

8º CONGRESSO NACIONAL DE **PSICOLOGIA DA SAÚDE**

Sexualidade, Género e Saúde

ACTAS

Editado por
Isabel Leal
J. Pais Ribeiro
Marta Marques
Filipa Pimenta

Lisboa, 11, 12 e 13 de Fevereiro de 2010

Publicado por Instituto Superior de Psicologia Aplicada

TÍTULO: 8º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE – ACTAS
EDITORES: ISABEL LEAL / J. PAIS RIBEIRO / MARTA MARQUES / FILIPA PIMENTA

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
RUA JARDIM DO TABACO, 34, 1149-041 LISBOA
1ª EDIÇÃO: FEVEREIRO DE 2010

ISBN: 978-972-8400-97-2

8º CONGRESSO NACIONAL
DE
PSICOLOGIA DA SAÚDE

Sexualidade, Género e Saúde

ACTAS

COMISSÃO ORGANIZADORA

Isabel Leal (Presidente)

Ana Carvalheira
Cláudia Carvalho
Filipa
João Garcez Aurélio

João Maroco
Marta Marques
Rafaela Matavelli

COMISSÃO CIENTÍFICA

Adelaide Claudino
Ana Carvalheira
Anabela Pereira
Angela Maia
António Fonseca
António Pires
Bárbara Figueiredo
Carlos Albuquerque
Catarina Sousa
Cláudia Carvalho
Cristina Queirós
Eduardo Sá
Fátima Quintal
Henrique Pereira
Isabel Leal
Isabel Silva
Ivone Patrão
J. Pais Ribeiro
João Hipólito
João Justo
João Maroco
Jorge Cardoso

Luísa Pedro
Margarida Gaspar de Matos
Maria Cristina Canavarro
Maria da Graça Pereira
Maria do Rosário Dias
Maria João Figueiras
Maria Cristina Faria
Marina Carvalho
Marina Prista Guerra
Nuno Corte-Real
Odete Nunes
Pedro Almeida
Pierre Tap
Rute F. Meneses
Salomé Vieira Santos
Saúl Neves de Jesus
Suely Mascarenhas
Tânia Gaspar
Teresa Botelho
Teresa Martins
Teresa Rodrigues Ferreira
Victor Cláudio

CONFERENCISTAS CONVIDADOS

Anália Torres (ISCTE-IUL)

John Bancroft (The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction)

Félix López (Universidade de Salamanca)

Francisco Allen Gomes (Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica)

Maria João Figueiras (Instituto Piaget; UIPES, I&D, ISPA – Instituto Universitário)

Roger Ingham (Southampton University)

Francisco Allen Gomes (Fundador da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica)

Machado Caetano (Universidade Nova de Lisboa)

ÍNDICE

Preâmbulo

Os Organizadores

Indicadores psicométricos da *Escala de Expectativas/Esperanças* aplicada a universitários do Amazonas/Brasil

Alessandra Q. da Silva / Suely A. do N. Mascarenhas / Denise M. Duran Gutierrez / Rosenir de Souza Lira / José L. Pais Ribeiro / Fabiano Gomes Mota

Avaliação do *Teste de Orientação da Vida* aplicados a universitários de Dourados do Mato Grosso do Sul/Brasil

Alessandra Querino da Silva / Suely A. do N. Mascarenhas / Luciano A. de Oliveira

Eu e tu depois do cancro

Andreia Coutinho / Margarida Varela

As consequências dos abusos sexuais em menores

Adriana Correia

Crescimento pós-traumático na doença oncológica: Uma revisão do conceito

Ana Catarina Ramos, Isabel Leal

Sexualidade e imagem corporal em mulheres mastectomizadas: Um estudo qualitativo

Ana Costa / Ivone Patrão

Programa Mente Corpo para a Infertilidade: Versão portuguesa

Ana Galhardo / Marina Cunha / José Pinto Gouveia

Porque são elas que procuram a consulta de psicologia clínica e da saúde?

Ana Melo / Célia Lavaredas / Anabela Pereira / Mariana Marques / Jorge Martins / Mariana Coelho

A gravidez no espaço psíquico da mulher grávida: Das atitudes à vinculação pré-natal

Ana Paula Camarneiro

O erro humano no contexto da saúde: A antiguidade na organização e a percepção do erro nos enfermeiros

Ana Rita Cardoso / Rafaela Matavelli / Teresa D'Oliveira

Contributo para a saúde mental das mulheres com cancro da mama: A terapia de grupo cognitivo-comportamental

Ana Torres / Anabela Pereira / Sara Monteiro

Estudo de *Validação da Avaliação dos Hábitos de Vida* (Versão portuguesa do *LIFE-H 3.1 General Short Form*)

Anabela Correia Martins / José Pais Ribeiro

Podem os factores pessoais determinar a participação social dos utilizadores de cadeiras de rodas? – *Insights* para repensar as abordagens

Anabela Correia Martins / José Pais Ribeiro

Hábitos de vida dos homens e mulheres com lesão vertebro-medular

Anabela Correia Martins / José Pais Ribeiro

Lidar com a percepção da morte: Um estudo comparativo entre idades e género

Anabela Pereira / Cláudia Chaves / Emília Coutinho / Elisabete de Jesus / Paula Vagos / Lígia Ribeiro / Ana Pinto / Ana Correia / Débora Gonçalves

Second Life: Um novo desafio à intervenção em psicologia da saúde

Anabela Pereira / Gustavo Vasconcelos / Paula Vagos / Luísa Santos / Sara Monteiro / José Tavares

Sexualidade e envelhecimento: Uma revisão de perspectivas

António M. Fonseca

Avaliação das *Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse* (EADS): Um estudo com universitários do Amazonas

Antonio Roazzi / Suely A. do N. Mascarenhas / Denise Machado Duran Gutierrez / José L. Pais-Ribeiro / Mónica G. de Albuquerque Areias Secco

A influência da escolaridade na busca a assistência ao pré-natal das parturientes do Hospital Regional de Humaitá – AM – Brasil

Bruna Basso / Elaine Loeblin / Ireniza Silva / Suely Mascarenhas

Modelo de envolvimento dos professores em práticas de educação sexual em contexto escolar

Carla Serrão / Adelina Barbosa / Duarte Vilar

Envolvimento dos directores de turma em práticas de educação sexual em contexto escolar

Carla Serrão / Adelina Barbosa / Duarte Vilar

Estratégias de *coping* no cancro da mama – Religião e espiritualidade

Cátia Pargana / Ivone Patrão

Virtual mas não menos real: Um estudo do *cyberbullying* e sua relação com o descompromisso moral e a empatia

Cecília Esteves / Ana Almeida / Susana Gomes

A gestão da asma pela família – Alguns dados preliminares

Cláudia Mendes Silva / Luísa Barros

Ajudar os que ajudam a lidar com a morte de uma criança

Cátia Campos / Anabela Pereira

Género e saúde mental a sul da Beira Interior: Uma abordagem epidemiológica

Cidália Rabasquinho / Henrique Pereira

A união faz a força: A prevenção do VIH/SIDA através do jogo “Tá-se Bem”

Cristiana Carvalho

Gabinete de apoio ao aluno e as intervenções em contexto escolar

Cristiana Carvalho

Avaliação das *Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse* (EADS): Um estudo com universitários do Amazonas

Denise Machado Duran Gutierrez / Suelly A. do N. Mascarenhas / Antônio Roazzi / José L. Pais-Ribeiro / Mônica Gabriella de Albuquerque Areias Secco

Avaliação de representações de estudantes da UFAM acerca da oportunidade de frequentar a universidade e seus futuros impactos sobre a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial

Denise M. Duran Gutierrez / Antônio Roazzi / Iolete Ribeiro da Silva / Suelly A. do Nascimento Mascarenhas / Rosenir de Souza Lira / José L. Pais Ribeiro / Adriana Oliveira / Gilvania Plácido Braule / Fabiana Mota Garcia

Saúde reprodutiva: O não uso e a falha no uso de métodos na percepção de mulheres amazonenses

Denise Machado Duran Gutierrez / Kátia Lenz César de Oliveira

Mulher e vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis

Edna Maria Peters Kahhale

Relações familiares (conjugalidade e parentalidade) das pessoas que vivem com HIV/AIDS

Edna Maria Peters Kahhale

Programa bolsa permanência: Política de assistência estudantil proporcionando inclusão social e melhores condições de bem-estar psicossocial a estudantes da Universidade Federal do Amazonas/Humaitá, Brasil

Elaine Loeblin, Suely Mascarenhas

Perfil das parturientes atendidas pelo sistema único de saúde no município de Humaitá-Amazonas, Brasil

Elaine Loeblin / Bruna Basso / Ireniza Silva

Qualidade de vida e profissionais de enfermagem

Elizabete Borges / Teresa Rodrigues Ferreira

Violência no local de trabalho

Elizabete Borges / Teresa Rodrigues Ferreira,

Influência do gênero na qualidade de vida em doentes com insuficiência cardíaca

Elisabete Nave Leal / José Pais Ribeiro / Mário Oliveira / Nogueira da Silva / Rui Soares, José Fragata / Rui Ferreira

Uma década de experiência em saúde escolar

Elsa Mourato Antunes / Carla Silva Mendes

O envolvimento emocional dos pais e as preocupações parentais

Filipa Crespim

A construção da subjetividade masculina: Uma questão de gênero

Georges Daniel Janja Bloc Boris / Lucas Guimarães Bloc

O direito dos alunos a um trabalho de educação sexual intencional: Um olhar sobre a homofobia na escola

Graziela Raupp Pereira / Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia

A informação como direito à promoção da saúde: Uma proposta de trabalho de educação sexual emancipatória intencional no Brasil e em Portugal

Graziela Raupp Pereira / Carlos Fernandes da Silva / Sonia Maria Martins de Melo / Maria A. Gomes de Souza Reis / Paulo Nossa

Validação da versão portuguesa da *Escala PTSD. Checklist* em mulheres sobreviventes ao cancro da mama

Inês Alvarez / Isabel Leal / João Maroco

Ocorrência do *bullying* e do *mobbing* como indicadores de danos ao bem-estar psicossocial em um contexto universitário do Amazonas

Iolete Ribeiro da Silva / Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas / José Maria Àviles Martinez / Ana Tomás de Almeida / Antônio Roazzi / Tatiane Aguiar Romano

Avaliação do *burnout*, ansiedade e depressão em professores: Diferenças de género
Ivone Patrão / Joana S. Rita / Ana Lopes / Margarida Guimarães / Alexandra Paulo

Quando a psicoterapeuta está grávida: Fenômenos emergentes
Ivonise Fernandes da Motta

“Posso entrar nessa roda?” – Angústias e manipulações de um menino de sete anos em busca da identidade
Ivonise Fernandes da Motta / Maria Estela Escanhoela Amaral Santos

O estudo dos efeitos transferenciais e contratransferenciais na psicoterapia quando a psicoterapeuta está grávida
Ivonise Fernandes da Motta / Fabiana Bozelli Alves Ferreira

Aceitação da dor. Abordagem psicométrica do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* numa amostra portuguesa com dor crónica
Joana Costa / José Pinto Gouveia

O comportamento sexual dos jovens e as suas implicações para a saúde física e mental: Contextualização teórica
Joana Santos / Anabela Albuquerque / Ana Paula Vieira / Ângela Fernandes / Etã Sobal Costa / Filipa Ferreira / Joana Carvalho / Rui Coimbra Morais

Escala da Gestão do Afecto e das Diferenças. Estudo preliminar da adaptação e validação da *Managing Affect and Differences Scale* (MADS)
José de Abreu Afonso / Isabel Leal

Formulário de avaliação da relação. Estudo preliminar da adaptação e validação da *Relationship Rating Form* (RRF) para a população portuguesa
José de Abreu Afonso / Isabel Leal

Bullying y género
José Maria Ávilés Martínez / Maria Natividad Alonso Elvira / Sueley Mascarenhas / Ana Tomás de Almeida / Denise Machado Duran Gutierrez / Iolete Ribeiro da Silva / Rosenir de Souza Lira / Antônio Roazzi / Maria Jesús Irurtia

Ciberbullying y género
José Maria Á. Martínez / Maria N. Alonso Elvira / Sueley Mascarenhas / Ana T. Almeida / Denise M. Duran Gutierrez / Iolete R. da Silva / Rosenir de S. Lira / Antônio Roazzi

Adolescência e saúde: Corpo, comunicação e *media*
Leônia Cavalcante Teixeira / Natália Ramos

Representações da adolescência em produções científicas: Indicativos para programas de intervenção
Leônia Cavalcante Teixeira / Natália Ramos

“Experiências saudáveis”: Um programa de prevenção do consumo de substâncias psico-activas junto de estudantes universitários

Lília Forte

Concepções de saúde e de doença: Estudo comparativo entre crianças saudáveis e crianças com doença oncológica

Lígia Lima / Marina Serra de Lemos / Brígida Lema

Transição para a parentalidade: Estudo comparativo entre mulheres e homens primíparos

Lília Maria Reis Abreu / Margarida Pocinho / Isabel Leal

Gestão de conflitos em profissionais de saúde

Liliana Jesus / Maria de Lourdes Venâncio de Vasconcelos / Rui Duarte Santos

Resiliência: Estudo comparativo entre países (Portugal e Brasil) e géneros

Lívia Andreucci / Anabela Pereira / Lurdes Cró, Amarilis Rocha / Kenneth Merrell

Bullying e intervenção no Brasil: Um problema ainda sem solução

Luciene R. Paulino Tognetta / Telma Pileggi Vinha

Bullying e violência na escola: Entre o que se deseja e o que realmente se faz

Luciene Regina Paulino Tognetta / Telma Pileggi Vinha

Confusão de linguagens: O desencontro entre a ternura e a paixão

Luís Jorge Faleiro

Saúde emocional nos professores: Estudo de emoções positivas e de emoções negativas em função do género

Luís Sérgio Vieira / Saúl Neves de Jesus

Saúde mental dos estudantes universitários: Análise das diferenças de género

Luísa Santos / Anabela Pereira / Feliciano H. Veiga

A importância da espiritualidade na percepção de saúde, doença e qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla

Luísa Pedro / José Pais-Ribeiro / Rute Meneses / Isabel Silva / Helena Cardoso / Denisa Mendonça / Estela Vilhena / Madalena Abreu / Ana Martins / António Martins-da-Silva

Diferenças quanto ao género relativo a qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla

Luísa Pedro / José L. Pais Ribeiro

Migrantes, saúde e lazer: A procura de uma relação

Luísa Ramos Santos Carlos Subtil / Nicole Viana

“Peguei sida do meu marido”: Uma análise da racionalidade científica nos processos de subjetivação da mulher com parceiro fixo

Luíza Maria Silva de Freitas / Georges Daniel Janja Bloc Boris

Saúde dos imigrantes brasileiros em Portugal

Lyria Reis / Natália Ramos

Desenvolvimento de uma intervenção destinada à promoção de competências de gestão emocional em estudantes de enfermagem

Márcia Cruz / Lígia Lima

Gravidez na adolescência: É problema?

Margarida Abreu

Sexualidade na adolescência

Margarida Reis Santos Ferreira

Identidade, género e promoção da saúde

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Implicações do género nos comportamentos e vivências de saúde

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Novas tecnologias em docentes do 2º e 3º ciclos e ensino secundário de escolas do concelho da Covilhã

Maria do Céu Alexandre / Henrique Pereira / Rosa Marina Afonso

Satisfação com o parto, ajustamento emocional no puerpério e confiança nos cuidados maternos em primíparas e múltiparas

Maria de Jesus Correia / Sara Sereno

A adoção na perspectiva da família extensa

Maria Irene Ferreira Lima Neta / Cristina Maria de Souza Brito Dias

Relações de gênero e a adesão ao tratamento em HIV/AIDS: o caso de Recife

Maria Irene Ferreira Lima Neta

A presença feminina na formação em saúde: Singularizando espaços de conhecimento e prática

Maria Isabel Barros Bellini / Cecília Cassal / Claudia Cruz / Eloá Rossini / Gustavo Antonio de Paiva Soares / Ineida Aliatti / Maura Camboim

Actividade física e bem-estar espiritual: Papel moderador de variáveis motivacionais

Maria João Gouveia / José Luís Pais-Ribeiro / Marta Cabrita / Marta Marques

Flow disposicional na actividade física e bem-estar espiritual: Exploração de uma relação

Maria João Gouveia / José Luís Pais-Ribeiro / Vânia França / Marta Marques

Género y cyberbullying

Maria Natividad Alonso Elvira / José Maria Ávilés Martínez / Maria Jesús Irurtia / Suely Mascarenhas / Ana Almeida / Denise Machado Duran Gutierrez / Iolete Ribeiro da Silva / Rosenir de Souza Lira / Antônio Roazzi

Intervenção médica e psicológica para famílias com abuso sexual de crianças e violência

Marília de Siqueira / Maria Aparecida Mazzante Colacique / José Tolentino Rosa

Avaliação da qualidade de vida da criança: Primeiros elementos de validação da versão portuguesa do *Inventário Sistemático de Qualidade de Vida para Crianças* (ISQV-C)

Marta Fonseca / Elisabeth Spitz

Objectivos conflituantes com a prática de exercício físico: Estudo com uma amostra de sujeitos adultos saudáveis

Marta Marques / Stan Maes / Véronique De Gucht / Isabel Leal / Maria João Gouveia

Família e reprodução assistida

Maura Castello Bernauer

Uso de drogas em adolescentes brasileiros

Miria Benincasa / Eda Custódio

Qualidade de vida, saúde mental e desgaste das mães de crianças e adolescentes com condições crónicas de saúde

Neuza Silva / Carlos Carona / Maria Cristina Canavarro

Bonding e prematuridade: Estudo do envolvimento paternal precoce num contexto de internamento

Nuno Saldanha / Isabel Leal

Processos cognitivos e emocionais associados ao comportamento sexual na terceira idade

Patrícia Alinho / Marina Carvalho

Medos sociais por gênero: Uniformidade ou diversidade

Paula Vagos / Anabela Pereira

Estudo de adaptação da *Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A)*

Patrícia Gouveia / Isabel Leal / João Maroco / Jorge Cardoso

Estudo de adaptação da *Escala de Motivos para fazer e para não fazer sexo – Versão Adolescentes*

Patrícia Gouveia / Isabel Leal / João Maroco / Jorge Cardoso

Psiconeuroimunologia e *stress*: Influência do gênero sexual no funcionamento do eixo HPA em situações de stress

Pedro Cerveira / Anabela Pereira

O psicólogo na saúde pública e a interface com a psicologia da saúde

Railda Fernandes Alves / Hediany de Andrade Melo / Kílvia Barbosa Cavalcante / Laísy de Lima Nunes / Pamela de Sousa Gonzaga / Raquel Medeiros Angelim

Experiência de suporte social em mulheres com cancro da mama

Rita Pereira / José A. Carvalho Teixeira

Autobiografia orientada como estratégia de promoção do bem-estar na velhice: Revisão da literatura e proposta de intervenção

Rosa Marina Afonso

Análise documental sobre os programas de intervenção em educação sexual e prevenção à AIDS/ SIDA em contexto escolar em Portugal e no Brasil

Rosana Patané / Maria Amélia Reis

Avaliação da *Escala de Otimismo* aplicada a universitários do Amazonas/Brasil

Rosenir de Souza Lira / Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas / Denise Machado Duran Gutierrez / Iolete Ribeiro da Silva / José Luís Pais Ribeiro

Avaliação do bem-estar subjetivo de estudantes do Amazonas (Brasil)

Rosenir de Souza Lira / Suely A. do N. Mascarenhas / Denise M. Duran Gutierrez / Luís Sérgio Vieira / Saúl Neves de Jesus / Rebeka Silva Aguiar

O sentido de coerência em jovens vítimas de acidentes de viação

Rui Duarte Santos, Sílvia Ciairano / Maria de Lourdes Venâncio de Vasconcelos

A sexualidade nos sujeitos amputados ao membro inferior: Revisão de literatura

Sancha Azevedo e Silva

Auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao recém-nascido em risco

Sandra Rodrigues / Anabela Pereira / Isabel M. Santos

Bem-estar e sintomatologia psicopatológica na transição para o ensino superior:
Diferenças de género?

Sara Monteiro / José Tavares / Anabela Pereira

Representações de envelhecimento, estado de saúde e bem-estar psicológico em
adultos activos

Sílvia Tavares / Adelaide D. Claudino

Estudo da resposta sexual feminina no período peri-gravídico em mulheres sujeitas a
episiotomia/episiiorrafia

Sílvia de Lourenço / Isabel Leal / Ana Carvalheira

Indicadores de transtornos alimentares em estudantes universitárias brasileiras

Simone Oliveira Melo Paiva / Sebastião Benício da Costa Neto

Avaliação de representações de estudantes sobre a ocorrência do *bullying* na
universidade e suas implicações para o bem-estar psicossocial neste contexto
educativo

*Suely A. do N. Mascarenhas / Denise M. Duran Gutierrez / Iolete Ribeiro da Silva /
Rosenir de Souza Lira / Antônio Roazzi / Elaine Lucio Loeblin / Eliane Merklein*

Avaliação do bem-estar subjetivo de universitários do Amazonas

*Suely Mascarenha / Denise Machado Durán Gutierrez / Rosenir de Souza Lira /
Luís Sérgio Vieira / Saúl Neves de Jesus*

A relação de ajuda no indivíduo idoso

Sofia von Humboldt / Isabel Leal

A promoção do grau de auto-estima dos idosos: O efeito da relação de ajuda

Sofia von Humboldt / Isabel Leal

Estudo de diferenças motivacionais entre géneros, numa população obesa

Sónia Mestre / José Pais Ribeiro

A importância da motivação autónoma na predição de resultados no tratamento do
sujeito obeso

Sónia Mestre / José Pais Ribeiro

Os conflitos interpessoais na escola: Concepções, intervenções e possibilidades

Telma Pileggi Vinha / Luciene Regina Paulino Tognetta / Adriana de Melo Ramos

Estudo exploratório das representações dos técnicos de saúde sobre os motivos de recurso à IVG e o processo de aconselhamento

Vanda Beja / Isabel Leal

Relação entre optimismo, esperança e bem-estar subjectivo com o medo do cancro da mama em estudantes universitárias

Vera Melo / José Luís Pais Ribeiro

PREÂMBULO

A Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS) tem como acontecimento central das suas actividades regulares a realização de um congresso de dois em dois anos. Nestes congressos tem sido nosso objectivo a criação de um espaço de encontro entre académicos e profissionais da psicologia que, nas diversas interfaces que a Psicologia e a Saúde comportam, desenvolvem as suas investigações e/ou as suas actividades profissionais.

Este ano, o 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, decorre no ISPA em Lisboa, nos dias 11, 12 e 13 de Fevereiro e propõe como tema “Sexualidade, Género e Saúde”, razão pela qual os conferencistas convidados, a comissão científica que se encarregou de organizar a maioria dos simpósios e muitas das comunicações apresentadas oralmente ou sob a forma de poster, tenham caído neste âmbito.

Como habitualmente, no primeiro dia do Congresso ficam disponíveis os resumos submetidos e revistos pela Comissão Científica, e as Actas do Congresso em que são apresentadas os trabalhos que os participantes quiseram submeter, e foram aprovados para publicação, sobre o essencial das suas apresentações.

Este ano, além desses materiais, resolvemos lançar um livro que reúne um conjunto de textos que, tendo sido submetidos como actas o foram igualmente aos prémios de “investigador de mérito” e de “jovem investigador de mérito”. Estes prémios, que há vários anos a SPPS patrocina, pretendem distinguir trabalhos que, pela sua qualidade podem, e devem, servir de referência para anos vindouros.

Os resumos são publicados num número especial da revista “Psicologia, Saúde & Doenças” e as Actas deste congresso surgem, pela primeira vez, em formato digital.

O curto espaço que decorre entre a entregue dos textos para publicação e o Congresso e a necessidade de composição dos mesmos, exigiria da parte

dos colegas que desejam ver os seus trabalhos publicados, um cuidado e rigor que, nem sempre se verificam.

O nosso pedido expresso que as publicações obedeam a critérios APA, não é muitas vezes respeitado, tal como não é o tamanho dos textos, o número de textos enviados, a congruência de títulos e mesmo de autores entre os resumos submetidos e os textos depois enviados para publicação, os prazos em que são enviados, já para não falar do não pagamento atempado da inscrição.

Embora as actas não sejam, assumidamente, uma publicação de primeira linha, devem no entanto, ter a dignidade e a observação dos critérios científicos estabelecidos que continuem a justificar a sua publicação.

Assim, cabe aos organizadores destas actas a ingrata tarefa de por um lado recusar linearmente muitos textos que não preenchem estes quesitos e, também, editar muitos outros para que possam ser publicados. Tudo isto num espaço de tempo muito curto.

Estas observações tornam-se pertinentes na circunstância habitual de os autores se confrontarem com a não inclusão de textos que enviaram e que não vão encontrar aqui publicados e, também, de verificarem que quadros ou imagens enviadas não puderam, por razões técnicas, ser reproduzidos.

Ainda assim, são muitos os textos publicados. Tivemos em atenção a qualidade e pertinência do material submetido para não aplicarmos rigidamente princípios estipulados que deixariam de fora ainda mais textos.

Neste percurso, de mais de quinze anos de publicações regulares de actas dos congressos, consideramos que a qualidade do material apresentado tem, genericamente, melhorado pelo que esperamos que os desafios com que a comunidade científica, em geral, e a psicologia da saúde em particular, se confrontam, possibilitem, além de uma melhoria crescente de qualidade do material publicado o espelhar dos contextos de intervenção e investigação que se vão oferecendo à psicologia da saúde.

Os organizadores

INDICADORES PSICOMÉTRICOS DA ESCALA DE
EXPECTATIVAS/ESPERANÇAS
APLICADA A UNIVERSITÁRIOS DO AMAZONAS/BRASIL

*Alessandra Querino da Silva¹ / Suely A. do N. Mascarenhas² /
Denise Machado Duran Gutierrez² / Rosenir de Souza Lira² /
José L. Pais Ribeiro³ / Fabiano Gomes Mota²*

¹Universidade Federal da Grande Dourados;

²Universidade Federal do Amazonas; ³Universidade do Porto

Esperança é um fenômeno humano entendido como sentimento ou atitude que se caracterizam pela adoção de idéias consideradas otimistas com relação a resultados futuros. No sentido matemático seria a probabilidade de ocorrência de um sucesso aleatório fundado em circunstâncias específicas (Currás & Dossil, 2001). Em geral, a esperança pode ser entendida como aspiração a algo a partir de uma situação de privação difícil de suportar. Dirige-se a algo que não está ao alcance do indivíduo, não exige que existam evidências para que o desejado aconteça. Conta com a probabilidade do que se deseja aconteça. Também pode ser entendida como um princípio filosófico e de abertura indefinida ou expectativas para com o futuro. Como expectativa pode basear-se em experiências ou conhecimentos anteriores, todavia é sempre acompanhada um grau de tensão e incerteza (Dorsch, 2002). Também definida como a espera de que algo possa acontecer para satisfazer aspirações do indivíduo (Martí, 2003). Entendida ainda como sentimento de fé no futuro, confiança (Bueno, 1986), e também ato ou efeito de se esperar um bem que se deseja (Oliveira, 1971).

No domínio da psicologia da saúde, o estudo do fenômeno da esperança justifica-se pela adoção do paradigma de que saúde, em sentido amplo, inclui um comportamento predominantemente positivo diante da vida na perspectiva de superar as adversidades e conquistar os objetivos pessoais e coletivos (Ribeiro, 2005, 2007), conforme o ditado popular a esperança é a última a morrer (Reis, 1995, p. 9).

Este trabalho é um estudo sobre a avaliação do sentimento de esperança verificado entre universitários da Amazônia. É uma investigação em caráter transversal, continuação de estudos anteriores (Ribeiro, Pedro, & Marques, 2006; Silva, Mascarenhas, Nogueira, Lira, & Ribeiro, 2009; Mascarenhas, Lira, Ribeiro, & Caminha, 2009) que tem como objetivo ampliar a oferta de informações sistematizadas sobre a temática.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 442 sujeitos, dos quais 63,8% do sexo feminino e 36,2% do sexo masculino; com idades compreendidas entre 18 e 55 anos ($M=25,20$; $DP=1,35$); destes 84,6% são estudantes e 15,4% professores e estudantes. Quanto à declaração de etnia, 22,2% declararam-se brancos, 10,4% negros, 54,8% pardos, 2% indígenas, 0,5% brasileiros e 10,2% não declararam a etnia. Quanto ao estado civil, 74,4% são solteiros, 16,1% casados, 1,8% divorciados e 7,7% mantêm-se em união estável. 49,3% praticam atividades físicas e 50,7% não praticam. Em relação a condição de trabalho, 36,2% estão empregados, 30,5% desempregados, 5,7% estagiários, 7,7% bolsistas, 0,5% são autônomos, 2,0% realizam trabalhos temporários e 0,2% aposentado.

