menopausia no me cambio nada, ahora tengo un acumulo de experiencias

Efigenia, 50 años: no nos saluda al comenzar la entrevista, comprobamos que su teléfono suena a pesar de que la habíamos llamados 5 ó 6 veces desde la entrada del edificio y no atendía al teléfono. Más tarde se disculpó diciendo que no le funcionaba. Habla mucho y rápido, es seria, a medida que la conversación avanza está más relajada, se ríe y nos dice “Me siento bonita”, “Con la cirugía (se

refiere a la histerectomía) acabó mi sexualidad, marca un antes y un después“, “Soy evangélica, no me relaciono con la gente”, “Gracias a Dios se acabaron mis relaciones con los hombres, el que no los necesite me liberó mucho, canalizo mi energía en otras cosas, no preciso”

Alejandra, 52 años: “Aunque no estoy realmente preocupada por la belleza, me arreglo el pelo, me siento linda, acredita la belleza que llevo dentro, acumulo experiencias, aunque no me siento como cuando tenía 15 años. Me siento bien pero me falta la menstruación.”

Fernanda, 55 años: “Tuve una menopausia precoz con 40 años. La menopausia no es motivo para entristecerse ni para estar deprimida, tengo miedo a envejecer si me quedo inútil, pero esto es un proceso natural de la vida, me gusta estar bien, cuido mi apariencia, quiero ir impecable. La menopausia no acabo conmigo, sigo creciendo como mujer, me siento útil y soy alegre”.

Ana, 48 años: “No estoy más lenta, pero si soy más paciente, me cuido y me arreglo la cara y el pelo para salir, me gusta disimular las arrugas, me siento como cuando era joven porque los años pasan para todos”.

En el cuestionario, medimos la escala de respuesta 0 a 3, considerando: 0=NADA/1=POCO/2=MEDIO/3=MUCHO.

Quadro 1:Respostas

Pregunta	Nada (0)	Poco (1)	Medio (2)	Mucho (3)
¿Se siente Nerviosa?	17(22%)	16 (24%)	15 (31%)	15 (23%)
¿Se siente cansada?	14 (27%)	15 (25%)	20 (24%)	14 (24%)
¿Se siente útil?	2 (3%)	2 (3%)	11 (18%)	48 (76%)
¿Se siente triste o deprimida?	30 (48%)	17 (27%)	7 (11%)	9 (14%)
¿Modifica su apariencia?	30 (47%)	8 (13%)	13 (21%)	12 (19%)

DISCUSIÓN

Los métodos cualitativos sirven para interpretar cómo interactúan los factores que subyacen a los comportamientos. El “sentirse rechazada”, con “menor prestigio social”, en las opiniones y experiencias que nos cuentan las mujeres, cómo se sienten o se han sentido. La menopausia es un acontecimiento natural y una etapa más en la vida de las mujeres, coincide con situaciones familiares y sociales importantes, como el cuidado tanto de mayores como de niños, muerte de familiares, pérdida de trabajo... situaciones que condicionan la realidad. La perciben como un cambio más en su vida. Las mujeres universitarias con menopausia precoz es el grupo que mayor sintomatología presenta, vivieron esa etapa de la vida con más angustia, nerviosismo y tristeza y expresan en mayor medida esa carga social de no aceptadas, que el grupo de mujeres sin estudios.

En general las mujeres se sienten felices, contentas consigo mismas, integradas en labores remuneradas o no, se sienten útiles y por lo general no presentan problemas graves de salud asociados a la menopausia, si bien tienen dolencias generales, buscan otros caminos para focalizar su energía, no colocan la menopausia en el centro de sus vidas.

REFERENCIAS

- Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Balbás, M.J. (2008). *Bueno chicas, esto se acaba. Una guía para desdramatizar la menopausia*. Barcelona: Ediciones B.S.A.
- Greer, G. (1993). *El cambio. Mujeres vejez y menopausia*. Barcelona.: Editorial Anagrama.
- Alves, R. F. (2008). *Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: Estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.

CONFERÊNCIA DE JOYCE MCDUGALL SOBRE CÂNCER E O PSICOSSOMA RECEBE LEGENDAS EM PORTUGUÊS, A EXTENSÃO DE UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

YARA MALKI 1, PAULA VAGOS 2, ANABELA PEREIRA 2 & JOSÉ TOLENTINO ROSA 1

Descreve a extensão da experiência de estagiários de uma equipe do laboratório APOIAR na montagem de um DVD a partir da conferência de Joyce McDougall, para ser usado como material de apoio didático, a ser armazenado no acervo da biblioteca “Dante Moreira Leite” do Instituto de Psicologia da USP. Pretende-se estender o acervo para outras universidades do Brasil e também para os países de língua oficial portuguesa (PALOP), notadamente as universidades de Portugal.