Material

O instrumento utilizado para coleta dos dados analisados neste estudo é a escala de expectativa e esperança na versão apresentada por Ribeiro, Pedro, e Marques (2006). A escala é constituída por 12 itens dos quais quatro são distratores (3,5,7 e 11), quatro itens que medem o fator iniciativa (2, 9, 10 e 12) e quatro o fator caminhos (1, 4, 6 e 8). Os itens são respondidos numa escala tipo likert de 8 pontos: 1, totalmente falsa; 2 quase totalmente falsa; 3, em parte falsa; 4, ligeiramente falsa; 5, ligeiramente verdadeira; 6, em grande parte verdadeira; 7, quase totalmente verdadeira; e 8, totalmente verdadeira.

Procedimentos

Os dados analisados nesta investigação de carácter transversal foram coletados nos exercícios do calendário académica do segundo semestre de 2008 e primeiro semestre de 2009, em horário de aula cedido pelos professores junto a estudantes que concordarem em participar voluntariamente após serem informados dos seus objetivos, observando procedimentos éticos vigentes. O tempo de resposta variou de 5 a 15 minutos, média 10 minutos.

RESULTADOS

A fiabilidade da escala de expectativas/esperança aplicada à amostra em estudo (método *alpha de cronbach*) foi de 0,76, podendo ser considerado um indicador positivo para a investigação nas ciências humanas. Conforme Gable e Wolf (1993), coeficientes de *alpha* superiores a 0,70, na avaliação de atitudes e fenômenos psicossociais e afetivos complexos, conferem elevada fiabilidade às escalas.

Foi realizada uma análise *Anova* identificando diferença estatisticamente significativa de gênero ($F=4,12$; $p=0,04$) favorável ao sexo masculino.

No Quadro 1 é possível constatar a estrutura fatorial obtida a partir do modelo proposto por Ribeiro, Pedro e Marques, 2006.

Quadro 1

Estrutura fatorial Escala Expectativas e Esperança n=442 – Amazônia

| Item | Características | Fator 1 Iniciativa | Fator 2 Caminhos |
|------|--|-----------------------|---------------------|
| 10 | Tenho tido bastante sucesso na vida | 0,80 | |
| 12 | Alcanço os objetivos que defini para mim próprio/a | 0,81 | |
| 9 | Minha experiência de vida preparou-me para o futuro | 0,69 | |
| 2 | Persigo os meus objetivos com muita energia | 0,37 | (0,54) |
| 4 | Qualquer problema tem muitas soluções | | 0,72 |
| 1 | Consigo pensar em muitas maneiras de me livrar de enrascadas | | 0,71 |
| 6 | Consigo pensar em muitas maneiras para alcançar as coisas da vida que são importantes para mim | (0,49) | 0,47 |
| 8 | Mesmo quando os outros perdem a coragem, eu sei que consigo encontrar uma maneira de resolver o problema | (0,62) | 0,40 |
| | Valor próprio | 2,81 | 1,11 |
| | Variância % por fator | 35,64% | 14,53% |
| | Variância total 2 fatores: 50,17% | | |

Nota. Método de extracción: Análisis de componentes principales; Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser; a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

O Quadro 2 refere-se aos valores indicadores das médias e desvio padrão do total de itens válidos da escala de Esperança (1, 2, 4, 6, 8, 9, 10 e 12), onde se verificou diferença significativa para a variável de agrupação gênero, favorável ao sexo masculino no item 4. *Qualquer problema tem muitas soluções* ($M=5,54$; $DP=1,99$).

Quadro 2

*Média e desvio padrão dos itens da Escala de Esperança**N= 442 – variável de agrupação gênero*

| Item | Características | Sexo | N | M | DP |
|------|--|------|-----|-------|------|
| 1 | Consigo pensar em muitas maneiras de me livrar de enrascadas | Fem. | 282 | 5,50 | 2,05 |
| | | Mas. | 160 | 5,79 | 1,85 |
| 2 | Persigo os meus objetivos com muita energia | Fem. | 282 | 6,45 | 1,66 |
| | | Mas. | 160 | 6,41 | 1,66 |
| 4 | Qualquer problema tem muitas soluções | Fem. | 282 | 5,13 | 2,08 |
| | | Mas. | 160 | 5,54 | 1,99 |
| 6 | Consigo pensar em muitas maneiras para alcançar as coisas da vida que são importantes para mim | Fem. | 282 | 6,54 | 1,90 |
| | | Mas. | 160 | 6,42 | 1,80 |
| 8 | Mesmo quando os outros perdem a coragem, eu sei que consigo encontrar uma maneira de resolver o problema | Fem. | 282 | 6,20 | 1,67 |
| | | Mas. | 160 | 6,08/ | 1,78 |
| 9 | Minha experiência de vida preparou-me para o futuro | Fem. | 282 | 5,91 | 1,95 |
| | | Mas. | 160 | 6,10 | 1,73 |
| 10 | Tenho tido bastante sucesso na vida | Fem. | 282 | 5,98 | 1,70 |
| | | Mas. | 160 | 5,82 | 1,67 |
| 12 | Alcanço os objetivos que defini para mim próprio/a | Fem. | 282 | 6,15 | 1,74 |
| | | Mas. | 160 | 5,90 | 1,68 |

DISCUSSÃO

A totalidade dos dados analisados replicam resultados de outros estudos transversais realizados em outros contextos culturais. As propriedades psicométricas indicam que o instrumento atende ao objetivo a que se propõe é medir o fenômeno psicológico entendido como esperança.

Os objetivos foram atingidos satisfatoriamente e sinalizam para a pertinência da continuidade de investigações neste domínio no sentido de ampliar a validade dos resultados podendo o estudo ser estendido a outros grupos e contextos amostrais de acordo com interesses de pesquisadores interessados.

REFERÊNCIAS

- Bueno, F. da S. (1986). *Dicionário escolar da língua portuguesa*, 11ª edição, Rio de Janeiro, FAE. Currás, C.F., & Dossil, A.M. (2001). *Diccionario de psicología e educación*, Santiago de Compostela, Grafinova S.A.

- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de psicología* (8ª ed.). Barcelona: Herder.
- Gable, R., & Wolf, M. (1993). *Instrument developement in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings*. Massachussets: Kluwer Academic Publishers.
- Martí, I.C. (2003). *Diccionario enciclopédico de educación*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Mascarenhas, S.A. do N., Lira, R. de S., Ribeiro, J.L.P., & Caminha, I.S. (2009). Diferenças de gênero verificadas na Escala Expectativas/Esperança aplicada a universitários da Amazônia (Amazonas/Brasil). In *Actas I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 108-117). Faro: APPS
- Oliveira, C.M.M. (1971). *Dicionário da língua portuguesa*. Curitiba: Grafipar.
- Reis, J.A. (1995). *Provérbios e ditos populares*. Lisboa: Litexa.
- Ribeiro, J.L., Pedro, L., & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da Escala de Esperança (de futuro). In Leal, Ribeiro, & Jesus (Eds.), *Actas 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 75-81). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Silva, A.Q. da., Mascarenhas, S.A. do N., Nogueira, E.L., Lira, R. de S., & Ribeiro, J.L.P. (2009). Escala de Expectativas/Esperança aplicada a universitários do Amazonas/Brasil. *Actas I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 118-124). Faro: APPS.
- Snyder, C., Harris, C., Anderson, J., Holleran, S., Irving, L. Sigmon, S., 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, 570-585.

AValiação DO TESTE DE ORIENTAÇÃO DA VIDA
APLICADOS A UNIVERSITÁRIOS DE DOURADOS
DO MATO GROSSO DO SUL/BRASIL

*Alessandra Querino da Silva*¹ / *Suely A. do N. Mascarenhas*² /
*Luciano A. de Oliveira*¹

¹Universidade Federal da Grande Dourados;

²Universidade Federal do Amazonas

O otimismo está diretamente relacionado ao bem estar psicológico e físico das pessoas, principalmente no que diz respeito a capacidade de enfrentar situações estressantes e à manutenção da saúde (Scheier & Carver, 1987, 1992).

No contexto educacional uma orientação otimista da vida está relacionada com a capacidade de adaptação e desempenho escolar. Pessoas mais otimistas tendem a enfrentar de melhor maneira as dificuldades encontradas no ambiente acadêmico. Uma melhor abordagem desta temática pode ser encontrada em Scheier Carver (1987, apud Bandeira et al., 2002).

No sentido psicológico, Scheier Carver (1985, 1992) consideram que o otimismo é uma tendência global para acreditar que as pessoas terão normalmente bons resultados na vida em vez de maus. Desta forma o otimismo é explicado pela psicologia positiva como a disposição para ver tudo pelo lado bom. Neste sentido, focaliza-se sempre os aspectos positivos dos fenômenos da existência, bem como a tendência cognitiva de ver as coisas e julgá-las a partir de seu aspecto mais favorável.

Concernente com as idéias apresentadas, pode-se dizer que o otimismo leva o indivíduo a confiar nas próprias habilidades, constituindo-se então em um dos principais propulsores da tomada de decisões, uma vez que sustenta a autoconfiança do sujeito nas próprias habilidades e talentos (Lira et al., 2009). Ser otimista, nestas perspectivas, não se reduz apenas a pensamentos positivos. Seu fundamento se encontra na maneira como se pensa sobre as causas (Seligman, 1995, apud Bandeira et al., 2002). A diferença entre a visão otimista e pessimista está na forma de se explicar a causa de eventos ruins ou bons que acontecem no dia a dia do sujeito. Enquanto a orientação otimista está relacionada com saúde física e mental, a orientação pessimista se relaciona com depressão, ansiedade e práticas de comportamentos de risco (Bandeira et al., 2002).

Este trabalho é um estudo sobre a avaliação do sentimento de otimismo verificado entre universitários do município de Dourados/MS. Tem como objetivo conhecer resultados psicométricos obtidos a partir de um

instrumento psicológico de medida para a avaliação do otimismo aplicado a universitários da Universidade Federal da Grande Dourados/Brasil.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 298 estudantes universitários da Universidade Federal da Grande Dourados. Destes 46,3% são do sexo feminino e 53,7 do sexo masculino.

Material

O instrumento utilizado para coleta dos dados analisados neste estudo foi o Teste de Orientação para a Vida (TOV) na versão apresentada por Scheier e Carver (1985), Scheier e Carver (1992), com tradução feita pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da UFSJ. A escala está organizada de forma que reflita os principais comportamentos que caracterizam os fenômenos psicológicos do otimismo e orientação para a vida. É constituída por 10 itens dos quais quatro são distratores (2, 5, 6 e 8), três itens estão orientados positivamente (1, 4 e 10) e três itens orientados negativamente (3, 7 e 9). Os itens são respondidos numa escala tipo likert de 5 pontos: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) neutro, (4) concordo e (5) concordo totalmente.

RESULTADOS

Na verificação de propriedades psicométricas do instrumento de acordo com objetivos deste trabalho, realizou-se análise fatorial, análise *Anova* e descritiva dos dados.

Da análise da *Anova* realizada identificou-se diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero sexo, para os itens 3. *Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer* ($F=5,03$; $p=0,02$) e 7. *Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria* ($F=11,66$; $p=0,001$). No Quadro 1 que se refere a média e desvio padrão dos itens, observa-se que os itens 10. *De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais*

coisas boas do que ruins ($M=4,22$; $DP=0,963$), 4. *Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro* ($M=3,85$; $DP=1,10$) e 1. *Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor* ($M=3,54$; $DP=0,90$) tiveram as maiores médias. Estes itens referem-se às dimensões de caráter otimista. O item 9. *Raramente eu espero que coisas boas aconteçam* apresentou a menor média ($M=1,97$; $DP=0,91$). De forma geral, observa-se que os universitários apresentaram pensamentos positivos em relação a seu futuro, indicando boa perspectiva de vida.

Quadro 1

Média e desvio padrão para os itens da Escala Orientação Para a Vida
N=298 – Universitários de Dourados/Ms, Brasil

| Característica do item | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|--|----------|-----------|
| 1. Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor | 3,54 | 0,90 |
| 3. Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer | 2,38 | 1,20 |
| 4. Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro | 3,85 | 1,10 |
| 7. Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria | 2,35 | 1,04 |
| 9. Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo | 1,97 | 0,91 |
| 10. De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que ruins | 4,22 | 0,96 |

Observando os dados correspondentes ao teste TOV, verifica-se que a análise de fiabilidade obtida a partir da amostra de 298 participantes proporciona o coeficiente (*Alfa de Cronbach*) de 0,53. Considerando as dimensões fatoriais do teste e as dimensões e características da amostra exploratória utilizada para o estudo, o coeficiente é qualificado como aceitável para o domínio da investigação psicossocial desta natureza. O que também indica a necessidade de estudos futuros

Para os dados do teste TOV, tem-se o coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,56, que indica o grau de explicação dos dados a partir dos fatores encontrados na análise fatorial. Neste caso, indica uma perspectiva aceitável na aplicação da análise fatorial dos dados.

No Quadro 2, registram-se os resultados da solução fatorial rotação *varimax* regra *Kaiser*, matriz de componentes principais, que aponta para a existência de 2 fatores que explicam uma variância total de 61,74%. Verificam-se 2 componentes: o primeiro com dimensão otimista (itens 10, 4 e 1) e o segundo com dimensão pessimista (itens 9, 7 e 3).

Quadro 2

Estrutura fatorial do teste TOV aplicada aos universitários da Universidade Federal da Grande Dourados, 2009 – N= 298

| Características do item | Componentes | |
|---|-------------|---------|
| | Fator 1 | Fator 2 |
| 10. De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que ruins. | 0,89 | |
| 4. Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro. | 0,86 | |
| 1. Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor | 0,64 | |
| 9. Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo | | 0,82 |
| 7. quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria. | | 0,77 |
| 3. Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer | | 0,47 |
| Variância explicada por fator | 35,52% | 26,22% |
| <i>Nota.</i> Variância total explicada por 2 fatores: 61,74%; Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization | | |

DISCUSSÃO

De forma geral, observou-se que os participantes da pesquisa apresentaram uma boa perspectiva de vida, indicando que estes possuem uma visão positiva em relação ao seu futuro.

Os oito itens do Teste TOV, que analisam o construto de otimismo, em termos de expectativas em relação a eventos futuros, foram agrupados em dois fatores, permitindo verificar indicadores de otimismo e pessimismo dos participantes da pesquisa.

As propriedades psicométricas indicam que o instrumento atende ao objetivo a que se propõe que é medir o fenômeno psicológico entendido como otimismo.

REFERÊNCIAS

- Bandeira, M., Bekou, V., Lott, K.S., Teixeira, M.A., & Rocha, S.S. (2002). Validação transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R). *Estudos de Psicologia*, 7(2), 251-258.
- Lira, R. de S., Mascarenhas, S.A. do N., Silva, A.Q. da, Caminha, IS., & Ribeiro, J.L.P. (2009). Avaliação do otimismo de universitários da Amazônia/Brasil. In

Actas I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde (pp. 125-134). Faro, APPS.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of optimistic on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research* 16(2), 201-228.

EU E TU DEPOIS DO CANCRO

Andreia Coutinho / Margarida Varela

Instituto Piaget, ISEIT, Viseu, Portugal

O cancro é uma das principais causas de morte em crianças com menos de quinze anos, assim como, entre indivíduos com mais de sessenta e cinco e é a segunda maior causa de morte nos países industrializados (Pais-Ribeiro, 1998). Entre os vários tipos de cancro que existem, o cancro da mama é o mais comum entre as mulheres (Holland, 1990).

Apesar da eficácia cada vez maior dos métodos de tratamento do cancro, materializada na sobrevivência crescente, os doentes têm que fazer face a uma doença potencialmente debilitante, à dor, à alteração da auto-imagem, à perda de funções fisiológicas e à morte (Andrade, 2000).

A vivência do cancro envolve uma diversidade de stressores, que vão desde o diagnóstico; ao tratamento; à recuperação e à sobrevivência a longo prazo (Deep & Leal, 2000). Todas estas etapas apresentam uma série de desafios que contribuem para a elevada morbilidade psicológica destes indivíduos (Moyer & Salovey, 1999; Moyer, 2000). Várias investigações empíricas têm colocado em evidência a presença de distúrbios de ansiedade e depressivos nesta população (Burgess, Morris & Pettingale, 1988; Baider e col., 1997; Compas & Osowieski, 1999), excessiva preocupação com a doença, medo de recorrências, sentimento de dano físico, (Holland, 1990), modificações nas relações com os pares, amigos e família e alterações na imagem corporal (Perez & Gáldon, 2002).

A imagem corporal corresponde à forma como o indivíduo percebe o seu próprio corpo e cria uma imagem mental desta percepção (Maturana, 2004). Cunha (2004) destaca que esta imagem corporal é construída dinamicamente sofrendo constantes alterações.

Segundo May (1981) as cirurgias a que a mulher com cancro da mama é sujeita, embora sejam uma forma de tratamento, constituem uma ameaça à sua integridade corporal tendo implicações na forma como esta percebe o seu corpo.

O impacto do cancro da mama na imagem corporal da mulher está directamente relacionado com a qualidade e satisfação com o relacionamento conjugal (Coutinho, 2006; May, 1981). Sendo possível identificar no decurso da doença a confluência de dificuldades conjugais pré-existentes à doença (Marques & Vicente, 2003).

May (1981) destaca a importância do parceiro para a adaptação da mulher à sua nova imagem. Contudo, verifica-se que a resposta sexual dos

parceiros pode ser inibida pela dificuldade em confrontar-se com uma nova imagem corporal da mulher e em integrar estas alterações no relacionamento sexual (Schain, 1988; cit. por Lopes, 2004).

Embora o estudo da imagem corporal e relacionamento conjugal em mulheres com cancro da mama seja uma temática amplamente investigada, verifica-se que o recurso a estudos de carácter causal-comparativo que permitam identificar em que áreas da imagem e do relacionamento conjugal as mulheres com cancro da mama diferem das demais mulheres é praticamente inexistente em Portugal.

Neste sentido, procurou-se com este trabalho, comparar a imagem corporal e o relacionamento conjugal de mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia para tratamento do cancro da mama com a imagem corporal e o relacionamento conjugal de mulheres saudáveis.

Os objectivos específicos do presente trabalho, são:

- 1) Averiguar se existem diferenças entre os dois grupos em estudo no que concerne às dimensões da imagem corporal: avaliação da aparência; orientação da aparência; avaliação do *fitness*; orientação do *fitness*; avaliação da saúde; orientação para a saúde; orientação da doença; satisfação com as áreas do corpo; preocupação com o excesso de peso; auto-classificação do peso.
- 2) Averiguar se existem diferenças entre os dois grupos em estudo no que se refere às dimensões da satisfação com o relacionamento conjugal: distorção idealística; satisfação marital; comunicação; orientação religiosa; resolução de conflitos; relação sexual.

MÉTODO

O presente estudo classifica-se como uma investigação causal-comparativa e transversal, tendo-se procedido à comparação de um grupo de mulheres ($n=37$) com cancro da mama submetidas a cirurgia com um grupo de mulheres ($n=28$) sem história clínica desta doença relativamente às variáveis imagem corporal e satisfação com o relacionamento conjugal.

Participantes

A amostra deste estudo envolveu 65 mulheres com companheiro, sendo que destas 37 têm cancro da mama e foram submetidas a cirurgia e 28 mulheres sem qualquer história clínica desta doença. A idade média da

amostra é de 55 anos, na sua maioria são casadas ($n=53$, 81,5%), com filhos ($n=55$, 84,6%), com o 1º ciclo de escolaridade ($n=20$, 30,8%) e mantêm relações sexuais nessa relação ($n=58$, 89,2%).

Material

O protocolo de investigação utilizado compôs-se por três questionários, a saber: Questionário Sócio-Demográfico; Questionário de Imagem Corporal (MBSRQ – The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire); Questionário de Relacionamento Conjugal (ENRICH – Enriquecimento & Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade).

Questionário Sócio-Demográfico: Este instrumento permitiu a recolha de informação que permitiu a caracterização da amostra. Contém questões com idade; habilitações literárias; existência de relacionamento afectivo; tipo de relacionamento afectivo; duração do relacionamento afectivo; existência de filhos.

Questionário de Imagem Corporal (The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – MBSRQ): Este questionário foi criado por Cash em 2000, sendo que a versão utilizada para este estudo foi traduzida para português por Gonçalves e Lucas (2004).

Trata-se de um questionário composto por 69 itens que pretendem analisar aspectos atitudinais da imagem corporal de indivíduos adolescentes ou adultos. Os 69 itens do questionário distribuem-se por dez factores: avaliação da aparência; orientação da aparência; avaliação do *fitness*; orientação do *fitness*; avaliação da saúde; orientação para a saúde; orientação da doença; satisfação com as áreas do corpo; preocupação com o excesso de peso; auto-classificação do peso.

Questionário de Relacionamento Conjugal (ENRICH – Enriquecimento & Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade): Este instrumento foi criado por Olson, Fournier, e Druckman em 1983 e foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Marques, Silva, e Relvas (2000). Trata-se de um instrumento de medida que permite descrever as dinâmicas conjugais. É constituído, na sua versão original por 100 itens que se distribuem por dez sub-escalas: distorção idealística; satisfação marital; aspectos relacionados com a personalidade; comunicação; resolução de conflitos; administração financeira; actividades de lazer; relação sexual; filhos e matrimónio; família e amigos; igualdade de papéis; orientação religiosa.

Para o presente estudo foram utilizadas apenas as sub-escalas: distorção idealística; satisfação marital; comunicação; orientação religiosa; resolução de conflitos; relação sexual.

Procedimento

No primeiro momento deste trabalho procedeu-se à realização da revisão da literatura sobre o tema em estudo.

No segundo momento procedeu-se ao delineamento de investigação e à selecção dos instrumentos mais adequados para alcançar os objectivos definidos. Foi elaborado o Questionário Sócio-Demográfico tendo em consideração às variáveis que importava conhecer para caracterizar a amostra e constituir os dois grupos em estudo.

De seguida, procedeu-se à recolha da amostra. No que respeita às mulheres com cancro da mama, procedeu-se ao contacto das mesmas através de carta, tendo sido fornecido o projecto com os objectivos do estudo. O protocolo de investigação foi enviado por correio e junto a este seguia um envelope para que fosse possível o retorno do mesmo. As mulheres sem cancro da mama foram contactadas presencialmente.

Posteriormente, foi elaborada uma base de dados onde foram introduzidos os dados, estes foram analisados com a ajuda do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17.0. Antes de se proceder à análise estatística, foram calculados os valores de cada escala e das subescalas que as constituem (seguindo as instruções e recomendações dos autores das escalas). Para determinar quais os procedimentos estatísticos a utilizar foi necessário, em primeiro lugar, determinar qual a estatística adequada a utilizar (paramétrica/não paramétrica) tendo-se de seguida efectuado os cálculos estatísticos necessários de acordo com os objectivos a testar. 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

A imagem corporal das mulheres com cancro da mama difere da das mulheres sem cancro em algumas das suas modalidades (avaliação da aparência, avaliação do *fitness*, avaliação da saúde e satisfação com as áreas do corpo), podendo-se, desta forma, concluir que o cancro da mama, e todo

o processo que se inicia desde o diagnóstico até ao fim dos tratamentos e mesmo depois destes, influencia a imagem corporal das mulheres.

Quadro 1

*Diferenças de médias na imagem corporal em função do grupo –
Estatística paramétrica*

| | Média | | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|--|--|----------|----------|
| | Grupo de mulheres com cancro da mama (<i>n</i> =37) | Grupo de mulheres sem cancro da mama (<i>n</i> =28) | | |
| Orientação do fitness | 2,83 | 3,02 | -1,22 | 0,22 |
| Avaliação da saúde | 2,94 | 3,40 | -3,11 | 0,003 |

Quadro 2

*Diferenças de médias na imagem corporal em função do grupo –
Estatística não-paramétrica*

| | Média | | <i>U</i> | <i>p</i> |
|---------------------------------|--|--|----------|----------|
| | Grupo de mulheres com cancro da mama (<i>n</i> =37) | Grupo de mulheres sem cancro da mama (<i>n</i> =28) | | |
| Avaliação da aparência | 29,01 | 38,27 | 370,50 | 0,05 |
| Orientação da aparência | 30,04 | 36,91 | 408,50 | 0,14 |
| Avaliação do fitness | 28,18 | 39,38 | 339,50 | 0,01 |
| Orientação para a saúde | 32,01 | 34,30 | 481,50 | 0,62 |
| Orientação para a doença | 33,61 | 32,20 | 495,50 | 0,76 |
| Satisfação com o corpo | 27,74 | 39,98 | 322,50 | 0,009 |
| Preocupação com excesso de peso | 34,19 | 31,43 | 474,00 | 0,55 |
| Auto-classificação do peso | 33,36 | 32,52 | 504,50 | 0,85 |

A modificação da imagem corporal é um problema que surge quando o indivíduo é incapaz de perceber ou adaptar-se a uma mudança de aparência física, estrutural ou funcional do corpo (Correia, 2004). Verificando-se que as alterações da imagem corporal são uma preocupação em indivíduos com doença crítica ou crónica (Brundage & Broadwell, 1991). O estigma da doença e perda, no caso específico do cancro da mama, de uma parte do corpo que marca a feminilidade são factores agravantes, que provocam alterações da imagem corporal e no processo de enfrentamento (Rodrigues & Silva, 2001, cit. por Marques & Vicente, 2003).

Os efeitos do cancro da mama sobre a auto-estima podem ser devastadores, principalmente nas mulheres que baseiam o seu auto-conceito nos seus atributos físicos e que se consideram mais mulheres, mais bonitas e

atractivas, e no geral, melhores pessoas se não têm falta de nenhum órgão, principalmente, dos peitos (Tavares, 2005). Isto permite-nos compreender melhor os resultados obtidos para as modalidades avaliação da aparência e avaliação do *fitness*, em que as mulheres com cancro da mama se encontram menos satisfeitas com a sua aparência física e com as suas capacidades físicas e de *fitness* do que as mulheres sem esta patologia.

A situação de se ter cancro requer, como foi dito anteriormente, uma adaptação às mudanças biológicas relacionadas com a aparência física, actividade hormonal e saúde no geral. O cancro também afecta a visão sobre a vida, e durante o tratamento os indivíduos podem desenvolver mais preocupações com a saúde (Faddis et col., 1999).

No presente estudo, as mulheres com cancro da mama avaliam a sua saúde de uma forma mais negativa do que as mulheres sem cancro da mama.

Outras das consequências do tratamento para o cancro podem ser perda do apetite, perda de peso, fraqueza muscular (Faddis et col., 1999), e remoção do órgão afectado. A satisfação com as áreas do corpo (rosto, cabelo, parte baixa do dorso, parte média do dorso, parte alta do dorso, tónus muscular e peso) entre as mulheres com patologia da mama encontra-se igualmente diminuída relativamente às mulheres sem cancro.

Quadro 3

*Diferenças de médias no relacionamento conjugal em função do grupo
– Estatística paramétrica*

| | Média | | <i>t</i> | <i>p</i> |
|------------------------|--|--|----------|----------|
| | Grupo de mulheres com cancro da mama (<i>n</i> =37) | Grupo de mulheres sem cancro da mama (<i>n</i> =28) | | |
| Distorção idealística | 15,57 | 17,64 | -2,83 | 0,006 |
| Satisfação marital | 33,65 | 36,39 | -1,54 | 0,12 |
| Resolução de conflitos | 28,76 | 32,61 | -2,02 | 0,04 |

Quadro 4

*Diferenças de médias no relacionamento conjugal em função do grupo
– Estatística não-paramétrica*

| | Média | | <i>U</i> | <i>p</i> |
|----------------------|--|--|----------|----------|
| | Grupo de mulheres com cancro da mama (<i>n</i> =37) | Grupo de mulheres sem cancro da mama (<i>n</i> =28) | | |
| Comunicação | 26,39 | 41,73 | 273,50 | 0,001 |
| Relação sexual | 26,92 | 41,04 | 293,00 | 0,003 |
| Orientação religiosa | 36,27 | 28,68 | 397,00 | 0,10 |

Após a análise estatística dos dados obtidos concluímos também que existem diferenças entre os grupos em estudo para algumas modalidades do relacionamento conjugal, a saber: distorção idealística, comunicação, resolução de conflitos e relação sexual.

Os resultados encontrados indicam que, as mulheres com cancro da mama fazem menos idealizações sobre o par do que as que não têm cancro. Esta menor idealização pode estar associada a algum nível de depressão encontrado entre esta população, resultante quer do diagnóstico, quer do tratamento do cancro da mama (Lopes & Pereira, 2002).

A comunicação é necessária para que o casal realize adequadamente as suas tarefas, e para que seja capaz de gerir as pressões internas e externas a que está sujeito (Relvas, 2004). As pressões externas, podem ser no caso específico deste estudo, todas as alterações que a mulher está sujeita quando lhe é diagnosticado cancro da mama, que resultam do próprio diagnóstico e do respectivo tratamento (p.e. alterações da imagem corporal resultantes da cirurgia). Compreende-se desta forma que as mulheres sem cancro avaliem a comunicação que têm com os seus companheiros de uma forma mais positiva do que as mulheres com cancro da mama, como demonstram os resultados encontrados.

Relacionada com a comunicação está a forma como o casal resolve os seus desentendimentos (Relvas, 1996), modalidade representada no questionário com a designação resolução de conflitos. Através desta relação compreende-se, o resultado obtido para este factor, que apresenta uma diferença entre o grupo das mulheres com cancro e o das mulheres sem cancro, sendo que no primeiro grupo existe uma menor satisfação com as formas que o casal desenvolve para resolver os seus conflitos e com as respostas encontradas.

De acordo com Seltzer (1987, cit. por Lopes, 2004) as mulheres com cancro da mama preocupam-se com a sua atractividade sexual. Já os seus companheiros preocupam-se com o poderem estar ou não a magoá-las durante as relações sexuais. Contudo, nenhum deles diz ao outro o que o preocupa, o que acaba por gerar momentos de tensão entre o casal.

Outra dimensão considerada importante no relacionamento conjugal é a modalidade relação sexual. A este respeito refira-se que Shell (2000) advoga que a identidade sexual feminina, a função sexual e as relações sexuais podem ser muito afectadas pelas alterações e desafios que a mulher com cancro da mama tem que enfrentar, entre os quais as mudanças resultantes do tratamento. Também no nosso estudo se conclui que as mulheres com cancro da mama estão menos satisfeitas com a

relação de afecto e com a relação sexual com o seu parceiro, do que as mulheres sem cancro da mama.

Em suma, a investigação veio confirmar os pressupostos indicados na literatura sobre a influência do diagnóstico e tratamento do cancro da mama na imagem corporal e no relacionamento conjugal das pacientes.

REFERÊNCIAS

- Andrade, T. (2000). *Escutar o mar dentro da concha: Descritores do funcionamento psicossomático oncológico*. Tese de mestrado em Psicossomática, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Baider, L., Perry, S., Sison, A., & Holland, J. (1997). The role of psychological variables in a group of melanoma patients. *Psychosomatics*, 38, 45-53.
- Burgess, C. Morris, T., & Pettingale, K. (1988). Psychological response to cancer diagnosis II – Evidence for coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 253-262.
- Compas, B., & Osowiecki, D. (1999). A prospective study of coping, perceived control and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 169-180.
- Coutinho, S. (2006). *Imagem corporal e relacionamento conjugal da mulher mastectomizada* (Monografia de Licenciatura). Viseu: Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares do Instituto Piaget.
- Cunha, M. (2004). *A imagem corporal – Uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magresa para as adolescentes*. Azeitão: Autonomia.
- Deep, C., & Leal, I. (2000). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. *Actas do 4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA
- Holland, J. (1990). Developmental stage and adaptation: Adult model. In J. Holland & J. Rowland (Ed.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 25-43). New York: Oxford University Press.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- May, H. (1981). Integration of sexual counselling and family therapy with surgical treatment of breast cancer. *Family Relations*, 30(2), 291-295.
- Moyer, A. (2000). Breast cancer. In G. Finck (Ed.), *Encyclopedia of Stress*. New York: Academic Press.

- Moyer, A., & Salovey, P. (1999). Predictors of social support and psychological distress in women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 4(2), 177-191.
- Pais-Ribeiro, Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 231-247.
- Perez, S., & Galdón, M. (2002). Transtorno de estrés postraumático y cáncer. In M. Dias & E. Durá (Orgs.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 493-525). Lisboa: Climepsi Editores.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família – Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Shell, J. (2000). Impacto do cancro na sexualidade. *Enfermagem em Oncologia*, 13, 25-29.
- Ulacia, J. (1988). Sexualidade y paciente oncológico. *Revista Rol. De Enfermagem*, Ano XI(116), 27-31.

AS CONSEQUÊNCIAS DOS ABUSOS SEXUAIS EM MENORES

Adriana Correia (drina.cor@hotmail.com)

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Hoje em dia são cada vez mais as notícias e os estudos sobre os abusos sexuais, em todas as faixas etárias e em ambos os sexos. No entanto, muitos e muitos casos permanecem silenciados...

Helander (2008) realizou um estudo em 82 países, demonstrando a gravidade dos números oficiais de casos de abusos sexuais a menores e das estatísticas globais, uma vez que se estimam 2250 milhões de crianças (33%) abusadas, havendo uma maior predominância nas crianças de sexo feminino. O autor define como abuso sexual todo e qualquer envolvimento de uma criança em actividades sexuais em que ele ou ela não compreenda na totalidade ou em que, face às quais, não seja capaz de dar um consentimento informado ou não esteja preparada em termos desenvolvimentais para essa actividade, não a podendo consentir, ou que viole as leis e tabus da sociedade.

Outros autores especificam o conceito de abuso sexual como qualquer contacto ou interacção, heterossexual ou homossexual, entre uma criança/adolescente e alguém com um estágio de desenvolvimento psicossocial mais avançado, no qual a criança/adolescente é usado para estimular sexualmente o abusador, seja com toques, carícias, sexo oral, relações com penetração (digital, genital ou anal), ou até mesmo as situações nas quais não há contacto físico, como o voyeurismo, assédio e exibicionismo. Os abusadores sexuais podem levar a criança/adolescente a estas interacções sexuais por imposição através da violência física, ameaças ou indução da sua vontade (Azevedo & Guerra, 1989; Thomas, Eckenrode & Garbarino, 1997, cit. por Habigzang et al., 2005).

O abuso sexual também pode ser definido e diferenciado em categorias dependendo do contexto em que ocorre: dentro ou fora do ambiente familiar. Quando ocorre dentro de casa, o abuso é denominado de intrafamiliar ou incestuoso, pois, as crianças/adolescentes são abusadas por pessoas que lhes são próximas e que, muitas vezes, desempenham um papel de cuidador para com elas (Braun, 2002; Cohen & Mannarino, 2000a; Habigzang & Caminha, 2004; Koller & De Antoni, 2004, cit. por Habigzang et al., 2005). Assim, mesmo que não existam laços de consanguinidade entre a criança e o adulto responsável, estas relações são consideradas incestuosas (Azevedo, Guerra, & Vaiciunas, 1997; Cohen & Mannarino, 2000a; Thomas & cols., 1997, cit. por Habigzang et al., 2005),

envolvendo, por exemplo, madrastas, padrastos, tutores, meio-irmãos, avós, tios(as) ou até namorados(as) ou companheiros(as) do pai ou mãe. A maioria dos abusos sexuais são deste tipo – cometidos por pessoas directamente ligadas às vítimas, sobre as quais exercem alguma forma de poder ou de dependência. No entanto, é também este tipo de abuso sexual o mais difícil de se suspeitar e o mais difícil de se confirmar (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Uma vez que a familiaridade entre a criança e o abusador implica fortes laços afectivos, sejam positivos ou negativos, as consequências dos abusos sexuais incestuosos são mais nefastas a nível cognitivo-comportamental, quer para a criança quer para a sua família, determinando uma lesão muito mais grave a nível psicológico do que se a agressão fosse causada por estranhos (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Estas consequências também serão mais graves quanto mais velha for a criança, sendo que o impacto é ainda maior quando a criança já é adolescente (Rodrigues et al., 2006).

Qualquer que seja o abuso sexual, ele trará consequências negativas para o desenvolvimento cognitivo, afectivo e social da vítima e da sua família (Gonçalves & Ferreira, 2002; Habigzang & Caminha, 2004; Osofsky, 1995, cit. por Habigzang et al., 2005), que a curto, quer a longo prazo. As consequências para as vítimas podem variar dependendo das suas características pessoais, do apoio social e afectivo que recebem por pessoas significativas e pelos órgãos de protecção e até mesmo das próprias características do abuso sexual. Por isto mesmo, “o gradiente das consequências no desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental pode variar desde efeitos menores até transtornos psicopatológicos de alta gravidade” (Habigzang et al., 2008, p. 286). Quando falamos dos factores intrínsecos à criança, falamos de vulnerabilidade e resiliência (temperamento, resposta ao nível do desenvolvimento neuropsicológico); quando falamos de factores extrínsecos à criança, falamos da existência de factores de risco e de protecção (recursos sociais, funcionamento familiar, recursos emocionais dos cuidadores e recursos financeiros, incluindo acesso ao tratamento), sendo que quando criança não dispõe de uma rede social e afectiva, algumas consequências são exacerbadas (Brito & Koller, 1999; Saywitz & cols., 2000, cit. por Habigzang et al., 2005). Em suma, os factores que influenciam o impacto do abuso sexual são: saúde emocional prévia, crianças com saúde emocional positiva antes do abuso tendem a sofrer menos efeitos negativos; tipo de actividade sexual, alguns dados sugerem que formas de abuso mais intrusivas, como a penetração, resultam em

mais consequências negativas; duração e frequência dos episódios abusivos; reacção dos outros, a resposta negativa da família ou dos pares à descoberta do abuso acentuam efeitos negativos (família, amigos e juizes atribuindo a responsabilidade à criança); dissolução da família depois da revelação; criança responsabilizando-se pela interacção sexual; e, quando a vítima recebe recompensa pelo abuso e o perpetrador nega que o abuso aconteceu (Amazarray & Koller, 1998; Deblinger & Heflin, 1992/1995; Gabel, 1997; Mattos, 2002; Rouyer, 1997, cit. por Habigzang et al., 2005, p. 342).

O momento e a forma de revelação do abuso sexual também podem fazer a diferença. Segundo Nagel, Putnan, Noll, e Trickett (1997, cit. por Fávero, 2003) a revelação pode ser intencional, accidental ou a partir de um evento causador, sendo que, quando a criança não tem responsabilidade na revelação da sua experiência de abuso sexual, tem tendência a apresentar reacções mais favoráveis e menos graves; ao contrário da criança que toma iniciativa na revelação, que experiencia maiores níveis de ansiedade e o sentimento de falta de capacidade de superar a situação, mesmo que a reacção do meio seja positiva.

Quanto à reacção do meio, Kilpatrick (1992, cit. por Fávero, 2003) diz-nos que existem quatro factores, relacionados entre si, que podem agravar as consequências do abuso sexual: o segredo imposto à criança, os efeitos da revelação, o clima da resposta ambiental e a ênfase na condenação do agressor. Por parte da criança, o segredo é mantido devido à culpabilização, medo das consequências, medo que não acreditem nela e porque a dissociação da realidade que faz para se defender psicologicamente não lhe permite perceber a realidade como realidade e nomear a experiência de abuso como abuso (Fávero, 2003). Segundo Furniss (1993, cit. por Habigzang et al., 2005) o “Síndrome de Segredo” faz parte da dinâmica intrafamiliar complexa que desencadeia e mantém o abuso sexual incestuoso, a par com o “Síndrome de adição”. Ambos estão directamente relacionados com a psicopatologia do agressor (pedofilia) que, pela hipótese de gerar uma intensa repulsa social, tende a proteger-se numa teia de segredo, mantido à custa de ameaças e negociações/manipulações com a criança abusada, ao mesmo tempo que, por ser um comportamento compulsivo, na presença do estímulo (a criança), o abusador não se controla e usa-la para obter excitação sexual e alívio de tensão, gerando dependência psicológica e negação da dependência. Frequentemente, existe um pacto familiar de silêncio (Pfeiffer & Salvagni, 2005) que mantém o abuso sexual e, quando surge uma denúncia, surge também uma

ruptura em todo o equilíbrio familiar a que as pessoas se impõem. Este pacto de silêncio tem lugar porque, muitas vezes e principalmente nas famílias patriarcais, a mãe ocupa o papel de *silent partner*, participando caladamente no quadro geral de violência. Isto acontece, consciente ou inconscientemente, porque elas têm um forte complexo feminino de inferioridade e porque tentam, a todo o custo, manter a estabilidade e a segurança da família. Em consequência, delegam o seu pesado papel de esposa e mãe à filha, em todos os seus aspectos (Felizardo et al., 2003, cit. por Pfeiffer & Salvagani, 2005) e, quando o abuso sexual é revelado, reagem com ciúmes, como rivais, passando a culpar a filha pelo ocorrido, pois, o contrário – reconhecer o incesto – seria admitir o seu fracasso enquanto mãe e esposa (Hirsch, 1990, cit. por Pfeiffer & Salvagani, 2005). Rodrigues et al. (2006) acrescenta que, se os pais fornecerem à criança o apoio de que ela necessita, algumas das consequências observadas, como a ansiedade visível nos problemas para dormir e no medo do agressor, tendem a diminuir com o passar do tempo. Mas, se não houver nenhuma intervenção terapêutica, outras consequências podem intensificar-se, como as preocupações relacionadas com a sexualidade. Em qualquer dos casos, é de salientar que a denúncia, mesmo trazendo exposição da família envolvida, consequências na estrutura familiar, modificações emocionais, e (não raras as vezes) sentimentos de humilhação e medo entre as pessoas envolvidas, é a única solução para que os episódios de abuso sexual não continuem a ocorrer ou para que não se tornem mais frequentes e para que a vítima não permaneça exposta aos efeitos da vitimização e ao agravamento dos seus sintomas.

O tipo de actividade sexual demonstra-se também um factor importante para o agravamento das consequências, principalmente quando o abusador tenta provocar uma resposta sexual na criança (sendo mais grave do que simplesmente utilizá-la para se masturbar), quando o acto sexual é mais intrusivo, implicando contacto físico e quando os contactos são genitais (Fávero, 2003) – ocasionando sintomas físicos como hematomas, hemorragias, inflamação e infecção nas regiões oral, genital e rectal, dores ao urinar ou uberar, enurese, encoprese, vômitos e dores se cabeça sem explicação médica, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, doenças psicossomáticas e desconforto em relação ao corpo, que devem chamar a atenção de pais, professores, médicos e outros profissionais de saúde (Sanderson, 2005, cit. por Habigzang et al., 2008; Aded et al., 2006). Alguns indicadores demonstram também que o abuso é mais grave se o agressor for do mesmo sexo que a vítima, sendo que os rapazes

apresentam mais problemas como homofobia e confusões de orientação do desejo sexual (Fávero, 2003). Quando a vítima é abusada por mais do que um agressor, as consequências e a recuperação psicológica também se agravam, uma vez que a culpabilização é maior e o tempo que levam a denunciar a situação é mais longo, devido à vergonha que sentem (*ibid*). A curto prazo (até ao segundo ano após a situação de abuso), a criança irá sentir e experienciar dificuldades no campo das relações sexuais, culpabilização, pensamentos suicidas, medo, auto-condenação, vergonha, dificuldades escolares (Azevedo et al., 1993, cit. por Fávero, 2003) pelo déficit de linguagem e aprendizagem, perda de interesse pelos estudos e brincadeiras, dificuldades de se ajustar e de adaptação interpessoal pelo isolamento social, distúrbios de conduta e baixa auto-estima (Gerko et al., 2005; Meyerson et al., 2002, cit. por Aded et al., 2006). Mais especificamente, e segundo Habingzang et al. (2008), ao nível das consequências cognitivas, a criança vai sofrer uma diminuição da concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas que se revelam pela percepção de culpa pelo abuso, diferença em relação aos seus pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação. As alterações emocionais vão-se manifestar pelos sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade. E, ao nível das consequências comportamentais destacam-se a conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, fugas do lar, furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões do sono e da alimentação, comportamentos autodestrutivos, tais como auto-mutilação e tentativas de suicídio (Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Haugaard, 2003; Jonzon & Lindblad, 2004; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003, cit. por Habigzang, 2008).

Perante o agressor e/ou os familiares, há um turbilhão de sentimentos confusos, pois, quando o agressor é o pai, a criança continua a sentir que gosta dele (porque é o seu pai) e que o meio não a protegeu – logo, sente-se merecedora da agressão. Deste modo, os sentimentos de raiva e de ódio são depositados no progenitor não abusador, que não a protegeu, sendo que, quando o abusador não pertence à família, a culpa é depositada em ambos os pais (Sgroy, Porter, & Blick, cit. por Fávero, 2003).

Dependendo da idade da criança abusada, os comportamentos são diferentes, mantendo-se sempre, no entanto, os sentimentos de insegurança pelo medo que o abuso se repita, temendo os outros e as situações (Fávero, 2003). Assim, o estabelecimento de relações com homens (que se apresentam a maioria dos abusadores) é recusado pelas crianças,

“possivelmente devido ao medo da intimidade e ao receio de reviver experiências traumáticas com o agressor, uma vez que a intimidade sugere envolvimento sexual”, o que dificulta a adaptação interpessoal (Azevedo, 1989, cit. por Rodrigues et al., 2006). As crianças mais pequenas manifestam-se agressivas contra os colegas e agressivas sexualmente (Fávero, 2003), sendo que as atitudes que demonstram um conhecimento sobre sexo e um comportamento sexual inadequado são mais comuns em crianças pequenas vítimas de abuso sexual (Brilleslijper-Kater et al., 2004; O’Keefe, 2004; Biheler, 2002, cit. por Aded et al. 2006). Por sua vez, as crianças mais crescidas adoptam comportamentos delinquentes, passando pela expressão da agressividade, roubos, consumo de drogas, etc. (Fávero, 2003). Neste campo, a influência da família e a sua desestruturação tornam-se preditores fundamentais da criminalidade, do abuso de substâncias e das perturbações da saúde mental (Gover & MacKenzie, 2003; Craissati et al., 2002, cit. por Aded et al., 2006) e está provado que os jovens delinquentes que são mantidos frequentemente em instituições penais provêm de famílias caracterizadas pelo abuso sexual, negligência e outras experiências traumatizantes (Gover e MacKenzie, 2003, cit. por Aded et al. 2006), pois, “o abuso sexual na infância é considerado um factor de risco independente para um comportamento delincente (Swanston *et al.* 2003), com maior prevalência entre os abusadores sexuais reincidentes (Hanson & Harris, 1998, *apud* Aylwin et al., 2003)” (cit. por Aded et al., 2006, p. 206). Mais precisamente, num estudo de Widom (2000, cit. por Helander, 2008), com crianças abusadas e/ou negligenciadas seguidas desde a infância até aos 33 anos, demonstra que 55% foram presos enquanto jovens, sendo 96% das detenções por crimes violentos. Crianças abusadas/negligenciadas tornaram-se 1,6 vezes mais ofensores crónicos do que as não abusadas/negligenciadas. Outro estudo (Engqvist, 2007, cit. por Helander, 2008), com 1400 pacientes que receberam cuidados na infância e adolescência entre 1975 e 1990 e que foram seguidos até 2003, demonstra que durante esse período, 1 a cada 2 homens e 1 a cada 5 mulheres entraram no registo criminal. Um estudo com um grupo mais novo que foi seguido durante 20 anos mostrou que a criminalidade cresceu severamente, tendo duplicado nos rapazes e aumentado 7 vezes mais nas raparigas (Helander, 2008). Deste modo, os abusos sexuais estão relacionados com a prática de delitos, mais especificamente aos crimes sexuais (Radosh, 2002; Lindsay et al., 2001, cit. por Aded et al., 2006) porque muitos dos sobreviventes do abuso sexual repetem o ciclo de vitimização, cometendo o abuso sexual

intergeracional com os seus próprios filhos e fazendo do abuso sexual um legado passado à próxima geração de vítimas (Hornor, 2002, cit. por Pfeiffer & Salvagni, 2005). Perpetua-se, então, o processo de identificação com o agressor, como uma forma psíquica de sobreviver ao abuso – a vítima iguala-se ao seu agressor e converte-se em abusadora, transitando da passividade da sua experiência para a actividade, aplicando no mundo externo a agressão que lhe foi feita (desforra/vingança) (Scherer et al., 2003, cit. por Pfeiffer & Salvagni, 2005). “De outra forma, poderá apresentar a possibilidade de estabelecer uma relação abusiva consigo mesmo, como acontece nos casos de revitimização” (Pfeiffer & Salvagni, 2005, p. 198), adoptando comportamentos muito sexualizados, que fazem com que corram um maior risco de se tornarem de novo vítimas (Bagley et al., 1997, cit. por Fávero, 2003). No caso dos adolescentes, é muito frequente o abandono do lar como estratégia (Fávero, 2003) para se tentarem ver livres da situação de abuso sexual. No entanto, como a culpa os persegue, a vitimização continua. Independentemente da actuação familiar, o abuso sexual na infância é um factor de risco para a vitimização na idade adulta (Messman-Moore & Brown, 2004, cit. por Aded et al. 2006). Um estudo realizado nos Estados Unidos, com prostitutas que actuavam em Miami ($n=325$) demonstrou que 50,5% das mulheres entrevistadas tinham sido vítimas de abuso sexual em crianças. Um total de 51,7% dessas mesmas mulheres referiu ter sofrido violência (espancamento, estupro, ameaça com armas) por parte dos seus clientes no ano em que iniciaram o trabalho nas ruas (Surrat et al., 2004, cit. por Aded et al., 2006).

Segundo Fávero (2003), o tónus afectivo das crianças abusadas sexualmente é predominante a ansiedade, a angústia e a depressão. Ao nível da ansiedade ocorrem um conjunto de reacções físicas, psicológicas e comportamentais com efeito a curto prazo que, se não for resolvido, poderá reflectir-se a longo prazo e em consequências mais profundas (Wheler & Berliner, 1989, cit. por Fávero, 2003).

Sabe-se que as crianças vítimas de abuso sexual sofrem efeitos psicológicos que poderão ser devastadores e que, enquanto adultos, os problemas decorrentes do abuso persistem nas suas vidas (Berliner & Conte, 1995, cit. por Pfeiffer & Salvagni, 2005). As variáveis envolvidas no impacto do abuso sexual na criança são muitas e complexas, mas é certo que esta experiência é considerada um importante factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Saywitz et al., 2000, cit. por Habigzang et al., 2006), sendo que os quadros de depressão, perturbações de ansiedade,

perturbações alimentares, dissociação, hiperactividade e déficit de atenção, perturbação de personalidade borderline e perturbação de stress pós-traumático (Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Duarte & Arboleda, 2004; Habigzang & Caminha, 2004; Heflin & Deblinger, 1996/1999; Runyon & Kenny, 2002, cit. por Habigzang et al., 2006) são consequências que se podem observar a longo prazo. A psicopatologia mais citada como consequência do abuso sexual é a perturbação do stress pós-traumático, pois, estima-se que os seus sintomas ocorram em mais de metade das crianças vítimas de abuso (Cohen, 2003, cit. por Habigzang et al., 2008), entre os quais: “experiência contínua do evento traumático, ou seja, lembranças intrusivas, sonhos traumáticos, comportamento de reconstituição, angústia nas lembranças traumáticas; evitamento e entorpecimento de pensamentos e lembranças do trauma, amnésia psicogénica, desligamento; e excitação aumentada, verificada por meio de transtorno do sono, irritabilidade, raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância, resposta exagerada de sobressalto e resposta autónoma a lembranças traumáticas” (American Psychiatric Association, 2002, cit. por Habigzang, 2008, p. 286).

Assim como a ansiedade na infância, a tristeza pode também levar à depressão no adulto – e ambas têm sido relacionadas com o abuso sexual (Conway et al., 2004; Hill et al., 2001, cit. por Aded et al., 2006). Desta forma, a depressão é outra das patologias que pode surgir a longo prazo, principalmente quando a criança é exposta a um acumular de riscos estruturais e sociais (Arboleda-Flórez & Wade, 2001; Meyerson et al., 2002, cit. por Aded et al., 2006), faltando-lhe apoio. São característicos os sentimentos de culpa e a baixa auto-estima, visto que os factos negativos têm um *locus* interno (“aconteceu por minha culpa, se eu não fosse/me comportasse assim nada disto teria acontecido”) enquanto que os factores positivos têm um *locus* externo (“aconteceu por azar, porque facilitaram a ocorrência de determinada situação”) (Fávero, 2003).

Para evitar as memórias e os afectos associados ao abuso sexual, as vítimas adoptam comportamentos e perturbações como: dissociação – despersonalização, falta de realização e de compromisso, paralisação emocional (*ibid*); fobias; ideação paranóide; perturbação obsessivo-compulsiva; conversões – especialmente em pacientes com história de abuso sexual de longa duração em relações incestuosas (Ystgaard et al., 2004; Roelofs et al., 2002, cit. por Rodrigues et al., 2006); suicídio – Bagley, Bolito, e Bertrand (cit. por Fávero, 2003) observaram que 15% das raparigas que são alvo de assédio, por parte dos colegas de escola, têm

mais comportamentos suicidas e Martin et al. (2004, cit. por Aded et al., 2006) consideram que meninos que sofram abuso sexual poderão apresentar maior risco de comportamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio, mesmo em ausência de depressão ou sentimentos de desesperança, ao contrário das meninas; e consumo de drogas, tudo para eliminar as recordações associadas ao abuso (Fávero, 2003). Denota-se também que as vítimas de abuso sexual se tornam adultos solitários, sendo o grupo de amigos reduzido e as relações sociais pobres por terem dificuldades em iniciar e manter relações, principalmente íntimas, devido à permanente desconfiança e medo em que vivem. Também dos seus pais se demonstram distantes a nível relacional (*ibid*), muito provavelmente devido ao sentimento de falta de protecção. A sexualidade é afectada, uma vez que têm medo de se envolver com um indivíduo do sexo oposto e medo do acto sexual, não se sentindo à vontade diante do outro (Rodrigues et al., 2006). As ideias sobre a sexualidade são, muitas vezes, equivocadas (*ibid*), confundindo amor e sexo, havendo um aumento da actividade sexual ao mesmo tempo que se sentem sexualmente insatisfeitas com o(a) companheiro(a) (Fávero, 2003), sendo que “a exploração sexual na infância pode levar a vítima a desenvolver uma visão sexualmente degradada de si mesma” (Aded et al., 2006, p. 207).

Conscientes das suas fracas capacidades na criação de laços afectivos tornam-se, novamente, vítimas de abuso – como é o caso de 60% das prostitutas entrevistadas no estudo de Silbert e Pines (1981, cit. por Fávero, 2003), que foram vítimas de abuso sexual antes dos 16 anos, revelando-se 10% também agredidas por desconhecidos, e o caso da maior parte das vítimas se envolver em relacionamentos insatisfatórios, dolorosos e nocivos, inclusive com parceiros que as exploram (Azevedo, 1989, cit. por Rodrigues et al., 2006); ou, tornam-se elas próprias abusadoras, a par da dificuldade no relacionamento que têm com os seus próprios filhos (Roberts et al., 2004, cit. por Rodrigues et al., 2006) e das consequências psicológicas que perduraram.

Porém, o abuso sexual não se limita aos danos psicológicos, verificando-se também consequências físicas a longo prazo, uma vez que o impacto do stress em excesso pode deixar marcas irreparáveis na estrutura e na função do hipocampo e do hemisfério esquerdo (Teicher, 2002, cit. por Rodrigues et al., 2006), verificando-se uma atrofia de várias partes do cérebro (Helander, 2008).

Em suma, considera-se que nem todas as crianças reagem da mesma maneira nem apresentam os mesmos sintomas face ao abuso. Contudo,

devido ao cenário negro em que pode culminar uma história de abuso sexual infantil (o que tantas vezes acontece), considero que a relevância dada ao assunto em Portugal devia ser maior, apostando tanto em estudos, como na prevenção primária e na intervenção, uma vez que se verifica que os órgãos sociais podem ser um factor de protecção nas consequências vividas pela criança, quer actuando perante as situações consumadas de abuso (interrompendo-as, de forma a que as consequências não se agravem), quer sensibilizando a sociedade, que é também família, para este problema (evitando-o).

Devido ao silêncio em que ficam impregnadas as vítimas, os educadores, professores, médicos pediatras e outros profissionais, tanto de saúde como da justiça, deveriam ser alertados para o problema dos abusos sexuais e terem formação para actuarem de forma eficaz, apostando no trabalho e na comunicação interdisciplinar que muitas vezes falha. Sublinha-se, ainda, a importância da sensibilidade por parte de todos os profissionais, no sentido de não agravarem a situação, conseguindo ser de facto um factor de protecção e não de agravamento das consequências.

Por seu turno, um acompanhamento psicológico ou mesmo uma psicoterapia poderão ajudar as vítimas e os seus familiares a desconstruírem todos os sentimentos, emoções e pensamentos que, certamente, continuam emaranhados, contribuindo para a diminuição dos efeitos do abuso sexual a curto e a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- Aded, N., Dalcin, B., Moraes, T., & Cavalcanti, M. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 204-213.
- Einar Helander. Comunicação pessoal, nas aulas da cadeira de Psicopatologia da criança e do adolescente II. Lisboa, 2º semestre do ano lectivo 2008/2009).
- Fávero, M. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais de menores*. Lisboa: Editores Climepsi.
- Habigzang, L., Koller, S., Azevedo, G., & Machado, P. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Habigzang, L., Azevedo, G., Koller, S., & Machado, P. (2006). Factores de risco e de protecção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386.