Pensamos em apresentar o trabalho no 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, aproveitando a ocasião em que se reúnem psicólogos portugueses na cidade de Aveiro, com trabalhos sobre transtornos psicossomáticos, modernamente denominados de transtornos somatoformes ou somatomorfos.

A transcrição da conferência e a preparação do texto das legendas

A tradução da Conferência de Joyce McDougall foi feita por transcrição direta, complementada pelas leituras de algumas publicações da autora em inglês (McDougall, 1991a, 1991b, 1994a, 1994b, 1997, 2002a, 2002b, 2003; Rocha, 1988).

O título da conferência da Dra. Joyce McDougall no Brasil foi "*Violência somática, um estudo de câncer e o psicossoma*" e a TVMed editou o vídeo em Fita Original VHS. A nosso pedido, transformou a conferência da Dra. Joyce para DVD, sendo então transformado em arquivo do Quick Time Pro (*.MOV), aplicativo flexível para editar, incluir legendas e salvar em extensões mais compatíveis com os modernos aparelhos eletrônicos.

A conferência foi publicada em 2006 pela *Revista Portuguesa de Psicossomática*, com sede na cidade do Porto, Portugal, com o título de *The psychoanalytic voyage of a breast-cancer patient* (McDougall, 2002b). No Abstract, escreveu:

1 -Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Brasil;2- Universidade de Aveiro, Portugal.

The author points out the importance of psychological reality in breast cancer patients and the fact that psychological support is essential, though many times neglected, to these patients. A case is presented, in which the patient takes a psychoanalytic voyage, revealing her fears, analysing her way to see cancer, death and life.

O texto serviu de base para ajudar na compreensão dos conceitos focalizados na conferência e as referências incluem as obras consultadas (Rocha, 1988; Winnicott, 1971).

A inserção de legendas no filme

Após a tradução da conferência, foi feita a marcação do filme de acordo com o Quick Time Pro, que inclui a duração total em segundos, salvando-se um arquivo em TXT que foi revisado pela equipe.

Foram necessários dois arquivos para criar um filme com as legendas fechadas: um arquivo original do filme (conferencia_joyce_mcdougall.mov) e outro com o mesmo nome, com a extensão TXT (conferencia_joyce_mcdougall.txt), incluindo as legendas foram cronometradas de acordo com a informação do arquivo do filme. As legendas serão introduzidas de acordo com esta marcação de acordo com o mesmo filme e serve como um modelo para as legendas, em qualquer idioma.

Você precisará de usar QuickTime Pro (Windows ou Macintosh). Este programa pode ser adquirido em qualquer loja da Apple. O aplicativo QuickTime é de uso livre para reproduzir o filme gerado pela equipe, mas deve ser atualizado para o QuickTime Pro para ser usado para inserir as legendas. O QuickTime atende bem aos filmes finais, em várias extensões.

Quadro 1 - Exemplos dos conteúdos para o arquivo de texto completo (TXT)

Conteúdo	Marcação de tempo	Texto da legenda
Início do filme	[00:00:00]	Apresentação da conferencista por Geraldo Caldeira, presidente da Assoc. Brasil de Medicina Psicossomática
A conferência	[00:04:33]	Vocês me ouvem, no fundo?... Me ouvem? OK... O título que eu dei para a fala que eu preparei para vocês chama-se: --- Violência somática, um estudo de câncer e o psicossoma
A estrutura psicótica de Sorel	[00:43:42]	Este aspecto do sofrimento psíquico de Sorel lembrou-me da obra de Piera Aulagnier, que frequentemente deu palestras aqui no Brasil, e ela tinha falado dos fatores que contribuem para a estrutura psíquica psicótica
Fantasia inconsciente de rejeição	[00:44:02]	e a convicção de um indivíduo de ter vivido, quando os pais, consciente ou inconscientemente, desejavam que o filho não estivesse lá, que a criança fosse inexistente.
O crime de lesa-Tânatos e a vingança do objeto interno idealizado	[00:44:17]	Aulagnier se referiu a isto como "le crime de lèse-Thanatos": você deveria ter morrido, mas você continuou vivendo. (Portanto, vai ser castigada)
O conceito de psicossomatose	[00:44:27]	E isto leva-me para o meu próprio conceito de psicossomatose, como estando intimamente ligado à psicose, mesmo que haja poucos sinais de qualquer semelhança entre as duas estruturas.

Procedimento para inserção de legendas no filme

Usamos para inserir as legendas o decodificador *Ensharpen* para *QuickTime Pro*, disponível livremente a partir da URL: <http://www.techsmith.com/download/codecs.asp> da seguinte forma:

- Abrir o arquivo de texto (*.txt).

b) Substituir o texto em português para as legendas de sua tradução, por exemplo para o francês, salvando o arquivo original com outro nome. Você deve conservá-lo como um arquivo de texto puro. Como você vai usar o mesmo filme, não poderá mudar os números de apoio acima de cada legenda. Estes números determinam a colocação da legenda ao longo do tempo, da duração do filme.