- Habigzang, L., Koller, S., Stroehrer, F., Hatzenberger, R., Cunha, R., & Ramos, M. (2008). Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 285-292,
- Helander, E. (2008). *Children and violence – The world of the defenceless*. London: Palgrave Macmillan.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5, supl), 197-204.
- Rodrigues, J., Brino, R., & Williams, L. (2006). Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paideia*, 16(34), 229-240.

CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO NA DOENÇA ONCOLÓGICA: UMA REVISÃO DO CONCEITO

Ana Catarina Ramos (acatarina.barge@gmail.com) / Isabel Leal

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

A potencial natureza traumática da doença oncológica tem sido investigada ao longo da última década (Cordova et al., 2007). O cancro, identifica-se como um acontecimento traumático, ao apresentar características que se inserem na definição psicológica de trauma ou stressor traumático extremo: experiência pessoal directa com um acontecimento que envolve morte, ameaça de morte ou outra ameaça ao bem-estar e integridade física do próprio ou de alguém significativo (American Psychiatric Association [APA], 2004).

O acontecimento traumático pode despoletar a vivência individual de emoções negativas em resposta à circunstância traumática, como ansiedade, culpa, raiva e irritabilidade, que se traduzem, por vezes, na manifestação da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) (Linley, Joseph, & Goodfellow, 2008). A experiência psicofisiológica do cancro, pode englobar o diagnóstico desta perturbação, merecendo assim especial atenção por parte do médico e equipa hospitalar (Turner & Cox, 2004).

Diversos autores concluíram que o desenvolvimento de PSPT no decurso do cancro estaria relacionado com variados factores, como, idade, educação, quantidade de estímulos stressores quotidianos, suporte social, traços de personalidade, conhecimento da doença, índice de recorrência da doença, gravidade da doença, distância entre o diagnóstico e o término dos tratamentos e diagnósticos recorrentes (Cordova et al., 2007). Neste sentido, a doença oncológica pode ser vivenciada como mais ou menos traumática de acordo com a experiência individual.

A responsabilidade que é atribuída ao indivíduo na elaboração das experiências de vida, positivas ou negativas, conduz-nos para a compreensão de que é a forma como o sujeito enfrenta a adversidade nomeadamente, a doença orgânica que determina os efeitos na vida do indivíduo (Calhoun & Tedeschi, 1998).

O susto, o impacto e os estímulos altamente stressantes de um acontecimento traumático, onde suposições fundamentais e valores individuais são severamente desafiados, são terreno fértil para resultados inesperados que podem ser observados nos sobreviventes (Tedeschi & Calhoun, 2004). Embora, o trauma pode destabilizar a vida dos sobreviventes, as relações e os papéis sociais, assim como os valores e crenças individuais, todo o

processo de confronto com estas perdas ou rupturas pode também alargar as perspectivas individuais, promover novas estratégias de coping e desenvolver recursos pessoais e sociais que maximizam a adaptação a uma nova vida (Mytstakidou, Tilika, Galanos, & Vlahos, 2008; Park, Cohen, & Murch, 1996).

“After my first cancer, even the smallest joys in life took on a special meaning – watching a beautiful sunset, a hug from my child, a laugh with Dorothy. That feeling has not diminished with time. After my second and third cancers, the sample joys of life are everywhere and are boundless, as I cherish my family and friends and contemplate the rest of my life, a life I certainly do not take for granted” (Hamilton Jordan, 2000, cit. por Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 1). “Looking back, I wouldn’t change anything” (Becker, 1998, cit. por Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 1).

Este relato transmite-nos que apesar dos aspectos negativos inerentes, uma doença oncológica, potencialmente traumática, é fonte de aspectos positivos que são integrados na experiência individual futura. São duas vivências distintas mas concomitantes, isto é, é plausível um doente com cancro sentir a dor dos efeitos secundários dos tratamentos e sentir simultaneamente, uma maior proximidade com os seus filhos e maior convívio com amigos ou familiares (Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2007).

A capacidade humana permite, assim, perante o confronto com acontecimentos stressantes, a percepção de um conjunto de mudanças positivas que se desenvolvem após o desafio de circunstâncias específicas. Estas mudanças transmitem ao sujeito, na auto-avaliação, a perspectiva de crescimento, de aumento de conhecimento (Mytstakidou et al., 2008). O crescimento individual após uma situação de stress ou de trauma extremo tem sido denominado por vários conceitos, como benefícios percebidos (Cordova et al., 2007; Sumalla et al., 2008; Thornton, 2002), mudanças psicológicas positivas, descoberta de significado positivo, emoções positivas, reinterpretação positiva (Tedeschi & Calhoun, 2004). Park (1996) desenvolveu o conceito de crescimento relacionado com o stress (“stress-related growth”) para identificar as alterações, a longo-prazo na filosofia de vida e na personalidade, mudanças nas relações sociais (incluindo uma maior valorização das relações da família e amigos) e comportamentos de coping mais adaptativos.

Numa abordagem mais subjectiva e de valorização das capacidades emocionais e de pensamento humano, Tedeschi e Calhoun (1996) criaram o conceito de crescimento pós-traumático para caracterizar uma avaliação positiva da própria vida e estabelecimento de novas prioridades; maior

intimidade nos relacionamentos sociais; percepção de grande força individual; enriquecimento espiritual e reconhecimento de novas oportunidades para o desenvolvimento pessoal. De acordo com os autores, este conceito será aquele que melhor representa a essência do fenómeno de crescimento individual (Tedeschi & Calhoun, 2004). O crescimento pós-traumático é um conceito necessariamente complexo, uma vez que envolve a subjectiva mudança individual. Ao longo deste artigo será abordado o seu processo, as suas teorias explicativas bem como a implicação deste conceito no processo da doença oncológica.

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO

A experiência individual passa pela construção de um conjunto de crenças e valores básicos que direccionam o indivíduo na execução dos seus comportamentos, na interpretação dos acontecimentos e na atribuição de significado às suas causas e efeitos. Um acontecimento traumático envolve mudanças profundas nas capacidades individuais e na forma de observar, pensar e agir perante o mundo exterior. Estas mudanças potenciam o crescimento individual, que resulta, maioritariamente da capacidade combativa do sujeito na resolução do acontecimento traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). O confronto com as circunstâncias de crise envolve, inquestionavelmente experiências negativas, contudo a força individual determina o desenvolvimento de resultados significativamente positivos (Calhoun & Tedeschi, 2004). Está assim presente, na resposta ao trauma, uma ambivalência de critérios (Neimeyer, 2004). A literatura sobre o crescimento pós-traumático demonstra claramente que o crescimento pós-traumático não é independente da vivência negativa do trauma, mas sim consequência directa do envolvimento cognitivo e afectivo do indivíduo (Tedeschi et al., 2007).

Existe uma percepção clara por parte do sujeito de que as mudanças que ele próprio identifica na sua vida quotidiana são devidas ao envolvimento pessoal, cognitivo e emocional durante a resolução da situação traumática e que, o crescimento individual só foi possível porque ocorreu o trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004). Com frequência, é percebido pelos sobreviventes um “antes e depois” o acontecimento traumático (Calhoun & Tedeschi, 1998).

O conceito de crescimento pós-traumático descreve a experiência de indivíduos cujo desenvolvimento individual superou, pelo menos em algumas áreas, o existente antes do acontecimento traumático. O indivíduo não apenas sobreviveu, como também experienciou mudanças significativas. O crescimento pós-traumático não é somente um retorno à rotina e às condições habituais antes do trauma, é a experiência de uma melhoria profunda a vários níveis que, em alguns casos pode ser extremamente enriquecedora (Tedeschi & Calhoun, 2004).

O Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI – Posttraumatic Growth Inventory), foi desenvolvido por Tedeschi e Calhoun (1996) com o objectivo de quantificar a experiência subjectiva após o trauma. O crescimento pós-traumático é, assim, descrito em 5 dimensões: (1) novas possibilidades – descoberta individual da possibilidade de uma diferente orientação para a vida, de novas direcções; (2) relação com os outros – melhoria nas relações interpessoais e percepção de maior proximidade com os outros; (3) força individual – reconhecimento de força individual e percepção de maior capacidade para lidar com as diversas situações (4) apreciação da vida – mudança na apreciação da vida em geral e alteração das prioridades e do que é verdadeiramente importante na vida; (5) mudança espiritual – um maior entendimento sobre questões existenciais e um maior envolvimento em domínios espirituais e filosóficos (Calhoun & Tedeschi, 1998; Mystakidou et al., 2008; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Na construção individual do crescimento pós-traumático, vários factores interferem no processo de desenvolvimento, nomeadamente, as características individuais, o processamento cognitivo e a integração da experiência na narrativa individual (Tedeschi & Calhoun, 2004). Determinadas características de personalidade como a extroversão, a abertura à experiência e o optimismo parecem estar relacionadas com maior aptência individual para a elaboração de crescimento pós-traumático.

O envolvimento do sujeito no processamento cognitivo é uma das características pessoais mais relevantes, para que após um período de interpretação das emoções, o sujeito adquira a capacidade para elaborar a perda cognitivamente, modificar os esquemas cognitivos e permitir o crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). As relações sociais e familiares ao permitirem a discussão frequente sobre as consequências do acontecimento traumático facilitam, por sua vez, a expressão emocional, a construção de narrativas e o aumento da consciência individual dos efeitos do acontecimento (Tedeschi & Calhoun, 1996). Como qualquer experiência de vida, o crescimento pós-traumático emerge em resultado de um processamento

cognitivo, integrando-o na construção da narrativa individual (Neimeyer, 2004). O processamento cognitivo referente à vivência do acontecimento traumático consiste na ruminação de pensamentos frequentes acerca das causas e consequências do trauma que permite a reconstrução das suposições, valores, esquemas e narrativas pessoais (Nolen-Hocksema & Davis, 2004).

TEORIAS EXPLICATIVAS

O crescimento pós-traumático é compreendido, através da teoria pioneira de Tedeschi e Calhoun (1996), como o resultado inesperado e não intencional da capacidade cognitiva individual que se desenvolve na consequência de um trauma. Janoff-Bulman (1992, cit. por Sumalla, Ochoa, & Blanco, 2009) corrobora esta perspectiva sócio-cognitiva ao definir que os esquemas pessoais são modificados na tentativa de acomodação dos mesmos nas representações individuais, para se processar uma mudança positiva na identidade.

Por outro lado, a Teoria de Comparação Temporal de Albert e a Teoria de Adaptação Cognitiva de Taylor (Sumalla et al., 2009) representam outra perspectiva, na qual se defende que em situações traumáticas o indivíduo pretende manter determinada continuidade e consistência interna nos seus valores e sentimentos.

Apesar das intensas transformações, em situações de crise, são identificadas as discrepâncias entre a identidade anterior e a identidade após a situação traumática, numa vertente de assimilação. O crescimento pós-traumático é compreendido como um mecanismo de coping, sendo que, o indivíduo que o desenvolve alcança a capacidade de lidar eficazmente com a situação traumática, de alterar o seu estilo de coping, contudo sem produzir alterações na sua identidade pessoal, como confirma o modelo de “Janus-Face” de Zoellner e Maercker (2006).

CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO E CANCRO

Na literatura evidencia-se o estudo do crescimento pós-traumático como consequência do confronto com a doença oncológica. Estudos que

comparam o total de mudanças positivas e negativas em vários domínios, concluem que os sobreviventes de cancro descrevem mais benefícios do que danos ou injúrias como resultado da experiência com o cancro (Thornton, 2002). Dois estudos realizados com sobreviventes de cancro colon-rectal (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, & Andrykowski, 2009) e de cancro da próstata (Thornton & Perez, 2006) sugerem que o crescimento pós-traumático está relacionado com a experiência de cancro e coping. O crescimento pós-traumático das mulheres sobreviventes de cancro de mama e as condições que o possibilitam tem, vindo a merecer uma atenção particular da investigação psico-oncológica (Bellizzi & Blank, 2006; Tomich, Helgeson, & Vache, 2005; Weiss, 2004b). Também a experiência deste fenómeno tem sido considerado em cônjuges de mulheres com cancro da mama. A investigação realizada (Manne et al., 2004; Weiss, 2002, 2004a) sugere que a idade, a percepção de trauma, o suporte social, elevado crescimento pós-traumático na mulher e bom ajustamento marital são variáveis psicossociais preditoras do crescimento pós-traumático destes homens.

Em suma, a percepção de ameaça, ambivalência e incerteza associada ao diagnóstico e tratamentos da doença oncológica determinam um maior ou menor envolvimento individual no confronto com a situação traumática. Contudo, é com o desenvolvimento do crescimento pós-traumático que o sujeito integra a experiência negativa e promove capacidades para absorver as experiências positivas também promovidas pela vivência pessoal, familiar e social da própria doença.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bellizzi, K.M., & Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*(1), 47-56.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues, 34*(2), 357-371.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry, 15*(1), 93-102.

- Cordova, M.J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and post-traumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 308-319.
- Linley, P.A., Joseph, S., & Goodfellow, B. (2008). Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 877-891.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic Growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos A., & Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British Journal of Health Psychology*, 13, 633-646.
- Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative elaboration. *Psychological Inquiry*, 15, 53-59.
- Nolen-Hocksema, S., & Davis, C.G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 60-64.
- Park, C.L., Cohen, L.H., & Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105.
- Sumalla, E.C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or ilusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G., & Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 396-406.
- Thornton, A.A. (2002). Perceived benefits in the cancer experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 153-165.
- Tomich, P.L., Helgeson, V.S., & Vache, E.J.N. (2005). Perceived growth and decline following breast cancer: A comparison to age-matched controls 5 years later. *Psycho-Oncology*, 14, 1018-1029.

- Turner, S., & Cox, H. (2004). Facilitating post traumatic growth. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 34-43.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(2), 2002, 65-80.
- Weiss, T. (2004a). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 260-268.
- Weiss, T. (2004b). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733-746.

SEXUALIDADE E IMAGEM CORPORAL EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS: UM ESTUDO QUALITATIVO

Ana Costa¹ / Ivone Patrão^{1,2}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²ACES Odiveelas, Coordenadora URAP

Os dados, ao longo dos anos, têm vindo a indicar um aumento do número de novos casos diagnosticados com cancro da mama, e um decréscimo no número de óbitos pela mesma patologia e, por conseguinte, um aumento no número de sobreviventes (American Cancer Society, 2007; Direcção Geral de Saúde, 2002).

O diagnóstico e o tratamento do cancro da mama podem ser fontes de grande *stress*, pois muitas vezes o prognóstico é incerto e os tratamentos são dolorosos, chegando mesmo a provocar mutilações ou cicatrizes físicas e psicológicas irreversíveis. O tratamento do cancro pode resultar em grandes alterações da imagem corporal devido à perda de uma parte do corpo, pelo desfiguramento e pela cicatriz (Hopwood, 2001).

Para a mulher, a mama é um símbolo da sexualidade e feminilidade. Uma ameaça a este órgão leva a uma perda de auto-estima trazendo sentimentos de inferioridade e rejeição. A mastectomia acarreta grandes perdas narcísicas, que afectam o relacionamento sexual e levam a alterações significativas na relação emocional devido à diminuição da auto-estima (Etapé, 2002). Segundo Lopez, Polaino, Arranz, Granda, e Calero (1991) existe uma estreita relação entre as mudanças na sexualidade e a dificuldade em aceitar a nova imagem corporal resultante da mastectomia. Etapé (2002) afirma que a diminuição da auto-estima na mulher mastectomizada influencia a sua auto-imagem, afectando a sua sexualidade. De igual modo, Sheppard e Ely (2008) referem que a mastectomia, pelos distúrbios que causa na imagem corporal, oblitera as relações sexuais por um período de tempo significativo. Há uma interrupção na vida sexual que se traduz em menos desejo, menos excitação, ausência de orgasmo e menos satisfação sexual. Anderson e Golden-Kreutz (2000) afirmam que a frequência das relações sexuais diminui significativamente após os primeiros tempos de tratamento e que se mantém dessa forma durante o primeiro ano de recuperação. Contudo, Shover (1991) afirma que só uma minoria das pacientes com cancro da mama apresenta disfunções sexuais. Ressalva, no entanto, que as mulheres que apresentam problemas sexuais são aquelas que já os tinham antes de lhes ser diagnosticado o cancro ou as que dão maior importância à sua aparência.

Embora a temática da sexualidade seja pertinente, poucos estudos têm sido realizados em Portugal. Por outro lado, a existência de estudos contraditórios traduz a necessidade de se investigar esses aspectos. Neste sentido, o objectivo deste trabalho foi estudar a satisfação ao nível da sexualidade e da imagem corporal em mulheres mastectomizadas há mais de um ano.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 30 mulheres mastectomizadas, que realizaram a cirurgia há mais de um ano, com idades compreendidas entre os 34 e os 62 anos, com companheiro e que referem estar activas sexualmente.

Material

Os instrumentos utilizados foram os seguintes: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Costa & Patrão, 2008) e um Guião de Entrevista (Costa & Patrão, 2008).

Procedimento

A amostra foi recolhida no Movimento Vencer e Viver e as entrevistas seguiram um guião pré-estabelecido (Costa & Patrão, 2008). Para analisar as mesmas optou-se pela análise de conteúdo (Bardin, 2004). Após a leitura dos relatos, procedeu-se à codificação das perguntas sobre a imagem corporal e a sexualidade. De seguida, efectuou-se a respectiva categorização que consistiu em agrupar as unidades de registo (frases) por temáticas, nomeando-as posteriormente.

RESULTADOS

A análise das variáveis secundárias é feita mediante as frequências e as percentagens obtidas em cada um dos sub-grupos das variáveis (Quadro 1 e 2). No que respeita à idade das participantes, a maioria da mesma encontra-se

no intervalo dos 51 aos 55 anos (26,6%). O nível de escolaridade predominante é o ensino secundário (33,3%) e a maioria não se encontrava a trabalhar (53,3%).

Quadro 1

Análise descritiva das variáveis sócio-demográficas

| Variáveis | N | % |
|-------------------------|----|------|
| Idade | | |
| <35 | 1 | 3,3 |
| 35-39 | 4 | 13,3 |
| 40-45 | 3 | 10 |
| 46-50 | 5 | 16,7 |
| 51-55 | 8 | 26,6 |
| 56-60 | 5 | 16,7 |
| >60 | 4 | 13,3 |
| Habilitações literárias | | |
| 1º Ciclo | 8 | 26,7 |
| 3º Ciclo | 6 | 20 |
| Ensino secundário | 10 | 33,3 |
| Ensino superior | 6 | 20 |
| Situação profissional | | |
| Activo | 14 | 46,7 |
| Não activo | 16 | 53,3 |

Quadro 2

Análise descritiva das variáveis clínicas

| Variáveis | N | % |
|---|----|------|
| Tempo decorrido após a mastectomia | | |
| 1-6 | 18 | 60 |
| 7-12 | 8 | 26,7 |
| 13-18 | 4 | 13,3 |
| Realização actual de tratamentos | | |
| Sim | 9 | 30 |
| Não | 21 | 70 |
| Classificação da relação sexual pré-mastectomia | | |
| Nada satisfatório | 2 | 6,7 |
| Pouco satisfatório | 2 | 6,7 |
| Satisfatório | 17 | 56,7 |
| Muito satisfatório | 9 | 30 |
| Importância da imagem corporal pré-mastectomia | | |
| Nenhuma importância | 1 | 3,3 |
| Pouca importância | 1 | 3,3 |
| Alguma importância | 17 | 56,7 |
| Muita importância | 11 | 36,7 |

A maioria das participantes realizou a mastectomia entre 1 a 6 anos atrás (60%). Relativamente à realização actual de tratamentos verificou-se que a maior parte das participantes não se encontrava a fazer nenhum tipo de tratamento (70%). Quanto à classificação da relação sexual antes da cirurgia constatou-se que a maioria das participantes classificou a sua relação sexual como “Satisfatória” (56,7%). Por último, no que diz respeito à importância dada à imagem corporal antes da cirurgia, a maioria das participantes atribuía “Alguma Importância” à mesma (56,7%).

Análise de conteúdo – Imagem corporal e sexualidade

Apresenta-se de seguida as categorias encontradas e a respectiva descrição (Quadro 3 e 4).

Quadro 3

Análise categorial da imagem corporal

| Categorias | Número por resposta | % | N por resposta | % |
|--|---------------------|------|----------------|------|
| Reacção negativa à mastectomia | 23 | 14,2 | 19 | 63,3 |
| Reacção positiva à mastectomia | 14 | 8,6 | 12 | 40 |
| Relação negativa com o eEspelho | 25 | 15,4 | 22 | 73,3 |
| Relação negativa com o corpo | 22 | 13,6 | 19 | 63,3 |
| Percepção alterada de si própria | 21 | 13 | 15 | 50 |
| Estratégias de compensação da perda | 18 | 11,1 | 16 | 53,3 |
| Importância positiva da reconstrução mamária | 10 | 6,2 | 10 | 33,3 |
| Importância negativa da reconstrução mamária | 5 | 3,1 | 5 | 17,7 |
| Tempo de adaptação | 13 | 8 | 13 | 43,3 |
| Olhar do outro | 7 | 4,3 | 7 | 23,3 |
| Limitações estéticas | 3 | 1,9 | 3 | 10 |
| Limitações físicas | 1 | 0,62 | 1 | 3 |
| Total | 162 | 100 | | |

Como se observa no Quadro 3, a grande maioria das mulheres desta amostra (63,3%) refere ter sentido um choque emocional quando foi submetida à mastectomia (Reacção negativa à mastectomia). Contudo, algumas delas (40%) relatam que perder uma mama não foi significativo perante a possibilidade de vir a morrer (Reacção positiva à mastectomia). Muitas das participantes afirmam que olhar para o espelho acarreta grande sofrimento, evitando assim, o contacto com o mesmo (Relação negativa com o espelho). Para algumas destas mulheres, o facto de observarem o corpo em que falta uma das mamas provocou sentimentos de estranheza, descontentamento e muito sofrimento (Relação negativa com corpo). Os

relatos de metade das entrevistas apontam para grandes mudanças na forma como estas mulheres se sentem em relação a si próprias (Percepção alterada de si própria). Referem ter perdido a identidade e feminilidade. Todavia, a reconstrução mamária foi apontada por 33,3% das mulheres como uma possibilidade de recuperarem a sua feminilidade, sensualidade e auto-estima (Importância positiva da reconstrução mamária). Não obstante, outras participantes (17,3%) recusam a ideia da reconstrução por esta implicar mais cirurgias (Importância negativa da reconstrução mamária). Para minimizar o sofrimento provocado pela mastectomia, algumas participantes (53,3%) afirmam ter arranjado estratégias para lidar com este facto, nomeadamente, recomeçar a trabalhar e usar sempre *soutien* para não encarar o corpo. Estes factos são descritos na categoria Estratégias de compensação da perda.

A noção do tempo necessário até a nova imagem corporal ser assimilada é descrita na categoria Tempo de adaptação em que algumas mulheres (43,3%) referem que os dois primeiros anos são os de maior sofrimento. Na categoria Olhar do outro as participantes relatam a forma como encararam o olhar das outras pessoas, podendo observar-se que interiorizam o estigma da doença. Por último, as categorias Limitações estéticas e Limitações físicas dão conta das dificuldades consequentes da mastectomia sentidas pelas participantes, sendo que, a primeira prende-se com as roupas decotadas e a segunda centra-se nas limitações que um possível linfedema pode acarretar.

Quadro 4

Análise categorial da sexualidade

| Categorias | Número de respostas | % | N por resposta | % |
|---|---------------------|------|----------------|------|
| Mudanças no comportamento sexual | 38 | 36,5 | 22 | 73 |
| Reacção positiva do companheiro | 16 | 15,4 | 16 | 53,3 |
| Reacção negativa do companheiro | 9 | 8,7 | 7 | 23,3 |
| Influência negativa da imagem corporal na sexualidade | 15 | 14,4 | 14 | 46,7 |
| Estratégias | 9 | 8,7 | 9 | 30 |
| Tempo de adaptação | 5 | 4,8 | 5 | 17 |
| Acontecimentos negativos prévios | 5 | 4,8 | 5 | 17 |
| Efeitos positivos da mastectomia no casal | 5 | 4,8 | 5 | 17 |
| Total | 104 | 10 | | |

Pela análise do Quadro 4, a grande maioria da amostra (73%) refere alterações na sua sexualidade após a mastectomia. Estas alterações são

descritas na categoria Mudanças no comportamento sexual e passam, essencialmente, pela diminuição do desejo. No entanto, a maioria das mulheres (53,3%) refere que os companheiros estiveram muito presentes, constituindo um bom suporte (Reacção positiva do companheiro). Havendo, contudo, 23,3% da amostra que refere uma Reacção negativa do companheiro que se traduz em rejeição e evitamento.

A mastectomia causa sofrimento devido às dificuldades em assimilar a nova imagem corporal repercutindo-se na sexualidade, facto descrito por 46,7% da amostra que verificou uma Influência negativa da imagem corporal na sexualidade. Para minimizar o desconforto e a inibição durante a actividade sexual algumas mulheres (30%) referem arranjar formas de ocultar a mama mutilada (Estratégias de minimização do desconforto).

A noção do tempo em que a sexualidade permanece alterada foi relatada na categoria Tempo de adaptação em que os 2/ 3 primeiros anos são descritos como difíceis. Acontecimentos negativos prévios à mastectomia foram descritos como influenciadores de aspectos negativos ao nível da sexualidade. É o caso da perda de um filho, da menopausa, de problemas conjugais que com a doença se agravaram, levando mesmo à ruptura do casamento. Contudo, 17% da amostra relata Efeitos positivos da mastectomia no casal, sendo que a qualidade do relacionamento conjugal anterior à cirurgia tem um peso importante para que este facto se verifique.

DISCUSSÃO

Segundo os resultados obtidos, a maioria das participantes apresenta problemas ao nível da valorização da sua aparência e alterações a nível sexual após a mastectomia. No que concerne à imagem corporal, os resultados vão ao encontro dos estudos realizados sobre o impacto da mastectomia na imagem corporal das mulheres (Hopwood, 1993; Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2002; Sheppard & Ely, 2008). Diz Hopwood (1993) que a mastectomia constitui uma ameaça à integridade corporal e à satisfação da paciente com o seu corpo pelas grandes alterações que provoca na imagem corporal. A análise do discurso das participantes na maioria das categorias encontradas vem corroborar os estudos desta autora. É patente nos seus relatos o sofrimento que a mastectomia lhes trouxe (Reacção negativa à mastectomia) e a insatisfação com o corpo (Reacção negativa com o corpo, Reacção negativa com o espelho e Percepção alterada de si).

Analisando a categoria Mudanças no comportamento sexual é possível verificar que, segundo as participantes, há uma quebra na sexualidade após a mastectomia. Afirmam existir uma diminuição do desejo, menos disponibilidade, inibição sexual, menos espontaneidade. Preferindo, assim, a dimensão afectiva da sexualidade. Estes resultados inserem-se nos estudos que indicam que a dimensão sexual é um dos aspectos que sofre sempre com o impacto da doença (Crawford & Cardoso, 2000).

Parece, assim, existir uma forte relação entre as mudanças na sexualidade e a rejeição da nova imagem corporal resultante da mastectomia, tal como afirma López et al. (1991) e é corroborado pela categoria Influência negativa da imagem corporal na sexualidade. A mulher mastectomizada sente-se diferente e com vergonha de permanecer assim diante do seu parceiro. Sofre um “golpe” na sua imagem corporal. O “golpe” é maior quanto maior for o investimento na aparência/imagem corporal (Craver et al., 1998). As mulheres valorizam as mamas como indicadores da sua feminilidade e sexualidade e sentem que a sua identidade sexual foi afectada pelo tratamento do cancro da mama. A perda de uma mama pode ser difícil para uma mulher de qualquer idade e para o seu parceiro (Ogden, 2004).

Intervir junto destas mulheres é essencial. Não só para ajudá-las a aceitar a cicatriz e aprender a lidar com a nova imagem corporal, mas também para desenvolver estratégias de *coping*, de forma a enfrentar a perda corporal e enfrentar as dificuldades no relacionamento sexual. A intervenção psicológica é também fundamental nesta área, que, por vezes, é um tema que causa embaraço a muitas mulheres, donde, é importante informar a doente das dificuldades sexuais que podem surgir, o que indica a importância da compreensão de dificuldades antes da cirurgia e do acompanhamento pós-cirurgia.

A intervenção precoce pode ser a chave para minimizar o sofrimento e a dor de muitas destas mulheres, por isso, identificar quem são as pacientes com cancro da mama que estão em risco moderado ou elevado de vir a sofrer de disfunções sexuais e de perturbações da imagem corporal será uma prioridade. É necessário reafirmar a sexualidade destas mulheres e para isso o parceiro não deve ser excluído. Juntos devem fazer novas aprendizagens, que esta nova condição pressupõe, tem que haver um reajustar a novos papéis. E assim, é necessário ouvir o casal e fomentar a comunicação entre ambos.

Este estudo alerta, de facto, para esta problemática e para a importância da intervenção, reforçando a necessidade desta área continuar a ser objecto de estudo.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society. (2007). *Cancer facts and figures 2007*. Atlanta, GA: ACS.
- Andersen, L.B., & Golden-kreutz, D. (2000). Sexual self-concept for women with cancer. In L. Blaidner, C.L. Cooper, & A. Kaplan De-Nour (Eds.), *Cancer and family* (2nd ed., pp.311-334). England: John Wiley & Sons.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Craver, C., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Harris, S., Derhagopian, R., Robinson, D., & Moffat, F. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage of breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 168-174.
- Crawford, M., & Cardoso, J. (2000). A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação que intervenção? In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.
- Dias, M.R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro da mama no “seio” da família. In M.R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (1ª ed., pp. 303-320). Lisboa: Climepsi.
- Direcção Geral da Saúde. (2002). *Rede de referência hospitalar de oncologia*. Lisboa: DGS.
- Estapé, T. (2002). Disfunciones sexuales en pacientes de cancer. In M.R. Dias & E. Dura (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 235-263). Lisboa: Climepsi.
- Hopwood, P. (1993). The assement of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29A(2), 276-281.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189-197.
- Lopez, M.D., Polaino, A., Arranz, P., Granada, M.J., & Calero, F. (1991). La sexualidad en enfermas mastectomizadas. *Clinica y Salud*, 2(3), 271-278.
- Ogden, J. (2004). *Comprender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi.
- Schover, L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA- A Cancer Journal for Clinicians*, 41(2), 112-120.
- Sheppard, L., & Ely, S. (2008). Breast cancer and sexuality. *The Breast Journal*, 14(2), 176-181.

PROGRAMA MENTE CORPO PARA A INFERTILIDADE:
VERSÃO PORTUGUESA

Ana Galhardo / Marina Cunha / José Pinto Gouveia

Instituto Superior Miguel Torga / Centro de Investigação do Núcleo de
Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental,
FPCE, Universidade de Coimbra

A infertilidade pode ser definida como, a incapacidade de um casal conceber ou levar a bom termo uma gravidez, depois de pelo menos um ano de relacionamento sexual regular sem qualquer protecção (Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), trata-se de um problema que afecta aproximadamente 10% a 15% da população mundial. A mesma Organização refere, em 2003, que a prevalência nos diferentes países é variável, chegando a atingir os 25%, estimando-se, na globalidade, que aproximadamente um em cada dez casais apresente infertilidade primária (incapacidade fisiológica de uma primeira gravidez) ou secundária (incapacidade fisiológica de uma segunda ou mais gravidezes).

No nosso país, a inexistência de dados epidemiológicos leva a que se considere que a proporção de casos seja semelhante à dos outros países. Assim sendo, caso se confirmem estas estimativas, haverá em Portugal cerca de 500 mil casais inférteis.

O final do século XX assistiu a mudanças de relevo ao nível da saúde reprodutiva, sendo de destacar a possibilidade do sexo não se associar à procriação e a possibilidade de existência de procriação sem sexo. Para além disso, coloca-se a hipótese de que, nestes últimos anos, o problema da infertilidade tenha vindo a crescer apesar de não serem ainda completamente conhecidas as razões para tal facto. Uma das explicações possíveis, prende-se com a idade cada vez mais tardia para o primeiro filho (em virtude de uma maior valorização e competitividade a nível profissional e a uma maior procura de estabilidade emocional no casamento), uma vez que a qualidade dos gametas poderá dificultar a concepção. De referir ainda que, quanto mais tarde for diagnosticada a infertilidade na mulher, mais difícil é o seu tratamento. Em Portugal sabe-se que mulheres e homens casam cada vez mais tarde, aos 26,1 e 27,8 anos respectivamente e que a idade média da mulher aquando do nascimento do primeiro filho se situa nos 26,8 anos (Moutinho, 2003).

Os avanços tecnológicos ao nível da procriação medicamente assistida têm constituído uma esperança significativa para os casais inférteis. No entanto, a medicalização da infertilidade conduziu a uma desvalorização das respostas emocionais que os casais experienciam, as quais incluem stresse, perda de controlo, estigmatização e disrupção na trajectória desenvolvimental da idade adulta. Greil (1997 cit. in Cousineau & Domar, 2007), ao rever os estudos sobre as consequências psicológicas da infertilidade, refere que a maioria destes estudos mostra que os casais com infertilidade, quando comparados com controlos normais, apresentam diferenças moderadas em índices relacionados com a sensibilidade interpessoal e a depressão.

A infertilidade constitui, sem dúvida, um momento de crise e um acontecimento desencadeador de stresse psicológico (Brovich & Fisher, 1998; Burns & Covington, 1999, cit. in Wishmann, Stammer, Scherg, & Verres, 2001; Leiblum & Greenfield, 1997). As suas consequências manifestam-se a variados níveis, sendo de realçar o sofrimento pessoal que habitualmente acarreta e as repercussões sociais.

De acrescentar que os níveis de ansiedade e depressão evidenciados por mulheres inférteis podem ser equivalentes aos encontrados em mulheres com doença cardíaca, cancro e seropositivas para o VIH (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993).

Com efeito, considerando que a infertilidade e respectivo tratamento constituem uma condição indutora de stresse (produzindo tensão psicológica e/ou activação fisiológica), Cousineau e Domar (2007) referem que a esta se associam, claramente, sofrimento e/ou ansiedade, os quais poderão exercer influência nos resultados do tratamento médico, podendo também contribuir para a tomada de decisão dos doentes para continuarem ou não o referido tratamento (as dificuldades em tolerar o sofrimento, quer físico, quer psicológico, conduzem, muitas vezes, à desistência do tratamento médico).

Verifica-se pois que a procura tratamento médico implica, para a maioria dos casais, a necessidade de efectuar alterações no seu estilo de vida, o que remete para a necessidade de ser disponibilizado um acompanhamento psicológico ao longo de todo o processo de intervenção. O acompanhamento psicológico tem como principal finalidade assegurar que os doentes compreendem as implicações do tratamento escolhido, recebem suporte emocional e conseguem lidar, de forma saudável, com as consequências da experiência de infertilidade (Boivin, Appleton, Baetens, Baron, Bitzer, Corrigan, Daniels, Darwish, Guerra-Diaz, Hammar, McWhinnie, Strauss, Thorn, Wischmann, & Kentenich, 2001).

De entre as diversas abordagens em termos de intervenção psicológica, salienta-se, num contexto da medicina mente-corpo, o Programa Mente Corpo para a Infertilidade

O PROGRAMA MENTE CORPO PARA A INFERTILIDADE

O Programa Mente-Corpo para a Infertilidade tem a sua raiz no Programa Básico Mente-Corpo (PBMC; Borysenko, 1987, cit. in Domar, Seibel, & Benson, 1990), de 10 sessões, do New England Deaconess Hospital em colaboração com a Divisão de Endocrinologia Reprodutiva e Infertilidade do Beth Israel Hospital. O PMCI manteve o formato do PBMC, tendo sido introduzidas algumas modificações relacionadas com as especificidades da condição de infertilidade.

Trata-se pois de um tipo de intervenção psicossocial estruturada em grupo, sendo que este não excede, em número de participantes as quinze mulheres. Por sua vez os maridos ou companheiros são convidados a estar presentes em três das dez sessões, uma das quais dura um Sábado ou Domingo.

Cada uma das sessões segue a mesma agenda: um exercício de relaxamento, discussão da prática do relaxamento em casa, uma introdução e abordagem do tema previsto para essa sessão, exercícios realizados em grupo e, antes de terminar, um mini exercício de relaxamento. Os principais tópicos abordados ao longo das dez sessões são os seguintes: (1) introdução à fisiologia do stresse, ao relaxamento e à relação entre o stresse e o sistema reprodutivo; (2) respiração diafragmática e mini exercícios de relaxamento; (3) auto-cuidado e estilo de vida; (4) *mindfulness*; (5) Hatha Yoga e exercício físico; (6) reestruturação cognitiva II; (7) reestruturação cognitiva II; (8) expressão emocional; (9) sessão ao longo de um Sábado ou Domingo; e (10) revisão e informação de seguimento.

O PMCI pretende proporcionar a aprendizagem de várias técnicas de relaxamento, competências de *mindfulness*, competências de gestão do stresse e obtenção de suporte social por parte de outras pessoas que partilhem a condição de infertilidade e, como tal, possam apresentar uma compreensibilidade do problema através da experiência. Para além deste tipo de aspectos, o PMCI aborda também estratégias para a identificação e alteração de hábitos que possam ter um impacto negativo na fertilidade. Uma outra vertente explorada pelo PMCI é a da reestruturação cognitiva, a qual se destina a identificar e a reformular padrões de pensamento

disfuncionais. Por último, há ainda a referir a exploração de competências de auto-cuidado emocional, com vista a alterar aspectos da vida quotidiana e a incluir o mais possível momentos gratificantes.

Este programa de intervenção não só se revelou eficaz no tratamento dos aspectos emocionais associados à infertilidade, mas obteve também resultados favoráveis no que toca ao aumento das taxas de concepção (Domar, Clapp, Slawsky, Dusek, Kessel, & Freizinger, 2000). Apesar de poder ser implementado com vários formatos, a grande maioria deles inclui o elemento masculino do casal, apresenta um conjunto de sessões que pode variar entre cinco e dez e é dirigido por um profissional de saúde mental treinado para o efeito. Os casais que têm realizado este programa reportam uma diminuição significativa de sintomas físicos como a insónia, cefaleias e perturbação gastrointestinal, bem como um decréscimo de sintomas de ordem psicológica como ansiedade, depressão e irritabilidade. Sendo ainda de realçar que 45% das doentes que realizaram o programa conceberam num período de seis meses, comparativamente com 20% de mulheres do grupo de controlo (Domar & Kelly, 2002).

VERSÃO PORTUGUESA DO PMCI

Em Portugal, a intervenção de carácter psicológico na infertilidade não tem sido uma área particularmente desenvolvida, havendo uma escassez significativa de programas de intervenção estruturados e testados no que respeita à sua eficácia. Esta lacuna, conjuntamente com o interesse científico no tema, fez com que considerássemos pertinente, e até mesmo urgente, encontrar forma de dar resposta a esta necessidade.

Como tal, foi levado a cabo um extenso trabalho de pesquisa de modo a identificar programas específicos já estudados em outros países e respectivos resultados em termos de eficácia. Neste contexto, verificou-se que têm vindo a ser desenvolvidas diversas intervenções de natureza psicossocial dirigidas a casais inférteis (Boivin, 2003). O mesmo autor refere que estas apresentam variações que vão desde o fornecimento de informação (Daniluk, 1988; Takefman, 1990), intervenções focadas na emoção e no problema (McQueeney et al., 1977), intervenções com grupos de apoio (Ferber, 1995), aconselhamento psicológico e sexual (Sarrel & DeCherney, 1985), terapia de casal (Diamond et al., 1999;

Stammer et al., 2002), terapia cognitivo-comportamental (Tuschen-Caffier et al., 1999) e terapia mente-corpo (Domar et al., 1992).

A selecção do Programa Mente Corpo para a Infertilidade relacionou-se com diversos aspectos. Tratava-se de um tipo de intervenção com base numa abordagem cognitivo-comportamental, mas que integrava também elementos das terapias cognitivas de terceira geração, como o mindfulness e a aceitação, sendo que o seu formato grupal incluía ainda a componente reconhecidamente importante do apoio social. Para além disso, a existência de dados empíricos relativos à sua eficácia, publicados em revistas científicas de referência, bem como a possibilidade de a primeira autora realizar formação profissional específica no PMCI no Domar Center do Boston IVF, com a própria Alice Domar e restantes elementos da sua equipa, fizeram com que a escolha recaísse, de facto, sobre o PMCI. Após a realização do referido treino profissional, e tendo sido recolhida a autorização para a sua tradução e adaptação para língua portuguesa, o passo seguinte consistiu exactamente na sua tradução. Esta tarefa contou com a colaboração de uma nativa da língua inglesa com domínio da língua portuguesa, o que possibilitou um maior rigor na tradução, quer do Manual para a Terapeuta, quer do Manual para a Participante, bem como dos exercícios gravados em formato áudio de modo a permitir o treino das participantes entre as sessões.

De seguida, procedeu-se a uma cuidadosa análise dos procedimentos e conteúdos associados a cada uma das sessões, tendo sido identificados elementos que, em nosso entender, deveriam ser sujeitos a adaptação cultural. Assim, foram apresentadas propostas de alteração destes mesmos aspectos à autora do PMCI original, que as considerou adequadas, tendo autorizado a sua introdução na versão portuguesa.

Estas alterações consistiram em:

- Aumentar a bateria de instrumentos de auto-resposta de modo a obter um maior número de dados que facilitem o processo de avaliação da eficácia do PMCI (note-se que na versão americana apenas é utilizado o Inventário Depressivo de Beck);
- Manter um funcionamento por pares, não com base num critério de proveniência geográfica, mas sim na escolha dos pares através da realização de um pequeno exercício de dinâmica de grupos na primeira sessão;
- Eliminar a tarefa, atribuída aos pares, de ficarem responsáveis por trazer, à vez, para cada uma das sessões um pequeno lanche, considerando que em Portugal tal poderia originar resistência à participação nos grupos, com base nas eventuais dúvidas das participantes sobre

que alimentos trazer, se estes seriam ou não do agrado dos outros elementos, se seriam socialmente avaliadas pelas suas escolhas. Assim, a terapeuta passou a assumir esta tarefa;

- Eliminar o fornecimento de informação acerca de suplementos alimentares/vitamínicos, deixando a eventual abordagem destes aspectos para as equipas médicas que acompanham os casais;
- Substituir vários exercícios de relaxamento (sobretudo de relaxamento em imaginação) pela prática de *Mindfulness* (já preconizada pelo programa, mas claramente intensificada na versão portuguesa);
- Introduzir, em todas as sessões à excepção da primeira e da última, a abordagem da prática de *Mindfulness*, quer em termos de prática formal, quer de prática informal e incentivá-la entre as sessões;
- Substituir vários mini-exercícios de relaxamento (usados para finalizar cada sessão) pela prática de *mindfulness*, mais especificamente o “Espaço dos Três Minutos da Respiração”;
- Administração da bateria de instrumentos de auto-resposta no final do programa e seis meses após a sua conclusão.

Após a conclusão desta tarefa de adaptação, procedeu-se ao recrutamento de casais com infertilidade interessados em participar, com a colaboração da Associação Portuguesa de Fertilidade. Assim, decorreram já duas edições, com dois grupos em Lisboa (entre Maio e Julho de 2009) e estando ainda a decorrer a sua implementação em dois grupos no Porto, totalizando 46 casais participantes e estando prevista a constituição de mais um grupo em Coimbra.

CONCLUSÃO

Consideramos, pois, que a infertilidade é um assunto de incontornável interesse científico, não apenas no que respeita aos aspectos médicos a ela associados, mas também em termos psicológicos e sociais. Neste sentido, o estudo de dimensões psicológicas poderá funcionar como um importante contributo para um maior conhecimento deste tema, de modo a poder construir e desenvolver intervenções psicossociais que abordem as especificidades deste fenómeno.

O facto de em Portugal não existir, do nosso conhecimento, uma intervenção estruturada para o acompanhamento psicossocial destes casais fez

com que considerássemos pertinente o estudo exploratório de desenvolvimento e implementação de um protocolo de intervenção grupal, baseado no Programa Mente Corpo para a Infertilidade, destinado a casais, com vista à redução dos níveis de ansiedade e stresse experienciados, à melhoria da comunicação conjugal, à promoção do bem-estar, à aceitação, e ao desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com o seu problema de infertilidade.

No geral poder-se-á considerar que as intervenções psicológicas levadas a cabo com o propósito de reduzir os níveis de perturbação associada à infertilidade trazem benefícios para os sujeitos. O estudo de revisão realizado por Boivin (2003) sugere que as intervenções psicossociais podem reduzir os afectos negativos, sobretudo os que se associam particularmente com a infertilidade, reforçando a ideia que um formato grupal no qual sejam realçados a educação e o treino de competências, foi o que se revelou mais eficaz na produção de mudanças positivas, inclusivamente ao nível do funcionamento do sistema imunitário.

Em síntese, as características do PMCI, mais especificamente a abordagem de competências de mindfulness e de aceitação, e a experiência da sua implementação em Portugal levam a que este possa ser considerado como um tipo de intervenção promissora para esta população, aguardando-se a obtenção de dados em amostras maiores e ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

- Boivin, J. (2003). A review of psychological interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.
- Boivin, J., Appleton, T.C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., Daniels, K.R., Darwish, J., Guerra-Diaz, D., Hammar, M., McWhinnie, A., Strauss, B., Thorn, P., Wischmann, T., & Kertenich, H. (2001). Guidelines for counseling in infertility: Outline version. *Human Reproduction*, 16, 1301-1304.
- Cousineau, T.M., & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21, 293-308.
- Domar, A.D., & Kelly, A.L. (2002). *Conquering infertility*. London: Penguin Books.

- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsky, E.A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73, 805-811.
- Domar, A., Zuttermeister, P., & Friedman, R. (1993) The Psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 14, 45-52.
- Domar, A.D., Seibel, M.M., & Benson, H. (1990). The Mind/Body Program for Infertility: A new behavioural treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 53, 246-249.
- Moutinho, S. (2003). *Tudo por um filho: Viagem ao mundo da infertilidade em Portugal*.
- Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2007). Recuperado em 2007, Julho 31, de <http://www.spmr.pt/faq.aspx>.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychological characteristics of infertile couples: A study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, 16, 1753-1761.
- World Health Organization. (2003). *Progress report in reproductive health research*. No 63. Geneva, Switzerland.

PORQUE SÃO ELAS QUE PROCURAM
A CONSULTA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE?

*Ana Melo¹ / Célia Lavaredas² / Anabela Pereira³ / Mariana Marques⁴ /
Jorge Martins⁵ / Mariana Coelho⁵*

¹GAP-SAS, Universidade de Coimbra; ²Serviços Médico-Universitários dos SAS, Universidade de Coimbra; ³Universidade de Aveiro / GAP-SAS, Universidade de Coimbra; ⁴GAP-SAS / Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; ⁵GAP-SAS / FPCE, Universidade de Coimbra

O presente estudo tem como objectivo o estudo comparativo por género sobre as causas e os quadros diagnóstico que levam os estudantes a recorrer às consultas de psicologia clínica e da saúde dos Serviços Médico-Universitários dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra.

Recorrem a este serviço sobretudo estudantes universitários que se debatem com um conjunto de problemas relacionados com o processo de transição para o ensino superior. Numerosos estudos de Cutrona, Fisher e Hood, nos anos oitenta demonstraram que o processo de adaptação e integração ao contexto académico poderá revelar-se particularmente difícil resultando muitas vezes em elevados níveis de insucesso escolar e no desenvolvimento de problemas com repercussões no desenvolvimento do indivíduo bem como ao nível da psicopatologia (Bayram, & Bilgel, 2008; Pereira et al., 2006)

É óbvio que o estado da saúde mental dos estudantes do ensino superior influencia directamente o sucesso dos indivíduos, com naturais repercussões na qualidade do processo de ensino e aprendizagem das instituições. Dos vários factores associados à vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia, encontram-se, além das predisposições genéticas, as características pessoais, como a idade ou o género (Benton, Robertson, Tseng, Newton, & Benton, 2003; Craske, 2003).

A prevalência da psicopatologia tem demonstrado que as mulheres, tendencialmente, apresentam mais sintomas de ansiedade ou depressão, enquanto nos homens, a tendência é mais direccionada para problemáticas relacionadas com drogas e álcool. Tais tendências são reconhecidas em estudos nacionais e internacionais (Bayram & Bilgel, 2008; Melo, 2006; Pereira, 2005, 2009). Além disso em Portugal, tem aumentado a procura de consultas de psicologia por parte dos estudantes do ensino superior, sendo notório o aumento da identificação de psicopatologias neste

contexto, designadamente a depressão, a ansiedade, distúrbios alimentares e abuso de substâncias aditivas (Pereira et al., 2006).

Conscientes do aumento das psicopatologias bem como das dificuldades de adaptação dos estudantes, os Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra criaram em 1999 o Gabinete de Apoio Psicopedagógico, que procura intervir a nível da promoção do sucesso escolar, apoiando os alunos na vertente social, psicológica e na promoção de estilos de vida saudáveis. A consulta de psicologia constituiu uma das áreas de intervenção do Gabinete de Aconselhamento Psicopedagógico (GAP-SASUC) e tem como objectivo prestar apoio personalizado através da avaliação e intervenção em casos de perturbação emocional e comportamental. O presente trabalho visa assim analisar quais as causas que levam os estudantes a procurar as consultas de psicologia.

MÉTODO

Participantes

Durante o ano lectivo de 2008/2009, foram atendidos cerca de 157 utentes, tendo sido realizadas 575 consultas. A maioria dos utentes que recorreram ao serviço durante este ano lectivo, pertenciam ao sexo feminino (68,2%), e (31,8%) ao sexo masculino com uma média de idades a rondar os 23 anos ($M=23,2$; $DP=4,8$).

Procedimentos

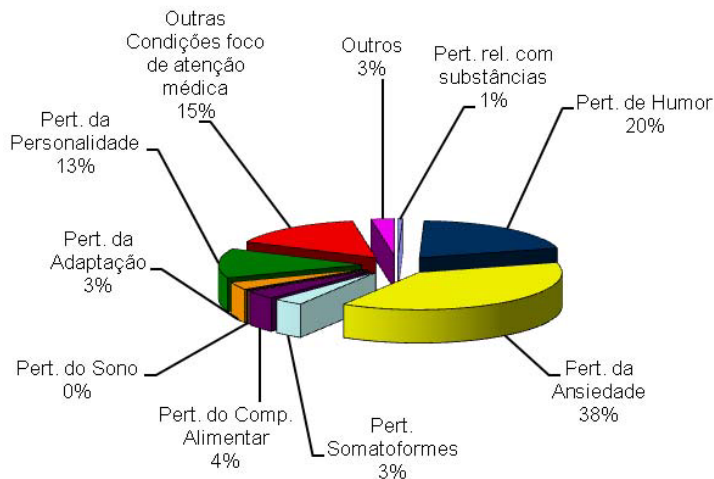
A consulta de psicologia realiza-se nos Serviços Médicos dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra, espaço de atendimento a todos os estudantes universitários, funcionários da universidade e seus familiares, bem como na sede dos Serviços de Acção Social, local em que são acompanhados preferencialmente estudantes bolseiros e residentes dos SASUC.

A maioria dos alunos recorreu à consulta por iniciativa própria sendo igualmente frequente o encaminhamento pela assistente social ou através de outros técnicos de saúde nomeadamente do médico de clínica geral e do psiquiatra.

O modelo terapêutico utilizado na grande maioria dos casos é o cognitivo-comportamental, sendo no entanto utilizadas técnicas de outras abordagens terapêuticas, nomeadamente o treino de aptidões sociais, técnicas de relaxamento e treino de inoculação de stresse.

Na análise dos dados foi considerado o diagnóstico segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* publicado pela *American Psychiatric Association* (DSM-IV, APA), bem como a análise de conteúdo, realizada sobre os processos clínicos individuais dos pacientes.

RESULTADOS



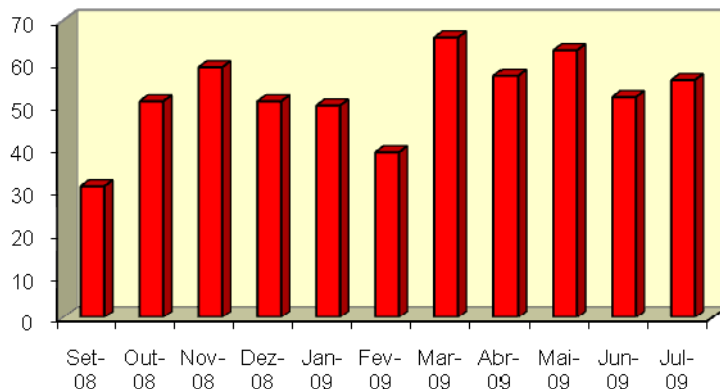
Na avaliação dos dados recolhidos foi possível observar que a maioria dos estudantes apresenta como motivo para a procura da consulta problemas de desenvolvimento pessoal e social. As dificuldades em lidar com determinadas situações tais como o insucesso académico, o *terminus* de relações afectivas, conflito familiar ou dificuldades de adaptação ao ensino superior conduzem ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos que implicam o acompanhamento clínico dos estudantes que recorrem à consulta.

Após as consultas iniciais de avaliação é estabelecido o diagnóstico segundo os critérios do DSM-IV, permitindo posteriormente a aplicação de um protocolo de tratamento para o caso em questão. No que respeita aos diagnósticos apresentados pelos pacientes acompanhados na consulta,

verifica-se que a maioria apresenta quadros clínicos relacionados com perturbações de ansiedade (38,0%) e de perturbação do humor com a depressão maior a registar cerca de (20,6%) dos diagnósticos efectuados. Nas perturbações de ansiedade destacam-se a ansiedade social generalizada (12,6%), ansiedade a exames (13,5%), verificando-se igualmente um elevado número de diagnósticos de Perturbação de Pânico (10%).

É possível observar que se registaram outros diagnósticos cuja natureza implicava o seu encaminhamento, para consultas de especialidade em contexto hospitalar como no caso das Perturbações Alimentares.

Da análise dos pedidos de consulta verificou-se uma maior procura da consulta pelos alunos durante os meses de Março, Maio e Novembro. Esta variação poderá estar relacionada com o período pós-avaliação e a dificuldade em lidar com os respectivos resultados.



No que diz respeito às Faculdades de onde provêm os alunos que procuram a consulta é possível observar que por ordem decrescente o maior número de alunos pertence à Faculdade de Ciências e Tecnologia, Faculdade de Direito, Faculdade de Letras e de Psicologia, respectivamente.

DISCUSSÃO

Verifica-se recorrentemente através da análise dos dados da consulta de psicologia do GAP-SASUC neste trabalho bem como em anos anteriores que os indivíduos do sexo feminino procuram com mais frequência apoio

junto da consulta (Pereira et al., 2006). Este dado encontra-se em conformidade com o que é expresso na literatura onde a diferença de género surge como uma questão transversal presente em vários estudos realizados no âmbito de diferentes quadros clínicos tais como a ansiedade social, a ansiedade a exames e mesmo a depressão. Os dados recolhidos de estudos epidemiológicos indicam que as mulheres apresentam um maior risco de desenvolver perturbações de ansiedade comparativamente com os indivíduos de sexo masculino. Segundo os dados do *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) e do *National Comorbidity Survey*, as mulheres apresentam duas a três vezes maior probabilidade de desenvolver uma perturbação de ansiedade (Pigott, 2002).

A probabilidade acrescida para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade e emocionais nas mulheres parece residir na combinação entre a ocorrência de eventos negativos de vida, na sensação de incontrolabilidade e na presença de estilos atribucionais negativos (Barlow, 2002). Segundo o autor as raparigas comparativamente com os rapazes, estão sujeitas a um maior número de situações negativas de vida durante a infância e adolescência, percepcionando que os seus comportamentos têm menor impacto no ambiente que as rodeia. Estes acontecimentos contribuem para a sensação de incontrolabilidade das raparigas e aumenta o desenvolvimento de estilos atribucionais negativos.

Pinto-Gouveia (2000) refere estudos que indicam prevalência superior no género feminino para a perturbação de ansiedade social na população em geral.

Melo (2006) num estudo realizado sobre o impacto dos níveis de ansiedade elevados junto de uma amostra de estudantes universitários verificou que o grupo do sexo feminino apresentava valores mais elevados de ansiedade aos exames. Esta observação era coincidente com as taxas de prevalência de perturbações de ansiedade que indicam uma maior incidência de perturbações ansiosas na população feminina. Lewis e colaboradores em 1987 (Zeidner, 1998) levantam a hipótese de as mulheres e os homens interpretarem as situações de forma diferente. Enquanto os homens interpretam a situação de exame como um desafio interpretando a activação emocional durante a situação de teste de uma forma positiva, as mulheres pelo contrário apresentam-se predispostas para perceber a situação como ameaçadora e exibem comportamentos de evitamento, medo, preocupação e auto-depreciação.