Quando se usa um computador Macintosh, você precisará de mudar o ajuste da fonte nas linhas introdutórias para uma fonte disponível do Mac, ao invés da fonte Arial Unicode MS como se apresenta no modelo para PC Windows.

No *QuickTime Pro*, usar o comando de arquivo File>Open para abrir o arquivo de texto. Lembrar que você precisará de ajustar o tipo de arquivo para todos os arquivos. Você estará em frente a uma pequena tela preta.

Selecionar o menu Edit>Select All e, então, Edit>Copy no QuickTime Pro.

Fechar o arquivo de texto gerado no Quick Time Pro.

Ainda no QuickTime Pro, usar o comando do menu File>Open para abrir o arquivo do filme. Certifique-se de que a seta da barra da janela do filme no Quick Time Pro está posicionada para iniciar o filme.

No arquivo do filme, selecionar Edit>Add to Film para incluir as legendas do texto ao filme. Não colar a informação da legenda diretamente. Precisa usar o comando Edit>Add to Filme.

Para posicionar as legendas na parte inferior da tela, no filme de QuickTime, selecione as propriedades do filme na janela Window>Show.

Selecionar a trilha de texto.

Abrir a aba de ajustes visuais.

Mudar a opção da janela para 420x120 pixels para incluir as legendas na parte inferior da tela. É a largura da tela onde será incluído o texto da legenda e pode ser ajustado. Para ajustar a largura do texto, você precisará de editar o arquivo de texto. Para ajustar as margens esquerda, você trabalha nesta janela.

Fechar a janela de propriedades do filme.

Você pode agora salvar o filme como um novo arquivo de filme com as legendas selecionando o comando do menu File>Save, ou exportar este arquivo transformado para outro arquivo, como *.mp4, que pode ser rodado em qualquer sistema de computador: Mac OS 10 (Apple), Windows (PC) ou Linux, selecionando o comando no menu File>Export. Sugerimos que você mantenha o filme em um formato de alta qualidade, porém há muitas opções para escolher.

Seguindo as instruções acima você terá um arquivo de Filme com o som original e as legendas por você traduzidas. Se você precisar, pode adicionar uma própria trilha audio, pois o QuickTime Pro pode

igualmente ser usado para substituir a trilha atual de áudio pela sua própria trilha gravada, no caso de dublagem de voz.

Entretanto, nesse caso você precisará de combinar o sincronismo da trilha de áudio original, que pode exigir um programa para editar a gravação e adaptar o novo sincronismo da nova trilha sonora.

Embora nossa equipe não tenha usado este aplicativo, há bons relatos sobre o uso do aplicativo *Audacity*, uma opção razoável por ser um aplicativo livre da Audacity, disponível em <http://audacity.sourceforge.net>

O DVD como material de apoio didático: opinião de estagiárias

Após a montagem de DVD sobre o *Atendimento Psicológico e Clínico a Pacientes com Câncer* a equipe assistiu novamente a fita sobre a conferência de Joyce McDougall, com as respectivas legendas e fez comentários sobre as vantagens e desvantagens da introdução de legendas. Os depoimentos das estagiárias e a conclusão deste projeto de uma equipe luso brasileira em andamento.

REFERÊNCIAS

- McDougall, J. (1991a). *Em Defesa de uma Certa Anormalidade: Teoria e clínica psicanalítica* (C. E. Reis, Trans. 4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1991b). *O Divã de Procusto*. Porto Alegre, RS: Artes Medicas.
- McDougall, J. (1994a). Corpo e linguagem: da linguagem do soma às palavras da mente (trad. de Nilde Jacob Parada Franch). *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 75-98.
- McDougall, J. (1994b). Un bouclier dans l'économie des états limites: l'espoir: Anna Potamianou Collection Le fait psychanalytique Presses Universitaires de France, Paris, 1992. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 2, 271-273.
- McDougall, J. (1997). Somatic Violence and the Therapeutic Relationship. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 5(51-72).
- Mcdougall, J. (2002a). *As Múltiplas Faces de Eros*. São Paulo: Martins Fontes.
- McDougall, J. (2002b). The psychoanalytic voyage of a breast cancer patient. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(1), 51-70.
- McDougall, J. (2003). Commentary on "Anaesthesia or psychotherapy: Eradicating thoughts or working them through". *International Journal of Psycho-Analysis.*, 84, 211-215.
- Rocha, F. J. B. (1988). A psicanálise e os pacientes somatizantes: introdução às idéias de Joyce McDougall. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 22(1), 27-41.