Os motivos para estas diferenças, de acordo com as teorias mais recentes (Craske, 2003), reside na probabilidade acrescida para que as mulheres apresentam para detectar sinais de perigo, para aprender a associar

eventuais “pistas” de perigo e na prontidão com que activam fisiologicamente face aos eventos aversivos. Estas características têm origem nas influências genéticas e desenvolver-se-ão ao longo do ciclo de vida, em grande parte devido aos padrões de reforço social (Craske, 2003).

A diferenciação de comportamentos mediante o género, é reforçada durante toda a infância com os pais e outros significativos, a encorajarem os rapazes a demonstrarem comportamentos mais assertivos, activos e independentes que as raparigas, cujo comportamento é mais controlado e a insegurança ou medo reforçados. As raparigas têm uma grande probabilidade de ser socializadas no sentido de expressar a sua ansiedade, uma vez que esta é muitas vezes percebida como um traço feminino (Zeidner, 1998). Pelo contrário os sinais de ansiedade nos rapazes são percebidos como sinais de fraqueza ou incompetência pelo que é esperado que os homens reprimam ou neguem os seus sinais de ansiedade. Consequentemente os rapazes são estimulados a fazer face aos desafios numa grande variedade de situações e a desenvolver as suas estratégias de *coping*.

Cunha (2005) num estudo efectuado sobre ansiedade social em jovens e adolescentes refere a existência de padrões de reforço social diferentes entre rapazes e raparigas, registando-se diferenças nas práticas parentais desde os primeiros de vida.

Em síntese, diremos que são as mulheres as que procuram mais as consultas de psicologia clínica e de saúde. Em termos dos diagnósticos apresentados pelos pacientes, verifica-se que são as mulheres as que apresentam quadros clínicos relacionados com perturbações de ansiedade, nomeadamente a ansiedade social generalizada e a ansiedade aos exames, sendo tais perturbações específicas do contexto do ensino superior.

A procura destes serviços poderá ser minimizada se as instituições do ensino superior, bem como os respectivos serviços médicos apostassem mais na prevenção de comportamentos de risco, implementando nas suas estruturas, estratégias promotoras da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders – The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence of socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 43, 667-672.

- Benton, S., Robertson, J., Tseng, W., Newton, F., & Benton, S.L. (2003). Changes in counselling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 66-72.
- Craske, M.G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?* Oxford: Elsevier.
- Cunha (2005). *Ansiedade social na adolescência: Avaliação e trajectórias de desenvolvimento*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Melo, A. (2006). *Ansiedade aos exames em contexto universitário*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pigott, T. (2002). Anxiety Disorders. In S. Kornstein & A. Clayton (Eds.), *Women's mental health- a comprehensive textbook*. New York: Guilford Press.
- Pinto-Gouveia, J. (2000). *Ansiedade social: Da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pereira, A. (2009). Psychological counselling in higher education – An overview of Portuguese reality. *Newsletter 16 Division of Counseling Psychology of the International Association of Applied Psychology*, 5, 17-20.
- Pereira, A. (2005). *Para obter sucesso na vida académica – Apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Pereira, A.M.S., Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., Rodrigues, M., Medeiros, A., & Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, XXIV(1), 51-59.
- Zeidner, M. (1998). *Test anxiety state of art*. New York: Plenum Press.

A GRAVIDEZ NO ESPAÇO PSÍQUICO DA MULHER GRÁVIDA: DAS ATITUDES À VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL.

Ana Paula Camarneiro

A gravidez representa uma fase importante na vida da mulher. É considerada um momento de crise e de crescimento maturacional (Bibring et al., 1961; Colman & Colman, 1994; Erickson, 1959), onde há um processo regressivo, acompanhado de vivências introspectivas e de exigências sociais (Erikson, 1971).

O modo particular como cada mulher faz este percurso entrelaça-se com o modo como se liga ao bebê, criando e desenvolvendo o laço afectivo – vínculo pré-natal (Condon, 1993). Assim, a gravidez transforma-se num acontecimento de vida único, que se traduz no todo do comportamento, das expectativas, das atitudes (Xavier, 1996) e dos afectos em direcção ao feto.

Estão descritos factores que influenciam a vinculação pré-natal materna, tais como sócio-demográficos, obstétricos e psicológicos (Condon & Esuvaranathan, 1990; Laxton-Kane & Slade, 2002; Mendes, 2002; Siddiqui & Hagglof, 1999). São objectivos deste estudo conhecer as atitudes da mulher face à gravidez e maternidade; compreender de que forma as atitudes face à gravidez são influenciadas pelas variáveis sócio-demográficas, dificuldade em engravidar e número de filhos; e conhecer a relação entre as atitudes e a vinculação pré-natal ou laço afectivo que liga a mãe ao bebê antes de nascer.

MÉTODO

Participantes

O estudo foi realizado numa amostra de 212 grávidas do 2º trimestre de gestação, que frequentam consultas de vigilância pré-natal nos serviços de saúde da região centro do país. Trata-se de uma amostra não-probabilística, obtida por conveniência. As participantes têm, em média, 29,3 anos de idade e 21 semanas de idade gestacional (limite mínimo 17 e máximo 25). 76,9% são casadas; 34,9% desempenham profissões de nível 3 de acordo com a escala de Graffar e, na escolaridade, encontram-se nos níveis 2 e 3 da mesma escala em, respectivamente, 34% e 27,8%. São primigestas 61,8%, seguidas

de 34,0% que têm um filho. Foram critérios de inclusão na amostra ter relação conjugal estável, não ter patologia obstétrica, ou psiquiátrica e aderir ao estudo.

Material

O material utilizado foi um questionário sócio-demográfico e clínico, construído para o efeito afim de obter informação sobre a idade, profissão, escolaridade, idade gestacional, dificuldade em engravidar e número de filhos e duas escalas de avaliação das variáveis psicológicas em estudo, a escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade – EAGM (Xavier, Paul, & Sousa, 1996) e a escala de vinculação pré-natal, na versão materna – EVPNM (Condon, 1993, adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2009).

A EAGM é constituída por 42 itens de auto-preenchimento, respondidos através de uma escala de tipo likert de quatro pontos, de sempre a nunca (o que significa que quanto mais baixo o valor, melhor o nível obtido), que se organizam em sete dimensões ou sub-escalas, com o seguinte número de itens e a consistência interna encontrada no nosso estudo: “O Filho Imaginado” (sete itens e alfa de Cronbach=0,79); “Boa Mãe” (nove itens e alfa=0,70); “Gravidez como Factor de Mudança/Crescimento Pessoal” (seis itens e alfa=0,76); “Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade” (oito itens e alfa=0,56); “Relação com a Própria Mãe” (quatro itens e alfa=0,81); “Apoio do Marido/Companheiro” (quatro itens e alfa=0,71); “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência” (quatro itens e alfa=0,56). Os valores são somados para cada uma das sete sub-escalas, obtendo-se assim valores diferentes para as dimensões avaliadas.

A EVPNM tem, na versão portuguesa, 17 itens no total, com alfa de Cronbach=0,774 e duas dimensões, a qualidade da vinculação – QV (com 10 itens e alfa de Cronbach=0,70) e a intensidade da preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação – IP (com cinco itens e alfa de Cronbach=0,562). A cotação faz-se somando os pontos respondidos numa escala de um a cinco e obtém-se o valor total da vinculação pré-natal e o valor de cada dimensão.

A presente investigação é transversal, não-experimental e adopta um desenho do tipo exploratório, descritivo e correlacional. Os dados foram tratados em SPSS, versão 15.

RESULTADOS

Relativamente ao conhecimento das atitudes face à gravidez e maternidade, encontramos valores positivos em cada sub-escala, sendo que ao valor mais alto corresponde o menos positivo e encontra-se na sub-escala quatro, como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1

*Estatística descritiva da escala de atitudes
face à gravidez e à maternidade*

| | <i>N</i> | Mínimo | Máximo | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|--|----------|--------|--------|----------|-----------|
| 1 Filho imaginado | 212 | 7,00 | 22,00 | 10,18 | 2,88 |
| 2 Boa mãe | 212 | 9,00 | 34,00 | 18,13 | 3,95 |
| 3 Gravidez factor mudança/crescimento pessoal | 212 | 6,00 | 22,00 | 10,60 | 3,15 |
| 4 Aspectos difíceis da gravidez/maternidade | 212 | 13,00 | 32,00 | 22,84 | 3,82 |
| 5 Relação com a própria mãe | 212 | 4,00 | 16,00 | 6,35 | 2,33 |
| 6 Apoio do marido/companheiro | 212 | 4,00 | 11,00 | 5,48 | 1,58 |
| 7 Imagem corporal e necessidade de dependência | 212 | 4,00 | 13,00 | 8,07 | 2,05 |

A vinculação pré-natal mostra resultados positivos, como se pode ver no Quadro 2. No cruzamento de dimensões, observaram-se níveis de vinculação pré-natal forte e saudável em 41,51% dos casos, cuja intensidade de preocupação com o feto é acompanhada por sentimentos de proximidade, ternura e desejo do bebé (Camarneiro & Justo, 2009).

Quadro 2

Estatísticas descritivas da escala de vinculação pré-natal

| | <i>N</i> | Mínimo | Máximo | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|-----------------------|----------|--------|--------|----------|-----------|
| QV (10 itens) | 212 | 25,00 | 50,00 | 40,46 | 4,73 |
| IP (5 itens) | 212 | 12,00 | 25,00 | 22,64 | 1,94 |
| EVPM Total (17 itens) | 212 | 54,00 | 84,00 | 71,63 | 6,13 |

Ao efectuar o estudo inferencial para responder aos objectivos, verifica-se que existem diferenças significativas entre a escolaridade das participantes e as atitudes manifestadas nas sub-escalas filho imaginado ($F=2,66$; $p=0,04$), boa mãe ($F=17,25$; $p=0,001$) e aspectos difíceis da gravidez/maternidade ($F=5,60$; $p=0,01$). Aplicando o teste de Tukey constatamos que essas diferenças se situam, no caso do filho imaginado, entre os níveis 1 e 3,

com uma significância marginal ($p=0,08$), o que aponta para valores mais positivos nas participantes do grupo 3 (instrução secundária incompleta), em comparação com as do grupo 1 (nível superior). Na sub-escala boa-mãe, as diferenças são significativas entre o nível 1 e todos os outros, e entre o nível 2 e 4. São as grávidas mais escolarizadas que apresentam piores resultados, em média, em relação aos outros grupos.

Os aspectos difíceis da gravidez/maternidade são significativamente diferentes entre os grupos 1 e 4 ($p=0,01$), 2 e 3 ($p=0,01$) e 2 e 4 ($p=0,04$). Os primeiros grupos de cada par (1, 2, 2) consideram, em média, que esses aspectos difíceis estão mais presentes, sendo menos valorizados pelos segundos grupos de cada par (4, 3, 4). Verificam-se atitudes mais positivas nos grupos de menor escolaridade. Nas restantes dimensões não se verificam diferenças significativas entre as atitudes e o nível académico. Tal como no caso da escolaridade, verificamos diferenças estatísticas significativas entre a profissão e as sub-escalas filho imaginado ($F=2,83$; $p=0,03$), boa mãe ($F=11,83$; $p=0,001$) e aspectos difíceis da gravidez/maternidade ($F=2,58$; $p=0,03$). Aplicando o teste de Tukey, no caso do filho imaginado não encontramos diferenças entre os grupos, a não ser marginais, entre o 1 e o 5 ($p=0,05$), ou seja, entre executivos, técnicos superiores, directores, etc., e ajudantes de obras ou desempregados e estudantes, respectivamente. Os valores apontam para mais positivos nas participantes do grupo 5, comparativamente com as do grupo 1. Na sub-escala boa-mãe, as diferenças são significativas entre o grupo 1 e os grupos 3, 4 e 5 ($p=0,00$ em todos). Também entre os grupos 2 e 4 ($p=0,01$) e entre os grupos 3 e 4 ($p=0,03$). São as grávidas com profissões mais qualificadas a apresentarem piores resultados, em média, em relação aos outros grupos na dimensão boa mãe.

A idade, testada através da correlação r de Pearson, não se correlaciona com as atitudes face à gravidez e maternidade. Relativamente à dificuldade em engravidar, aplicado o teste t de Student, verificamos diferenças estatisticamente significativas na sub-escala filho imaginado ($t=2,52$; $p=0,01$) com valores mais positivos, em média, nas participantes que referiram dificuldade em engravidar. O número de filhos correlaciona-se positivamente com a sub-escala gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal ($r=0,14$; $p=0,03$), o que significa, pela cotação da escala, que quanto menor o número de filhos, maior a mudança sentida por estas mulheres.

Para cumprir o último objectivo, efectuamos a correlação entre a escala de atitudes e a escala de vinculação pré-natal e verificamos o seguinte: A vinculação pré-natal (VPN) total e as suas dimensões, qualidade da

vinculação (QV) e intensidade da preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação (IP) correlacionam-se negativa e significativamente com as sub-escalas gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal (VPN total, $r=-0,18$; $p=0,006$; QV, $r=-0,15$; $p=0,02$; IP, $r=-0,23$; $p=0,001$) e filho imaginado (VPN total, $r=-0,36$; $p=0,0001$; QV, $r=-0,37$; $p=0,0001$; IP, $r=-0,19$; $p=0,005$). Isto significa que, quanto mais positiva for a mudança/crescimento pessoal e o filho imaginado, mais positiva é a vinculação total, a sua qualidade e a intensidade.

A VPN total e a dimensão QV correlacionam-se negativa e significativamente com a imagem corporal e necessidade de dependência (QV: $r=-0,15$; $p=0,02$; VPN total: $r=-0,17$; $p=0,01$); com o apoio do marido/companheiro (QV: $r=-0,31$; $p=0,0001$; VPN total: $r=-0,30$; $p=0,0001$); a relação com a própria mãe (QV: $r=-0,16$; $p=0,01$; VPN total: $r=-0,17$; $p=0,01$) e a boa mãe (QV: $r=-0,22$; $p=0,001$; VPN total: $r=-0,21$; $p=0,001$).

Os aspectos difíceis da gravidez/maternidade têm relação estatística significativa e positiva com a vinculação pré-natal total ($r=0,14$; $p=0,03$), o que significa que quanto mais difícil a gravidez, menor a vinculação ao bebé.

DISCUSSÃO

Para as variáveis escolaridade e profissão, constatou-se que quanto menores as habilitações académicas e a diferenciação profissional, mais positivas são as atitudes no que nas dimensões filho imaginado, boa mãe e aspectos difíceis da gravidez/maternidade. Estes dados contradizem estudos que referem serem tanto mais positivas as atitudes, quanto mais escolaridade e exercício de profissões mais diferenciadas (Mendes, 2002).

A idade da mulher não se relaciona com as suas atitudes perante a gravidez, o que vem também contradizer os estudos que mostram a presença dessa relação. No entanto, com base nos autores que apoiam a ideia de gravidez como processo regressivo, acompanhado de vivências introspectivas (Erikson, 1971, 1972) e que afirmam que ser mãe corresponde a um desejo ou, para alguns, a uma pulsão universal que aparece desde a mais tenra idade (Lebovici, 1987), podemos justificar esta inexistência de influências da idade nas atitudes face à gravidez.

Já no caso das mulheres que referiram dificuldade em engravidar, observamos valores positivos na atitude filho imaginado. A *imago* do filho tão desejado e que ainda não chegou, está mais presente, foi construída internamente e aparece de forma mais positiva.

O número de filhos influencia o factor de mudança/crescimento pessoal que ocorre na gravidez. Se há filhos anteriores, essa mudança é menos sentida. Com certeza isto reporta-se à experiência já vivida, tal como está descrito em estudos com outras variáveis psicológicas, nomeadamente, a vinculação pré-natal, em que as primíparas expressaram maior vinculação pré-natal, mostraram-se mais preocupadas com a gravidez e mais envolvidas emocionalmente com o feto do que as mulheres que já tinham filhos anteriores (Siddiqui, 1999).

Os resultados encontrados na relação entre as atitudes e a vinculação mostraram que as duas variáveis estão inequivocamente associadas. Esta associação faz-se no mesmo sentido, positivo ou negativo, à excepção de uma dimensão que segue em sentido contrário.

A gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal e o filho imaginado estão em relação com a vinculação pré-natal total e com as duas dimensões, qualidade e intensidade, o que vem ao encontro dos estudos que afirmam ser a gravidez um tempo de mudança e de crescimento pessoal (Colman & Colman, 1994), entrelaçado com o modo como se liga ao bebé, criando e desenvolvendo o laço afectivo – vínculo pré-natal (Condon, 1993).

A imagem corporal e necessidade de dependência, o apoio do marido/companheiro, a relação com a própria mãe e a boa mãe, estão associadas à vinculação pré-natal total e à qualidade da vinculação, mas não à intensidade da preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação. Segundo Condon (1993) e Camarinho e Justo (2009), a qualidade da vinculação passa pela qualidade das experiências afectivas, sentimentos de preocupação, proximidade, ternura, prazer, entusiasmo, alegria; sonho, interacção, o que surge quando se pensa ou imagina o feto, o que corrobora os resultados encontrados. Esta seria uma dimensão “*Maternage*”. A intensidade da preocupação seria uma dimensão mais comportamental “eu-mãe”, isto é, a acção da grávida em função do bem-estar do bebé-feto, a expectativa do 1º encontro e os pensamentos que acompanham essas acções, o que foi atrás descrito para as atitudes que se associam à IP.

Quanto mais difícil a gravidez, menor a vinculação ao bebé, é um resultado que está de acordo com a dificuldade de ligação afectiva ao bebé, que começa a desenvolver-se durante a gravidez e representa a interiorização precoce do feto, elaborada por ambos os pais (Righetti, 2005). A dificuldade da gravidez acontece internamente quando há núcleos de esterilidade psicológica que dificultam à mulher integrar uma nova identidade e desenvolver-se psicologicamente (Sá, 1996).

A investigação realizada poderá contribuir para a compreensão dos cuidados prestados à criança após o nascimento, predizendo o tipo de relação que a mãe vai estabelecer e contribuir para o seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. In R. Eissler, A. Freud, H. Hartmann, & E. Kris (Eds.), *The psychoanalytic study of the child* (vol. XIV, pp. 113-121). London: Imago Publishing Co Ltd.
- Camarneiro, A.P., & Justo, J. (no prelo). Padrões de vinculação pré-natal: Contributos para a adaptação da *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale* em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa. Edições Colibri.
- Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- 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.
- Erikson, E.H. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Psychology*, 20(4), 253-266.
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes, I.M. (2002). *Ligação materno-fetal*. Quarteto. Coimbra.
- Righetti, P.L., et al. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 129-137.
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Siddiqui, & Hagglof (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Psychology*, 17(4), 369-380.
- Xavier, M.R. (1996). EAGM – *Escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade*. Texto policopiado.

O ERRO HUMANO NO CONTEXTO DA SAÚDE:
A ANTIGUIDADE NA ORGANIZAÇÃO
E A PERCEPÇÃO DO ERRO NOS ENFERMEIROS

Ana Rita Cardoso / Rafaela Matavelli / Teresa D'Oliveira

ISPA – Instituto Universitário

Em termos gerais, define-se erro como uma “decisão, acto ou resposta incorrecta” (Porto Editora, 2004, p. 645), qualquer desvio significativo da expectativa, cuja significância depende de um critério estatístico ou normativo (Pereira, 1983, p. 311).

Por erro humano Reason (1990, citado por Clarke, 2003, p. 286) entende ser “a maior ameaça das tecnologias perigosas”. Para este autor, o erro humano é caracterizado por “ocasiões nas quais ocorre falha numa sequência planeada de actividades físicas ou mentais”.

Pode-se afirmar, igualmente, que, à partida, quanto menos tempo um profissional está na empresa exercendo aquele trabalho, mais propensão o mesmo terá para cometer erros. Segundo Borges e Perini (2003), os erros ocorrem pela falta/insuficiência de conhecimento sobre a actividade realizada ou interpretação incorrecta da informação fornecida. Neste sentido, quanto maior a antiguidade do funcionário na empresa (e consequente maior conhecimento e experiência), menor o número de erros cometidos pelo próprio. Deluiz (1994) afirma que tanto as competências como as capacidades e habilidades estão directamente relacionadas com os anos de profissão, uma vez que o profissional vai adquirindo, ao longo do seu percurso o conhecimento detalhado do ambiente de trabalho, as qualificações e competências necessárias e as capacidades específicas para minimizar a possibilidade de erro.

O presente estudo visa analisar a relação entre a antiguidade na organização e as várias dimensões do erro: reflexão e comunicação do erro, propensão e aprendizagem com o erro e antecipação e gestão do stress face ao erro.

São vários os panos de fundo que nos remetem para o tema do erro humano, no entanto, iremos atribuir um enfoque especial no contexto do erro relacionado com a saúde.

Muitos erros neste contexto, devem-se a alterações de rotina (um aperfeiçoamento de um procedimento clínico ou de um equipamento) ou a erros na execução dessa rotina, os quais são frequentemente resultado da presença de precursores psicológicos, tais como a fadiga, o *burnout*, o excesso de trabalho, as perturbações de sono, o excesso de álcool ou

drogas, etc. Por outro lado, podemos considerar também os erros de raciocínio. Estes apresentam causas mais complexas, tais como a generalização de situações (o tomar a parte pelo todo), o uso exclusivo da fonte de conhecimento mais acessível, a polarização confirmatória (procurar apenas os dados que confirmam a sua opinião, rejeitando dados que a contrariam) e excesso de confiança na situação em análise. Assim, a taxa de erro de raciocínio é mais elevada, uma vez que comporta uma maior complexidade de acontecimentos (Cascão, 2004).

Na área da saúde verifica-se a constância do trabalho realizado por turnos, neste caso, os erros originados por incorrecções de informação poderão ser minimizados propondo uma maior eficácia e melhor planeamento na sucessão de equipas de trabalho (Oliveira, 2006, p. 76).

Neste sentido, torna-se essencial não só a standardização de procedimentos, técnicas e equipamentos, como também a contínua formação dos profissionais de saúde, tanto ao nível dos conhecimentos específicos da sua área, como de mecanismos de prevenção do erro (Cascão, 2004). Relativamente aos erros cometidos pelos enfermeiros, em relação aos medicamentos, podemos recorrer ao sistema “unidose”, diminuindo o risco de *overdose* no paciente, e respectivas consequências nocivas.

MÉTODO

Participantes

Os participantes da presente investigação são 126 enfermeiros recrutados em hospitais privados, hospitais públicos, clínicas privadas, centros de saúde e noutras instituições de cuidados de saúde. Os questionários foram aplicados a 29 participantes do sexo masculino e a 97 participantes do sexo feminino. Verificou-se que a média de idades dos participantes era de cerca de 35 anos, sendo de salientar que estes se distribuem por 17 diferentes funções/especialidades. A antiguidade dos participantes na organização apresentou uma média de 9,5 anos e o tempo médio de desempenho das funções foi de 9,7 anos. Os participantes foram convidados a integrar o estudo através de contacto directo; neste sentido, os sujeitos foram incluídos na amostra consoante a sua disponibilidade para preencher o questionário distribuído.

Material

O principal instrumento utilizado para a realização deste estudo foi o Questionário Sobre a Orientação Face aos Erros (adaptado de “Error Orientation Questionnaire” – EOQ –, Rybowskiak et al., 1999) em formato papel. Este questionário é constituído por uma folha de instruções, perguntas relativas a dados demográficos e pessoais e um conjunto de 37 itens de opinião, cotados por uma escala tipo Likert com cinco pontos. Por fim, o questionário apresenta, igualmente, duas questões abertas, nas quais os participantes são inquiridos acerca dos principais erros que podem ocorrer nas actividades que desenvolvem e os dispositivos que a organização disponibiliza para a minimização dos mesmos.

O equipamento utilizado para executar os testes estatísticos necessários para a análise dos dados referentes a cada uma das questões de investigação foi o *software* SPSS (v. 17.0; SPSS Inc, Chicago, IL).

No presente estudo, a experiência/conhecimento do profissional é considerada como variável independente e a sua operacionalização é realizada mediante a seguinte pergunta constante do questionário: “há quanto tempo trabalha para esta empresa/organização? (em anos)”.

A variável dependente que o estudo se propõe a analisar é a orientação face ao erro, a qual se apresenta como uma variável multifacetada, ou seja, para avaliar a orientação face ao erro é necessário considerar várias dimensões. Com o questionário EOQ foi possível analisar as oito dimensões enunciadas pelos seus autores (Rybowskiak et al., 1999) através de afirmações cotadas pelo indivíduo com recurso a uma escala de cinco pontos. Neste sentido, as dimensões avaliadas foram: competência face ao erro, aprendizagem decorrente dos erros, propensão para o erro, stress relacionado com o erro, antecipação do erro, omissão dos erros, comunicação dos erros e, por fim, a dimensão de reflexão sobre os erros.

Na literatura, os alfas de Cronbach apresentados pelas várias dimensões da versão inglesa do questionário EOQ são fidedignos, uma vez que praticamente todos se situam acima de 0,70 (“competência face ao erro” – 0,65; “aprendizagem decorrente dos erros” – 0,89; “propensão para o erro” – 0,74; “stress relacionado com o erro” – 0,79; “antecipação do erro” – 0,73; “omissão dos erros” – 0,78; “comunicação dos erros” – 0,67; “reflexão sobre os erros” – 0,83), (Rybowskiak et al., 1999, p. 537).

No sentido de analisar as qualidades métricas do questionário utilizado no presente estudo, procedemos ao cálculo do alfa de Cronbach de todos os itens do questionário (37 itens) e, ao inverter os itens negativamente correlacionados com o total, procedemos à análise factorial (com rotação

varimax); segundo a regra de *Kaiser* obtivemos 10 componentes (com 65,304 % de variância explicada). Para que as saturações de cada item com o respectivo factor não suscitasse quaisquer dúvidas, considerámos somente as situadas acima de 0,50. Com base neste critério eliminámos 12 itens (2,3,4,9,14,17,20,22,27,29,31,34), sendo que não eram puros. Por sua vez, os itens 2, 4 e 22, foram também retirados por saturarem isoladamente em diferentes componentes e por não serem essenciais para a fiabilidade do questionário. O conjunto final foi composto por 25 itens. Levando em consideração a interpretação dos valores obtidos, e depois de analisarmos diferentes alternativas, procedemos a uma análise factorial forçada a três factores, explicando 47,076% da variância total.

Deste modo, foram enunciados três factores essenciais avaliados pelo questionário: “reflexão e comunicação” (constituído pelos itens 1, 5, 8, 12, 15, 21, 23, 25, 30, 33 e 35), “propensão e aprendizagem” (itens 6, 7, 10, 11, 19, 24, 28, 32 e 37) e “antecipação e stress” (itens 13, 16, 18, 26 e 36). Após este procedimento, apenas retivemos os itens puros em cada factor, ou seja, itens que avaliam exactamente a dimensão que se pretende.

É de salientar que o KMO encontrado na análise factorial para dez factores foi de 0,73, enquanto na posterior análise a três factores o seu valor foi de 0,80; assim, no segundo caso, a recomendação face à análise factorial é executável e boa (Maroco, 2003, p. 268). No que diz respeito ao teste de esfericidade de Bartlett, obtivemos, em ambos os casos, um *p-value* inferior a 0,001, o que significa que as variáveis estão correlacionadas significativamente (Maroco, 2003).

Quadro 1

Sensibilidade e fiabilidade

| Factor | Alfa de Cronbach | Skewness | Kustosis |
|--------------------------|------------------|----------|----------|
| Reflexão e comunicação | 0,855 | -0,607 | 0,044 |
| Propensão e aprendizagem | 0,797 | 0,39 | 0,136 |
| Antecipação e stress | 0,675 | 0,243 | 0,605 |

Foi neste sentido que procedemos ao cálculo da fiabilidade das várias componentes levando em consideração a inversão dos itens negativamente correlacionados com o total. Todos os valores do alfa de Cronbach obtidos foram elevados (consultar Quadro 1), permitindo-nos ter elevada confiança na interpretação dos resultados decorrentes de cada componente. Posteriormente, as dimensões foram submetidas a uma análise da sensibilidade, permitindo-nos concluir que as respostas dos

participantes se distribuem de uma forma Normal, uma vez que, segundo Kline (1998, citado por Maroco, no prelo), estudos de simulação de Monte Carlo demonstraram que valores absolutos de assimetria e achatamento inferiores a 3 e 8, respectivamente, não são problemáticos, no que respeita à sua sensibilidade.

Procedimento

No sentido de levar a cabo a presente investigação, foi pedido aos participantes que respondessem ao questionário anteriormente referido. O contexto de preenchimento dos questionários foi deixado à consideração dos participantes, após terem sido fornecidas algumas instruções. Foi pedido aos sujeitos que lessem e respondessem aos questionários com sinceridade e espontaneidade, não existindo respostas certas nem erradas e garantindo o anonimato das respostas.

Neste sentido, os questionários foram distribuídos aos profissionais e esperámos que os mesmos nos devolvessem após o seu preenchimento.

RESULTADOS

Com o intuito de analisar a capacidade preditiva da antiguidade dos profissionais na organização relativamente à reflexão e comunicação do erro, à propensão e aprendizagem com o erro e à antecipação e gestão do stress relativamente ao erro, procedemos ao cálculo da validade preditiva da variável (através do método Enter). Enquanto nas duas primeiras dimensões, a antiguidade na empresa não demonstrou qualquer valor preditivo, na dimensão “antecipação e stress” ($p=0.06$), podemos interpretar a existência de uma tendência preditiva. Uma vez que a correlação é positiva, quanto maior a experiência e o conhecimento (antiguidade na empresa), maior a capacidade do sujeito para antecipar os erros e, conseqüentemente, realizar uma gestão do stress mais eficaz.

Por outro lado, no sentido de testar as hipóteses enunciadas, procedemos à realização da análise de variância multivariada (MANOVA), para o efeito, agrupámos os participantes em dois grupos, consoante a sua antiguidade na empresa fosse superior ou inferior à média, obtendo os dados descritivos apresentados no Quadro 2. Como se pode verificar no Quadro 3, ao realizar uma análise MANOVA para cada uma das

dimensões, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, o que se pode dever à baixa potência do teste em cada uma das situações – o valor de potência aceitável seria 0,80 (Maroco, 2003).

Quadro 2

Caracterização da variável antiguidade na organização

| | <i>N</i> | Média | Desvio-padrão |
|---------------------------------|----------|-------|---------------|
| Antiguidade inferior a 9,5 anos | 72 | 2,722 | 2,71 |
| Antiguidade superior a 9,5 anos | 54 | 18,54 | 7,52 |

Quadro 3

Resultados obtidos através do cálculo da MANOVA para as diferentes dimensões

| | <i>F</i> | <i>df</i> | <i>p</i> | Observed power |
|--------------------------|----------|-----------|----------|----------------|
| Reflexão e comunicação | 1,339 | 11 | 0,212 | 0,686 |
| Propensão e aprendizagem | 0,988 | 9 | 0,453 | 0,471 |
| Antecipação e stress | 2,017 | 5 | 0,081 | 0,658 |

Na dimensão “reflexão e comunicação”, o nível de probabilidade foi interpretado a partir do Traço de Pillai, uma vez que os grupos apresentam diferentes dimensões e têm covariâncias heterogêneas ($p=0,001$). Por outro lado, o nível de probabilidade das restantes duas dimensões foi interpretado a partir do Lambda de Wilk, uma vez que se verificavam todas as condições de aplicação da MANOVA, sendo esta, de um modo geral, robusta à violação do pressuposto da normalidade.

Por fim, é de salientar o valor da probabilidade marginal obtido na dimensão “antecipação e stress”. Analisando as diferenças relativas a cada item da componente, apenas se verificou uma diferença significativa entre os grupos no item 26 do questionário (“sinto-me envergonhado(a) quando cometo um erro”), com uma potência de teste de 0,863. Assim, e uma vez que a magnitude ou valor do teste apresenta um valor positivo (Quadro 3), podemos afirmar que quanto maior a antiguidade na organização, menos os participantes se sentem envergonhados quando cometem um erro, ou seja, maior a sua capacidade de gestão do stress face ao erro cometido.

No que respeita à análise qualitativa dos dados recolhidos, foram detetados como principais erros que podem ocorrer na profissão de enfermagem: a administração terapêutica, a troca de identidades entre utentes,

a mudança de turnos, os erros técnicos e a comunicação. Por outro lado, do ponto de vista dos profissionais, a forma de minimizar os erros passaria pela existência de uma maior comunicação entre os departamentos e por uma maior padronização dos protocolos e normas de serviços.

DISCUSSÃO

Primeiramente, podemos afirmar que o questionário aplicado apresenta uma boa validade de constructo, uma fiabilidade elevada e uma sensibilidade considerável, o que nos permite ter confiança nas interpretações dos resultados obtidos para cada dimensão.

De um modo geral, no presente estudo, não foram encontradas relações entre a antiguidade do profissional na organização e a várias dimensões da atitude face ao erro humano ocorrido no decorrer do período laboral.

A primeira hipótese inicialmente formulada postulava que se o profissional fosse mais experiente, iria reflectir mais sobre o seu erro. Mediante os resultados obtidos, infirmamos a hipótese, concluindo-se que o erro humano e o aumento das competências profissionais não são vinculados, uma vez que a antiguidade não está relacionada com a diminuição da percepção dos erros cometidos.

No que diz respeito à segunda hipótese (“se o profissional é mais experiente e possui mais conhecimento, então, irá apresentar uma maior propensão e um mais elevado nível de aprendizagem com os erros”), esta também foi infirmada perante os dados recolhidos no nosso estudo.

A última hipótese, referente à relação entre experiência/conhecimento do profissional e o aumento da capacidade de antecipação do erro e de gestão do stress face ao erro cometido, é igualmente inferida, apesar de se encontrar uma tendência para que, com o aumento da antiguidade, aumente também a capacidade de gestão do stress.

As conclusões alcançadas no presente estudo não estão de acordo com o postulado por Borges e Perini (2003). Estes autores afirmam que quanto menos tempo um profissional está na empresa, mais propensão terá para cometer erros, os quais ocorrem devido à falta/insuficiência de conhecimento sobre a actividade desempenhada ou por interpretação incorrecta da informação fornecida. Neste sentido, os autores supracitados prevêem uma correlação negativa entre a antiguidade na empresa e o número de erros cometidos pelos profissionais. Da mesma forma, Deluiz (1994) afirma que a aquisição de competências, capacidades e habilidades

estão directamente relacionadas com os anos de profissão, permitindo que o profissional adquira as competências necessárias e as capacidades específicas para minimizar a possibilidade de ocorrência de erros.

De acordo com as afirmações dos participantes, as medidas tomadas para minimizar o erro estão directamente relacionadas com a minimização da variação do comportamento humano e, no mesmo sentido, o erro tem maior probabilidade de ocorrer quando relacionado com o processo de atendimento ao paciente, nomeadamente, no que concerne à interrupção e administração de medicamentos (Neri et al., 2006). Por outro lado, tal como mencionado pelos participantes, muitos erros ocorrem devido a alterações de rotinas e à introdução de novos procedimentos, frequentemente desconhecidos pelos profissionais. Assim, seria fundamental apostar na formação dos profissionais, a qual pode actuar de forma a reduzir os erros, uma vez que assenta no treino para lidar com situações específicas, permitindo gerir o stress pessoal. Em suma, na área da prevenção dos erros, torna-se essencial, não só a estandardização de procedimentos, técnicas e equipamentos como também a contínua formação dos profissionais de saúde, tanto ao nível dos conhecimentos específicos da sua área, como de mecanismos de prevenção do erro (Cascão, 2004).

Para Deluiz (1994) os programas de formação profissional e respectiva qualificação das pessoas que trabalham há mais tempo nas empresas, devem possibilitar o desenvolvimento individual do sujeito para que este seja mais competente e crie uma consciência crítica sobre os factores que podem prejudicar o seu trabalho, e muitas das vezes causar o erro, o qual, nomeadamente na área da saúde, pode mesmo ser fatal.

Ao contrário do espectável, não confirmámos a veracidade de nenhuma das hipóteses postuladas a partir da revisão da literatura, contudo, também não foram encontrados estudos empíricos que fossem de encontro aos resultados obtidos no presente estudo. Deste modo, seria essencial proceder à realização de uma nova investigação que levasse em consideração os resultados alcançados e, de uma forma mais sistemática, pretendesse confirmar a existência/ausência de relação entre o incremento da experiência/conhecimento do profissional e a sua atitude face ao erro, essencialmente no que diz respeito às dimensões aqui estudadas: “reflexão e comunicação”, “propensão e aprendizagem” e “antecipação e stress”.

Na nossa opinião, esta ausência de relação poderá dever-se ao facto de que, actualmente, a formação académica dos enfermeiros está muito mais estandardizada e enriquecida e a formação ao longo da carreira é muito

mais frequente, permitindo aos profissionais um maior contacto com as boas práticas de realização das suas tarefas e com estratégias de consciencialização e minimização do erro. Hoje em dia, este deixou de ser um assunto “taboo” e é encarado como algo inevitável no exercício de qualquer profissão, contudo, tem de ser combatido e as suas consequências têm de ser eliminadas ou reduzidas tanto quanto possível.

O nosso estudo apresenta um conjunto de limitações que necessitam de ser reconhecidas. Primeiro, esta investigação foi realizada num momento único com um *design* correlacional, não permitindo inferir relações causais entre as variáveis. Segundo, os participantes estavam cientes de que os dados recolhidos seriam utilizados para um trabalho académico, podendo aumentar o nível de desejabilidade social das suas respostas. E, por último, a amostra utilizada era muito heterogénea, devendo ser levado a cabo um estudo que selecione uma amostra mais restrita e representativa de uma determinada instituição.

REFERÊNCIAS

- Borges, M., & Perini, E. (2003). E Medication errors: Who is responsible? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(3), 335-341.
- Cascão, R.P. (2004). *A responsabilidade civil e a segurança sanitária*. *Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, 1, consultado a 20 de Outubro de 2008 através de http://www.lexmedicinae.org/por/artigo_prevencao_final.pdf
- Clarke, D.M. (2003). Review essay: Organizational accidents and human error. *Journal of risk research*, 6, 285-288.
- Deluiz, N. (1994). O erro de medicação e ética profissional. Contexto de mudança tecnológica. *Boletim técnico do SENAC.*, 20, 9-25.
- Neri, E., Oliveira, S., Rodrigues, J., Medeiros M., & Fonteles, M. (2006). Erros na área da saúde: Culpado ou inocente. *Infarma*, 18(3,4), 5-8.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. (no prelo). *Análise estatística com utilização do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Oliveira, T. (2006). Acidentes organizacionais e factores humanos. In J.F.S. Gomes, M.P. Cunha, & A. Rego (2006). *Comportamento Organizacional e Gestão: 21 Temas e Debates para o Século XXI*. Lisboa: RH Editora.

- Pereira, O.G. (1983). Erro humano: Uma conferência internacional. *Análise psicológica*, 3, 309-326.
- Porto Editora. (2004). *Dicionário da língua portuguesa*. Porto: Dicionários editora.
- Rybowiak, V., Garst, H., Frese, M., & Batinic, B. (1999). Error Orientation Questionnaire (EOQ): Reliability, validity and different language equivalence. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 527-547.

CONTRIBUTO PARA A SAÚDE MENTAL
DAS MULHERES COM CANCRO DA MAMA:
A TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Ana Torres / Anabela Pereira / Sara Monteiro

Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Aveiro

As doenças cancerosas consistem na terceira principal causa de morte a nível mundial, depois das doenças cardiovasculares e das doenças infecciosas, como podemos observar no gráfico da OMS (2004) inserido em seguida.

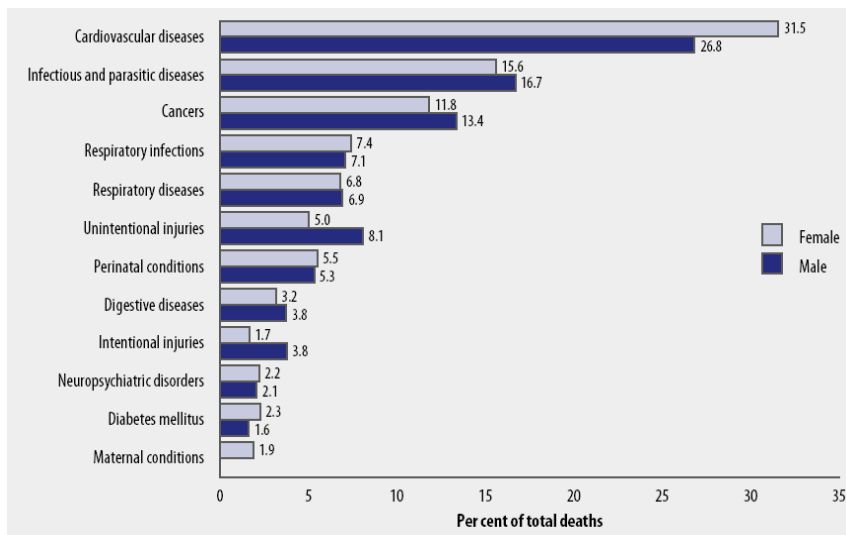


Figura 1. Distribuição de mortes por grupos principais de causas (OMS, 2004)

De acordo com o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2004), em Portugal o cancro também é uma das principais causas de morte, sendo o cancro da mama a causa de morte por cancro mais comum entre as mulheres. Nos gráficos abaixo, do Observatório Europeu do Cancro (2006), em que estão representadas as estimativas da incidência e da mortalidade dos diferentes tipos de cancro nas mulheres portuguesas, conseguimos visualizar com facilidade que a incidência do cancro da mama é muito mais elevada do que a dos outros cancros e que continua a

ser (apesar de todas as medidas de rastreio e de tratamento) o que causa mais mortes nas mulheres portuguesas.

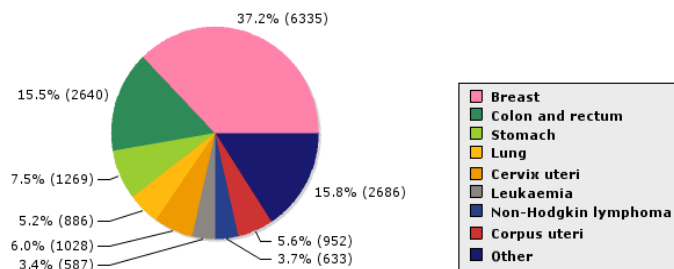


Figura 2. Estimativa da Incidência e da mortalidade do cancro nas mulheres (Observatório Europeu do Cancro, 2006)

Atendendo a este panorama nacional compreende-se que as doenças neoplásicas, e particularmente o cancro da mama, constituam uma das prioridades do plano nacional de saúde actual (Ministério da Saúde, 2004). As doenças cancerosas são associadas por um grande número de pessoas a problemas de saúde fatais. Esta associação ou estigma negativo persiste desde o século XIX, altura em que o diagnóstico de cancro era raro e em que não existiam tratamentos disponíveis para o seu tratamento, o que fazia com que os doentes tivessem um sofrimento penoso e prolongado. Actualmente, existem vários tratamentos disponíveis muito evoluídos para o cancro, tendo-se conseguido alcançar taxas elevadas de tratamento e de alívio dos sintomas da doença e dos efeitos secundários dos tratamentos. Ainda assim, o estigma negativo relativamente ao cancro continua a persistir, tornando-o no estigma negativo relativo a doença mais forte e que persistiu durante mais tempo até hoje (Holland, 1998). Entende-se, assim, que exista uma elevada comorbilidade destas doenças com as doenças mentais, especialmente com a depressão. Vários estudos têm corroborado esta comorbilidade geral (e.g., Zabora et al., 2001), e especificamente em doentes com cancro da mama em Portugal (Santos, Santos, & Abrantes, 1993). Estas doenças comórbidas constituem também uma das prioridades do plano nacional de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

É ainda de salientar que se tem verificado uma tendência crescente nos óbitos devido a tumores malignos em Portugal (INE, 2002), o que nos alerta para a pertinência desta patologia e das associadas a ela.

Segundo várias meta-análises, tem-se verificado que as intervenções psicológicas ajudam a reduzir a morbilidade psiquiátrica destes doentes (Burke & Kissane, 1998). Uma revisão da literatura mais recente, que aponta no mesmo sentido, defende que a terapia comportamental mostra ter um efeito positivo na qualidade de vida dos doentes com cancro, especialmente na dimensão de desempenho emocional, em indicadores como a depressão e os sentimentos de tristeza (Uitterhoeve et al., 2004). Esta revisão também salienta que a terapia comportamental, combinada com técnicas cognitivas, é o tipo de intervenção mais frequentemente utilizada com pacientes com doença avançada e sublinha que os resultados encontrados suportam a recomendação deste tipo de intervenção para doentes com cancro. É de acrescentar que também existe evidência empírica para afirmar que a terapia de grupo é pelo menos tão eficaz quanto a terapia individual na intervenção com os doentes oncológicos, conforme suportam, a exemplo, os resultados de duas meta-análises discutidas no estudo de Sheard e Maguire (1999). Neste mesmo estudo, os autores salientam que são necessários mais estudos sobre a viabilidade e os efeitos da terapia de grupo no contexto europeu.

A terapia de grupo, em comparação com a terapia individual, apresenta várias vantagens, como as que nomeamos em seguida:

- Apresenta melhor custo-benefício, fornece uma oportunidade de apoio social/emocional entre os doentes entre si e potencia a auto-estima por possibilitar o confronto com a capacidade de ajudar os outros membros do grupo (Spiegel et al., 1999);
- Fornece oportunidade para um feedback imediato e para observação das respostas psicológicas, emocionais e comportamentais dos doentes.

Existem vários tipos de terapia de grupo para doentes oncológicos, apesar de na prática não se tratarem de terapias mutuamente exclusivas, a saber:

- Terapia Cognitivo-comportamental, que consiste na adaptação da terapia individual e se caracteriza pela ênfase colocada nos problemas específicos correntes dos doentes, na identificação e disputa de pensamentos automáticos negativos, no estabelecimento de objectivos terapêuticos, no desenvolvimento de competências de *coping*, na prescrição de tarefas de mestria e de prazer, no treino de relaxamento e no encorajamento de expressão de emoções.
- Terapia Psico-educativa, que se concentra no fornecimento de informação acerca do cancro e dos tratamentos, mas que algumas

vezes, adicionalmente, também engloba o ensino de competências de *coping*, de manejo de stress e de exercícios de relaxamento.

- Terapia de Suporte e de Expressão, que enfatiza a expressão de sentimentos e medos acerca da doença, o suporte e a aprendizagem mútua. Para esse efeito, nas sessões de grupo são discutidos assuntos como o cancro e os tratamentos, os problemas familiares e comunicacionais, o aprender a viver com o cancro e a morte.

As terapias de grupo psico-educativas e de orientação cognitivo-comportamental são intervenções geralmente breves, de cerca de 6 a 12 sessões, ao contrário da terapia de suporte e de expressão. Relativamente à eficácia, são necessários mais estudos que comparem os vários tipos de terapia de grupo, conforme alertam vários autores (Moorey & Greer, 2002; Chujo et al., 2005). Esta necessidade encontra-se relacionada com o facto dos estudos que existem até ao momento terem levado a conclusões distintas, apesar da maioria fornecerem suporte à eficácia das terapias de grupo estruturadas e, especificamente, às que incluem estratégias cognitivo-comportamentais (Meyer & Mark, 1995; Spiegel et al., 1999).

Desde os anos 70 que a terapia cognitivo-comportamental tem recebido suporte empírico relativo à eficácia de aplicação em várias situações clínicas, contudo, o número de estudos relativos à aplicação deste tipo de terapia de grupo a doentes oncológicos é escasso.

Os estudos que aplicaram a terapia cognitivo-comportamental a doentes oncológicos individualmente parecem demonstrar que é eficaz na obtenção de melhorias em vários indicadores psicológicos (Moorey, Greer, Bliss, & Law, 1998). O que também se tem concluído da aplicação desta terapia a mulheres com cancro da mama (Savard et al., 2006). Também os poucos estudos sobre a aplicação deste tipo de terapia de grupo parecem apontar no mesmo sentido, de melhoria do ajustamento psicológico destes doentes (Bottomley et al., 1996).

No que diz respeito a estudos com programas terapêuticos de grupo, que incluem estratégias cognitivo-comportamentais, com mulheres com cancro da mama, têm-se encontrado resultados de eficácia terapêutica nos seguintes indicadores psicológicos:

- *Coping* (Cameron et al., 2007);
- Depressão e Perturbações de Humor (Chujo et al., 2005; Edelman, Bell, & Kidman, 1999; Simpson, Carlson & Trew, 2001);
- Ansiedade (Cameron et al., 2007; Chujo et al., 2005; Kissane et al., 2003);

- Auto-estima (Edelman, Bell, & Kidman, 1999);
- Psicopatologia em geral (Simpson, Carlson, & Trew, 2001);
- Funcionamento Familiar (Kissane et al., 2003);
- Raiva-Hostilidade, *Helplessness-Hopelessness* e auto-imagem (Chujo et al., 2005);
- Bem-estar emocional, percepção do risco de recorrência de cancro e grau de preocupação com a doença (Cameron et al., 2007).

Do que podemos verificar, o único estudo que não encontrou ganhos terapêuticos significativos com a aplicação deste tipo de terapia de grupo foi o de Watson, Fenlond, Mcvey e Fernandez-Marcos (1996), o que pode estar relacionado com a baixa morbilidade psicológica apresentada pelas participantes do estudo já antes da intervenção.

No entanto, só um estudo conseguiu verificar a manutenção dos ganhos terapêuticos durante um longo período de tempo, mais precisamente dois anos (Simpson, Carlson & Trew, 2001). Ao invés, os outros estudos só obtiveram a manutenção dos ganhos na avaliação realizada no final da intervenção ou nas efectuadas depois de 3 meses. Pode-se concluir, então, que são necessários estudos que procurem encontrar opções terapêuticas que potenciem a manutenção dos ganhos terapêuticos por mais tempo.

É, então, consensual que são necessários mais estudos sobre os efeitos das intervenções de grupo nas doentes com cancro da mama, que comparem a eficácia de várias orientações terapêuticas, bem como, também é pertinente estudar estratégias que promovam a manutenção dos efeitos terapêuticos.

O objectivo deste trabalho é apresentar um projecto de investigação a realizar em Portugal, que procura desenvolver um protocolo terapêutico cognitivo-comportamental de grupo para mulheres com cancro da mama, bem como, a efectuar um estudo empírico comparativo, posterior, entre a terapia de grupo cognitivo-comportamental desenvolvida e uma intervenção de grupo estritamente psico-educativa. Os objectivos específicos do projecto de investigação mencionado são os seguintes: encontrar estratégias cognitivo-comportamentais para aplicação em grupo eficazes na promoção do ajustamento psicológico de mulheres com cancro da mama e na manutenção dos efeitos terapêuticos alcançados; encontrar características formais de funcionamento dos grupos terapêuticos que potenciem a eficácia e durabilidade terapêutica; avaliar se a intervenção de grupo cognitivo-comportamental é mais eficaz e mais duradoura do que a intervenção de grupo puramente psico-educativa a nível de vários indicadores psicológicos (auto-conceito, optimismo, estratégias de *coping*, qualidade de vida, psico-

patologia, medo de recorrência e grau de preocupação com o cancro). Espera-se obter maior eficácia e durabilidade nas variáveis psicológicas apresentadas com a intervenção de grupo cognitivo-comportamental.

MÉTODO

Participantes

A amostra será constituída por mulheres com cancro da mama, que pertencem ao “Movimento Vencer e Viver” do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro ($N=80$). Existem sete grupos pré-existentes, que correspondem às 7 delegações do Movimento: Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Covilhã, Guarda, Leiria e Viseu. Os sete grupos serão distribuídos aleatoriamente pela condição de terapia de grupo cognitivo-comportamental e outros 3 que serão sujeitos a terapia de grupo psico-educativa.

As doentes darão consentimento informado para participação no estudo, após os procedimentos serem claramente explicados.

Serão excluídas as mulheres que apresentem algum dos seguintes critérios: inaptidão para participar em tarefas de grupo; severa incompatibilidade com um ou mais membros do grupo; acentuada falta de motivação para a mudança; frequência de outro tipo de psicoterapia simultânea; presença de perturbações psiquiátricas anteriores ao diagnóstico de cancro da mama, de perturbações orgânicas cerebrais ou de dependência de droga/álcool.

Material

A avaliação inicial será realizada numa sessão prévia ao início da terapia de grupo, em todos os grupos em estudo. Será realizada uma segunda avaliação no final da terapia de grupo e mais duas avaliações, após 6 e 12 meses, respectivamente. A bateria de avaliação psicológica compreende os seguintes testes, seleccionados após exaustiva revisão bibliográfica: para avaliação do Auto-Conceito (“*Inventário Clínico de Auto-conceito*”; Vaz-Serra, 1986); para o Optimismo (“*Lot-R – Life Orientation Test Revised*”; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006); para o Coping (“*Cancer Coping Questionnaire*”; Moorey, Frampton, & Greer, 2003), para a Adaptação ao Cancro (“*Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale*”; Watson et al., 1988); para a Qualidade de Vida (“*Escala de Qualidade de Vida da*

Organização Mundial de Saúde WHOQOL-Bref"; Vaz-Serra et al., 2006) e para a Psicopatologia ("*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*", Zigmond & Snaith, 1983).

O medo de recorrência e o grau de preocupação com o Cancro serão avaliados com questões desenvolvidas por nós, com escalas de resposta (*rating scales*), do tipo: "*Quanto é que está preocupada com a recorrência de cancro da mama? Escolha um número de 7: Extremamente a 0: Nada Preocupada*". Também serão efectuadas questões relativas ao estágio da doença e às intervenções fisiológicas efectuadas (i.e., quimioterapia, radioterapia, esvaziamento dos gânglios linfáticos, mastectomia/tumorectomia). Uma vez que alguns dos instrumentos não se encontram aferidos para a população portuguesa, pretende-se colmatar esta lacuna com a realização de estudos psicométricos (teste-reteste e estudos de validação dos instrumentos).

Desenho de investigação

Tratar-se-á de um estudo prospectivo dos efeitos psicológicos desencadeados pela terapia de grupo cognitivo-comportamental e pela terapia de grupo psico-educativa em mulheres com cancro da mama. Consistirá igualmente num estudo aleatorizado com dois grupos, com pré-teste e 3 pós-testes (2 de *follow-up*).

DISCUSSÃO

O projecto de investigação apresentado neste trabalho procura dar resposta às necessidades de investigação, relativas às terapias cognitivo-comportamentais de grupo para mulheres com cancro da mama, mas, mais do que isso, procura conseguir contribuir com intervenções psicológicas eficientes para as mulheres com cancro da mama.

REFERÊNCIAS

- Bottomley, A., Hunton, S., Roberts, G., Jones, L., & Bradley, C. (1996). A pilot study of cognitive-behavioural therapy and social support group interventions with newly diagnosed cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14, 65-83.

- Burke, S., & Kissane, D.W. (1998). *Psychosocial support for breast cancer patients: A review of interventions by specialist providers: A Summary of the literature 1976-1996*. NHMRC National Breast Cancer Centre: Sydney (Australia).
- Cameron, L.D., Booth, R.J., Schlatter, M., Ziginskas, D., & Harman, J.E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171-180.
- Chujo, M., Mikami, I., Takashima, S., Saeki, T., Ohsumi, S., Aogi, K., & Okamura, H. (2005). A feasibility study of psychosocial group intervention for breast cancer patients with first recurrence. *Support Care Cancer*, 13, 503-514.
- Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 295-305.
- Holland, J.C. (1998). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. In J.C. Holland (Ed). *Psycho-oncology* (pp. 3-15). New York: Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). As causas de morte em Portugal: Resultados definitivos. Destaque do INE.
- Kissane, D.W., Bloch, S., Smith, G.C., Miach, P., Clarke, D.M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12, 532-546.
- Meyer, T.J., & Mark, M.M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos. Vol. I – Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006, Julho). Portuguese study of Life Orientation Test – Revised (LOT-R). Comunicação apresentada na 3rd European Conference on Positive Psychology. Braga, Portugal.
- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: A self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behavior. *Psycho-oncology*, 12, 331-344.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J., & Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 218-228.

- Santos, Z., Santos, G., & Abrantes, P. (1993). Psicopatologia e efeitos secundários associados a quimioterapia em doentes com carcinoma da mama. *Psiquiatria Clínica*, 14(1), 33-40.
- Savard, J., Simard, S., Giguère, I., Ivers, H., Morin, C.M., Maunsell, E., Gagnon, P., Robert, J., & Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immunological effects. *Palliative & Supportive Care*, 4, 219-237.
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770-1780.
- Simpson, J.S., Carlson, L.E., & Trew, M.E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Practice*, 9(1), 19-26.
- Spiegel, D., Morrow, G.R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, B., Mudaliar, N., Pierce, H.I., Flynn, P.J., Heard, L., & Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: A multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, 8, 482-493.
- Uitterhoeve, R.J., Vernooij, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., Mulder, P., & Van Achterberg, T. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer – A systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, 91, 1050-1062.
- Vaz-Serra, A. (1986). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Watson, M., Fenlon, D., Mcvey, G., & Fernandez-Marcos, M. (1996). A support group for breast cancer patients: Development of a cognitive-behavioural approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(1), 73-81.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- World Health Organization. (2004). Global burden of disease report. Part 2: Causes of death.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). *Psycho-Oncology*, 10, 19-28.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA
(VERSÃO PORTUGUESA DO *LIFE-H 3.1 GENERAL SHORT FORM*)

Anabela Correia Martins^{1,2} / José Pais Ribeiro²

¹Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de
Coimbra; ²FPCE, Universidade do Porto

A participação é um conceito chave nos modelos de incapacidade de vários departamentos, institutos e centros de investigação e estatística, existindo directrizes metodológicas para o desenvolvimento de indicadores que a contemplem (Commission of the European Communities, 2007); Portugal não pode ficar alheio. O objectivo do presente estudo é explorar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do *LIFE-H 3.1 General Short Form*, que avalia a participação social, em relação ao desempenho ou realização de actividades, considerando ainda o tipo de assistência requerido e a satisfação.

A versão original deste instrumento, designado por Assessment of Life Habits (*LIFE-H*), foi desenvolvida a partir do Modelo Disability Creation Process (DCP), por Fougeyrollas (1993), para avaliar os hábitos de vida e as situações de desvantagem, conceitos associados à participação social (Dumont, Gervais, Fougeyrollas, & Bertrand, 2004; Noreau, Fougeyrollas, & Tremblay, 2003).

Desde tarefas simples, como usar um copo ou escovar os dentes, a tarefas mais complexas, como por exemplo, manter uma conversa ou assumir determinada responsabilidade, a versão mais recente, a *LIFE-H 3.1 General Short Form*, é um instrumento que compreende 77 hábitos de vida, organizados em 12 categorias, por sua vez agrupadas de acordo com dois sub-grupos, o de *Actividades Básicas da Vida* (37 itens), que inclui as categorias Nutrição, *Fitness*, Cuidados Pessoais, Comunicação, Habitação e Mobilidade; e o de *Regras Sociais* (40 itens), que inclui as categorias Responsabilidades, Relações Interpessoais, Vida Comunitária, Educação, Emprego e Recreação.

Alguns desses hábitos são realizados porque são necessários à sobrevivência (dormir, nutrição, higiene). Outros podem ser ou não realizados, dependendo das características individuais e do contexto em que este se encontra (manter a habitação, educação académica, ocupação remunerada). Assim, este pode servir para identificar potenciais situações problemáticas que constem de planos individualizados de intervenções interdisciplinares.

Desde a publicação da primeira versão 1.0, sucessivas versões da *LIFE-H* têm sido validadas (versão 2.0, versão 3.0 e versão 3.1). Também existe uma

versão infantil (5-13 anos), desenvolvida em 2001 (Fougeyrollas & Noreau, 2002).

A avaliação do desempenho ou realização de cada um dos hábitos de vida resulta da identificação: (1) do grau de dificuldade em o concretizar (escala ordinal de 5 pontos), e (2) do tipo de assistência requerida (escala ordinal de 4 pontos). Se um determinado item não faz parte dos hábitos ou estilo de vida de determinada pessoa, deve ser referido que este *não se aplica*.

De facto, numa perspectiva de Direitos Humanos e do Movimento de Vida Independente, hábitos de vida que não sejam realizados por opção pessoal, não deverão ser considerados quando temos por objectivo qualificar restrições na participação.

É um instrumento auto-administrado ou administrado por um terapeuta. O nível de dificuldade e o tipo de assistência são combinados e as pontuações resultam da ponderação de ambos através da seguinte fórmula: $(\sum \text{pontuações} \times 10) / (\text{n.º de itens aplicáveis} \times 9)$. As pontuações totais de cada categoria de hábitos de vida estão compreendidas entre 0 e 10.

Como já referimos, vários estudos foram realizados no sentido de melhorar as anteriores e validar as consequentes versões. Os resultados dos mesmos, nomeadamente informação sobre as propriedades psicométricas das várias versões, poderão ser consultados no Manual do Utilizador do LIFE-H (Noreau et al., 2003).

Relativamente aos últimos estudos e no que diz respeito à versão do LIFE-H 3.1 *General Short Form* para adultos, a consistência interna da sub-escala *Actividades Básicas da Vida* (37 itens), suportada pelo alpha de Cronbach (α) é de 0,79 e a consistência interna da sub-escala *Regras Sociais* (40 itens) é de 0,83. No geral da escala, as correlações intraclasse de cada uma das categorias são moderadas a altas ($\text{ICC} > 0,60$) (Labbé, Noreau, Bernard, & Fougeyrollas, 1999a,b, cit. por Noreau et al., 2003).

O processo de avaliação da validade de conteúdo da primeira versão do LIFE-H decorreu entre 1993 e 1995. Nele participaram 12 *experts* escolhidos pelo seu reconhecimento nas áreas da reabilitação e integração social, como investigadores, clínicos e consumidores, com diferentes *backgrounds* (terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, serviço social), sendo assumida uma relação estreita com o modelo ICIDH, precedente da ICF (WHO, 2001). Nesta versão, a escala de 0 a 9 era ascendente relativamente ao grau de dificuldade de realização da actividade. A versão actual utiliza a mesma escala (0-9), mas à medida que o grau de dificuldade aumenta, a pontuação diminui. Outras modificações, nas sucessivas versões, têm sido pouco significativas (Noreau et al., 2003).

A validade convergente foi demonstrada em diversos estudos que utilizaram ao longo do tempo a versão original ou as mais recentes (Desrosiers et al., 2001; Noreau et al., 2003), provando existir correlações moderadas a fortes entre as pontuações do LIFE-H e as pontuações de medidas como a *Community Integration Questionnaire* (CIQ), o CHART (*Craig Handicap Assessment & Reporting Technique*), o SMAF (*The Système de Mesure de L'Autonomie Fonctionnelle*) e o *Functional Independence Measure* (FIM). Embora o tempo previsto para preencher a versão reduzida (30 a 60 minutos) nos tivesse feito reflectir sobre a sua aplicação, o facto de não requer treino para o seu preenchimento ou para o pontuar e a disponibilidade de informação compilada no manual com as instruções de preenchimento e de cotação, para além da versão 3.1 em língua inglesa, que nos foi fornecido pelos autores, fez-nos avançar no processo de validação para a língua e cultura portuguesas.

As suas boas propriedades psicométricas, o facto de ser recente e promissor (Dijkers, Whiteneck, & El-Jaroudi, 2000), ser conceptualmente forte, incorporando a interacção pessoa-meio e uma sobreposição com o modelo veiculado na ICF (WHO, 2001) e finalmente, porque o conceito de participação que veicula está descrito com base na perspectiva individual de *performance* e não na perspectiva social (Dumont et al., 2003), foram outras razões para a nossa opção.

MÉTODO

A tradução de instrumentos, normalmente desenvolvidos na versão original em língua inglesa, é o primeiro passo para que se possam utilizar noutra língua. Só depois de testado o seu comportamento noutra cultura, definido o modo de pontuação e de serem conhecidas as suas propriedades psicométricas é que se pode dizer que a nova versão está apta a ser utilizada. Para que se possa aplicar em realidades linguísticas e culturais diferentes, há que garantir que as traduções e adaptações sejam equivalentes. Depois de obtida a autorização dos autores da versão original, acertaram-se com os mesmos os detalhes do processo.

Após tradução e retroversão, realizadas por dois investigadores independentes e dois tradutores português-inglês foi realizado um pré-teste dessa versão, através de entrevista a dez pessoas comuns.

As propriedades psicométricas da versão portuguesa, que designámos por Avaliação dos Hábitos de Vida (Versão Portuguesa da LIFE-H 3.1), foram

analisadas numa amostra de conveniência, de 190 utilizadores de cadeira de rodas, de ambos os sexos (29,3% mulheres), idade $M=37,15$ anos, $DP=12,23$. Quanto ao tempo de utilização da cadeira de rodas, verificou-se que o participante que utilizava cadeira de rodas há menos tempo, fazia-o há 1 anos e que 38 anos era, pelo contrário, o tempo de utilização máximo; tempo de utilização $M=13,96$, $DP=9,23$. Seguindo a mesma metodologia dos estudos já referidos, a análise estatística constou de associações entre medidas, comparação de médias entre grupos e teste da fidelidade. Recorremos, ainda, à análise factorial exploratória. Os dados foram tratados com recurso ao programa estatístico SPSS 17.0.

Participantes

Os participantes foram recrutados em vários locais onde recebiam serviços de Fisioterapia ou na comunidade, foram informados dos objectivos do trabalho e assinaram o respectivo consentimento.

No Quadro 1 apresenta-se uma caracterização sucinta da amostra quanto ao estado civil, situação sociofamiliar e diagnóstico associado. Os participantes são, maioritariamente solteiros, representando 66,30% da amostra ($n=126$) e casados (23,20%). Quanto à situação sociofamiliar, verifica-se que 32 (16,80%) dos indivíduos vivem sozinhos e 55,20% da amostra trabalha ou estuda. A condição de saúde mais frequente é a lesão vertebro-medular (42,20%).

Quadro 1

Caracterização da amostra quanto ao estado civil, situação sociofamiliar, ocupação actual e diagnóstico (N= 190)

| | | <i>n</i> | % |
|------------------------|---------------------------|----------|-------|
| Estado civil | Solteiro(a) | 126 | 66,30 |
| | Casado(a) | 44 | 23,20 |
| | Divorciado(a) | 13 | 6,80 |
| | Viúvo(a) | 2 | 1,10 |
| | Coabitação | 5 | 2,60 |
| Situação sociofamiliar | Vive sozinho(a) | 32 | 16,80 |
| | Vive acompanhado(a) | 158 | 83,20 |
| Ocupação Actual | Trabalha ou estuda | 105 | 55,20 |
| | Reformado ou desempregado | 85 | 44,80 |
| Diagnóstico | Distrofias e miopatias | 28 | 14,70 |
| | Doenças degenerativas | 12 | 6,30 |
| | Lesão vertebro-medular | 82 | 42,20 |
| | Paralisia cerebral | 25 | 13,20 |
| | Outros | 43 | 22,60 |

RESULTADOS

Consistência interna e correlação entre domínios e sub-escalas

No Quadro 2, para além dos valores de α de Cronbach das sub-escalas *Actividades Básicas da Vida* (37 itens) e *Regras Sociais* (40 itens), respectivamente de 0,96 e 0,95, podemos encontrar o valor da escala total (77 itens), que é 0,98, e de cada uma das categorias.

Quadro 2

*Consistência interna da avaliação dos hábitos de vida
(Versão portuguesa da LIFE-H 3.1 General Short Form)*

| | N itens | α Cronbach | α Cronbach original |
|-------------------------------------|---------|-------------------|----------------------------|
| Hábitos de vida (LIFE-H) (n=146) | 77 | 0,98 | |
| Actividades básicas da vida (n=179) | 37 | 0,96 | 0,79* |
| Nutrição (n=179) | 4 | 0,80 | |
| Fitness (n=179) | 4 | 0,75 | |
| Cuidados pessoais (n=179) | 8 | 0,92 | |
| Comunicação (n=179) | 8 | 0,86 | |
| Habitação (n=179) | 8 | 0,85 | |
| Mobilidade (n=179) | 5 | 0,63 | |
| Regras sociais (n=146) | 40 | 0,95 | 0,83* |
| Responsabilidades (n=179) | 8 | 0,92 | |
| Relações interpessoais (n=179) | 7 | 0,78 | |
| Vida comunitária (n=179) | 8 | 0,93 | |
| Educação (n=146) | 2 | 0,86 | |
| Emprego (n=179) | 8 | 0,90 | |
| Recreação (n=179) | 7 | 0,77 | |

Nota. *Para a LIFE-H 3.1 General Short Form (Labbé et al., 1999, cit. por Noreau et al., 2003).

Os valores de α de Cronbach para cada categoria são os seguintes: Nutrição ($\alpha=0,80$), Fitness ($\alpha=0,75$), Cuidados Pessoais ($\alpha=0,92$), Comunicação ($\alpha=0,86$), Habitação ($\alpha=0,85$), Mobilidade ($\alpha=0,63$), Responsabilidades ($\alpha=0,92$), Relações Interpessoais ($\alpha=0,78$), Vida Comunitária ($\alpha=0,93$), Educação ($\alpha=0,86$), Emprego ($\alpha=0,90$) e Recreação ($\alpha=0,77$). Como podemos verificar, todos os valores ultrapassam 0,70, excepto a categoria Mobilidade.

Labbé et al. (1999), citado no Manual do LIFE-H (Noreau et al., 2003), identificou apenas os valores de consistência interna das sub-escalas, sendo de 0,79 para a das Actividades Básicas da Vida e de 0,83 para a das Regras Sociais.

A validade convergente/discriminante dos itens foi inspeccionada pela correlação do item com o domínio a que pertence (corrigida para

sobreposição), comparada com as correlações dos domínios a que não pertence, com valores de coeficiente de correlação $\geq 0,40$.

Podemos ainda acrescentar que os valores de correlação da escala total e da sub-escala Actividades Básicas da Vida ($r=0,94$, $p<0,001$) e da sub-escala Regras Sociais ($r=0,95$, $p<0,001$) confirmam a relação equilibrada de cada uma delas na compreensão do constructo global Hábitos de Vida.

A inspecção das correlações entre os domínios e a escala total demonstra que o que melhor explica o resultado da escala total é o Emprego ($r=0,82$, $p<0,001$) e o que explica pior é o das Relações Interpessoais ($r=0,58$, $p<0,001$), parecendo apontar para uma relação mais estreita entre o emprego e a participação social, do que entre as relações interpessoais e a participação social.

Quanto à situação sociofamiliar, verificámos que quem vive sozinho apresenta um valor médio do LIFE-H (8,05) mais alto do que o grupo dos que vivem acompanhados (6,11), sendo essa diferença estatisticamente significativa [$t(89,81)=8,14$, $p<0,001$]. Quem trabalha ou estuda também apresenta um valor médio do LIFE-H mais alto (6,78) do que quem está reformado ou desempregado (5,81), e essa diferença é estatisticamente significativa [$t(144)=2,99$, $p<0,001$].

A pesquisa de correlações da escala LIFE-H revelou valores estatisticamente significativos, embora baixos com o Suporte Social Tangível ($r=-0,26$, $p<0,001$) e moderados com a Auto-eficácia dos Utilizadores de Cadeira de Rodas ($r=0,46$, $p<0,001$), o que indicia validade de construção e validade de critério.

Para explorar a distribuição factorial dos itens, recorremos à análise factorial exploratória (análise das componentes principais) com rotação VARIMAX, que identificou 11 dimensões, cuja variância cumulativa explicada dos valores próprios é de 99,98%. Quase todos os itens apresentam uma carga factorial alta ($>0,70$), o que nos garante validade de construção.

Uma vez obtida uma versão portuguesa com uma distribuição dos itens por 11 em vez de 12 dimensões, como na versão original, continuamos a trabalhar na análise dos 77 itens da escala no sentido de averiguar o poder discriminatório de cada um.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a versão portuguesa do LIFE-H apresenta propriedades psicométricas (fidelidade, validades de construção e de critério)

adequadas para poder ser utilizada em contextos clínicos e de investigação, nomeadamente para medir resultados dos processos de reabilitação.

Assumimos que apesar da análise dos itens realizada já fornecer indícios sobre a organização da escala e sobre cada uma das suas categorias, continuamos a analisar este instrumento no que respeita à validade convergente/discriminante.

A utilização do LIFE-H (versão portuguesa) pode ser útil para áreas como a fisioterapia, a psicologia, ou genericamente para a reabilitação. Se as regras sociais podem depender das preferências de cada pessoa e consequentemente podemos aceitar que os perfis de participação podem ser distintos de pessoa para pessoa, o mesmo não poderá acontecer com as actividades básicas da vida, que quase nunca são facultativas. Ao investir em programas capazes de garantir o desempenho de actividades básicas da vida, não só porque estas são fundamentais à sobrevivência humana mas, porque simultaneamente ajudam a desenvolver o controlo sobre si e sobre o meio ambiente que o rodeia, será necessário avaliar os seus resultados.

REFERÊNCIAS

- Commission of the European Communities. (2007). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Situation of disabled people in the European Union: The European Action Plan 2008-2009. Brussels: CEC.
- Dijkers M., Whiteneck G., & El-Jaroudi, R. (2000). Measures of social outcomes in disability research. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 81(suppl. 2), S63-S80.
- Dumont, C., Gervais, M., Fougeryollas, P., & Bertrand, R. (2004). Towards an explanatory model of social participation for adults with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabilitation*, 19(6), 431-444.
- Fougeryollas, P. (1993). Documenting environmental factors as determining variables in the day-to-day activities and the fulfilment of social roles by impairments and functional limitations. *ICIDH International Network*, 5(3), 8-13.
- Fougeryollas, P., & Noreau, L. (2002). *Assessment of life habits (Life-H 3.1)*. Lac-Saint-Charles, Quebec: National Library of Canada.
- Fougeryollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S.A., & St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities:

Conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21(2), 127-141.

Noreau, L., Fougereyrollas, P., & Tremblay, J. (2003). Measure of life habits LIFE-H user's manual. INDCP, Lac-Saint-Charles, Quebec: National Library of Canada.

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team.

PODEM OS FACTORES PESSOAIS DETERMINAR A
PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS UTILIZADORES DE CADEIRAS DE
RODAS? – INSIGHTS PARA REPENSAR AS ABORDAGENS

Anabela Correia Martins¹ / José Pais Ribeiro²

¹Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de
Coimbra; ²FPCE, Universidade do Porto

Numa perspectiva holística de saúde e de bem-estar, é consensual admitir-se que a qualidade de vida (QV) pode ser afectada por factores intrínsecos e extrínsecos ao ser humano, mas Dijkers (1997) alertou para uma nova necessidade, a de considerar o envolvimento em actividades quotidianas significativas para as pessoas com incapacidade, uma vez que estas apresentavam associações fortes com a QV. Actualmente, a participação do ser humano, definida na ICF como o *envolvimento numa situação da vida real* (WHO, 2001, p.12), é um conceito chave nos modelos de incapacidade de vários departamentos, institutos e centros de investigação e estatística mundialmente reconhecidos (Institute of Medicine [IM], 2007; National Institute on Disability and Rehabilitation Research [NIDRR], 2005-2009). Na Europa, é assumido nos pareceres e propostas que a participação deverá ser incluída nas estatísticas comunitárias, tendo o Conselho da Europa publicado, recentemente, directrizes metodológicas para o desenvolvimento de indicadores que a contemplem (Commission of the European Communities, 2007). Em Portugal, o Programa Nacional para a Participação dos Cidadãos com Necessidades Especiais (Resolução do Conselho de Ministros, 2002), as Grandes Opções do Plano 2005-2009, aprovado pelo Conselho de Ministros, em 2005, o 1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS], 2006) também explicitam esse interesse, estando a participação relacionada com a capacidade da pessoa em ser activa e um membro contribuinte na sociedade.

Segundo a ICF, os factores ambientais e pessoais (contextuais) interagem com a condição de saúde, influenciando as componentes da funcionalidade humana (WHO, 2001), nomeadamente a participação social (Dumont, Gervais, Fougeyrollas, & Bertrand, 2004; Fougeyrollas, Noreau, Bergeron, Cloutier, Dion, & St-Michel, 1998; Fougeyrollas, Tremblay, Noreau, Dumont, & Stonge, 2005; Noreau & Fougeyrollas, 2000; Noreau, Fougeyrollas, & Tremblay, 2003). Apesar de Harris e Eng (2003) recomendarem que se considerassem as actividades e a participação como o foco principal dos programas de reabilitação e de

Cummins (2002) até ter apresentado um modelo conceptual alternativo à ICF, em que a participação social tem um destacado papel como medida de resultado, tem lhe sido dada pouca atenção. Especialmente nas pessoas com incapacidades moderadas e graves permanecem limitações nas actividades da vida diária após a alta. As actividades realizadas fora de casa, relacionadas com o trabalho, a recreação ou as interações sociais apresentam, por vezes, restrições ainda mais graves e com forte impacto na QV (Harwood, Gompertz, & Ebrahim, 1994; Horowitz, 2002; Pound, Gompertz, & Ebrahim, 1998; Rimmer, 2006; Vik, Lilja, & Nygard, 2007). Segundo dados da United Nations Statistics Division [UNSD], em 2005, apenas 3 países, num conjunto de 31, recolhiam informação sobre as actividades e participação das pessoas com incapacidade com finalidades estatísticas (Martinho & Banda, 2005), o que não deixa de ser sintomático do longo caminho que ainda se tem para percorrer. Numa perspectiva construtiva, o *outcome* participação social (objectiva e subjectiva) pode ser um desafio para áreas como a Psicologia da Saúde e a Reabilitação (Cummins, 2002).

Várias investigações mostraram que as pessoas com incapacidade experienciam barreiras à participação em vários domínios da vida; reduzidas oportunidades de emprego (Carpenter, Forwell, Jongbloed, & Backman, 2007; Kennedy, Lude, & Taylor, 2006), restrições no suporte social e nas regras familiares (National Spinal Cord Injury Statistical Center [NSCISC], 2006; Noreau & Fougereyrollas, 2000), restrições nas actividades de lazer e recreação (Kennedy & Rogers, 2000) e falta de transportes acessíveis (Johnson, Gerhart, McCray, Menconi, & Whiteneck, 1998; Cox, Amsters, & Pershouse, 2001; Whiteneck, Meade, Dijkers, Tate, Bushnik, & Forcheimer, 2004). Contudo, associam frequentemente estas restrições a factores ambientais. Em suma, parece-nos pertinente considerar variáveis pessoais com o objectivo de determinar a sua influência nos resultados alcançados em termos de participação social.

Este estudo tem como finalidade registar o perfil de participação social (hábitos de vida) dos utilizadores de cadeira de rodas em idade activa e identificar factores pessoais que a possam influenciar e/ou predizer. Simultaneamente, pretende dar um contributo para avançar no “desenvolvimento de uma componente de Factores Pessoais” (WHO, 2001, p. 198), assim como discutir estratégias para desenvolver modelos educacionais e clínicos que abordem esses factores.

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram recrutados em vários locais onde recebiam serviços de Fisioterapia ou na comunidade, foram informados dos objectivos do trabalho e assinaram o respectivo consentimento. A amostra de conveniência contemplou 190 utilizadores de cadeiras de rodas, com diversos diagnósticos, de ambos os sexos (29,3% mulheres), idade $M=37,15$ anos; $DP=12,23$.

No Quadro 1 apresenta-se uma caracterização sucinta da amostra quanto ao estado civil, situação sociofamiliar, diagnóstico associado e tipo de cadeira de rodas utilizada. Os participantes são, maioritariamente solteiros, representando 66,30% da amostra ($n=126$) e casados (23,20%). Quanto à situação sociofamiliar, verifica-se que 32 (16,80%) dos indivíduos vivem sozinhos e 55,20% da amostra trabalha ou estuda. A condição de saúde mais frequente é a lesão vertebro-medular (42,20%).

Quadro 1

Caracterização da amostra quanto ao estado civil, situação sociofamiliar, ocupação actual e diagnóstico clínico (N=190)

| | | <i>n</i> | % |
|------------------------|--------------------------------------|----------|-------|
| Estado civil | Solteiro(a) | 126 | 66,30 |
| | Casado(a) | 44 | 23,20 |
| | Divorciado(a) | 13 | 6,80 |
| | Viúvo(a) | 2 | 1,10 |
| | Coabitação | 5 | 2,60 |
| Situação sociofamiliar | Vive sozinho(a) | 32 | 16,80 |
| | Vive acompanhado(a) | 158 | 83,20 |
| Ocupação actual | Empregado(a) por conta de outrem | 56 | 29,50 |
| | Empregado(a) por conta própria | 6 | 3,20 |
| | Trabalho não remunerado (voluntário) | 4 | 2,10 |
| | Estudante | 39 | 20,50 |
| | Doméstica/Dona de casa | 4 | 2,10 |
| | Reformado(a) | 58 | 30,50 |
| | Desempregado(a) por razões de saúde | 10 | 5,30 |
| | Desempregado(a) por outras razões | 7 | 3,70 |
| Diagnóstico clínico | Outra situação | 6 | 3,20 |
| | Distrofias e miopatias | 28 | 14,70 |
| | Doenças degenerativas | 12 | 6,30 |
| | Lesões vertebro-medulares (LVM) | 82 | 43,20 |
| | Paralisia cerebral | 25 | 13,20 |
| | Outras | 43 | 22,60 |

Como se pode verificar no Quadro 2, a educação formal mínima é de 1 ano e a máxima de 23 anos; escolaridade $M=9,10$, $DP=4,44$. Quanto ao tempo de evolução do diagnóstico, este varia entre 1 e 56 anos, para um tempo de evolução $M=19,63$ anos, $DP=11,79$ anos. No que diz respeito ao tempo de utilização de cadeira de rodas, o participante que utiliza há menos tempo, fá-lo há 1 ano e 38 é o número de anos máximo; tempo de utilização $M=13,96$, $DP=9,23$.

Quadro 2

*Caracterização da amostra quanto à educação formal,
tempo de evolução de diagnóstico e tempo de utilização
de cadeira de rodas (N=190)*

| | <i>Mín</i> | <i>Máx</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|--|------------|------------|----------|-----------|
| Educação formal (anos de escolaridade completos) | 1 | 23 | 9,10 | 4,44 |
| Tempo de evolução de diagnóstico (anos) | 1 | 56 | 19,63 | 11,79 |
| Tempo de utilização da cadeira de rodas (anos) | 1 | 38 | 13,96 | 9,23 |

Procedimentos

Os dados foram recolhidos através da Avaliação dos Hábitos de Vida (versão portuguesa da LIFE-H 3.1), de Noreau et al. (2003), adaptada por Martins e Pais Ribeiro (2008), da versão portuguesa da Subjective Happiness Scale, de Lyubomirsky e Lepper (1999), adaptada por Bertoquini e Pais Ribeiro (2004), da Escala de Orientação para a Vida – revista (versão portuguesa da LOT-R), da escala *Atitudes em Relação às Pessoas com Incapacidade (versão portuguesa da ATDP-O)*, de Martins e Pais Ribeiro (2007a), da Escala de Suporte Tangível de 4-Itens, adaptada por Martins e Pais Ribeiro (2008) da Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey Scale (Sherbourne & Stewart, 1991), da Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999), da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas (Martins & Pais Ribeiro, 2007b) e de um questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos.

Neste estudo descritivo, exploratório e de desenho transversal recorreremos ao software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 17.00 para o tratamento estatístico dos dados. Para a descrição da amostra foram aplicadas estatísticas descritivas simples (frequências e percentagens, bem como medidas de tendência central (*Média* ou *M*) e de dispersão (*Desvio Padrão* ou *DP*). Para as comparações da participação social (hábitos de vida) nos diferentes grupos, nomeadamente no que diz

respeito a variáveis como diagnóstico, ocupação actual, estado civil e ocupação actual, utilizaram-se os testes estatísticos *One-Way ANOVA*. As diferenças entre dois grupos foram testadas recorrendo ao *t Student* para amostras independentes, correspondendo às variáveis sexo e situação sociofamiliar. O estudo da correlação entre a Participação Social e as variáveis felicidade subjectiva, optimismo, auto-eficácia, satisfação com o suporte social, atitudes em relação à incapacidade, apoio social tangível, educação formal e idade realizou-se através do coeficiente de Pearson. No que diz respeito ao estudo dos indicadores preditivos da QV mais explicativos, utilizámos o teste estatístico *Regressão Linear Múltipla (Hierárquica)*. Os pressupostos para a sua aplicação foram garantidos.

RESULTADOS

Os resultados mostram uma correlação de Pearson moderada entre a auto-eficácia ($r=0,46$, $p<0,001$) e a participação social e correlações baixas desta com a educação formal ($r=0,25$, $p<0,01$), com o apoio social tangível ($r=-0,24$, $p<0,01$) e com a atitude em relação à incapacidade ($r=0,34$, $p<0,001$). Quanto à situação socio-familiar, podemos verificar que quem vive sozinho apresenta um valor médio de participação social superior (8,04), comparativamente ao grupo dos que vivem acompanhados (6,11), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($t=8,14$, $p<0,001$). Esta amostra apresenta, ainda, diferenças (ANOVA) estatisticamente significativas nos valores médio da participação social quanto ao diagnóstico clínico ($F=8,63$, $p<0,001$) e à ocupação actual ($F=3,32$, $p<0,01$). Os indivíduos com distrofias e miopatias revelam o valor médio de participação social mais baixo (5,07), enquanto que os indivíduos com lesão vertebro-medular revelam o valor médio mais alto (7,25). Os indivíduos que trabalham por conta de outrem revelam maior participação social (7,41), ao passo que os reformados e desempregados por razões de saúde revelam menores (5,69 e 5,44, respectivamente). Não foram encontradas relações estatisticamente significativas com a idade, estado civil, tempo de diagnóstico e tempo de uso da cadeira de rodas, satisfação com o suporte social (emocional), optimismo ou felicidade subjectiva.

Na análise de regressão linear múltipla hierárquica fizemos entrar as variáveis em três blocos distintos. A nossa opção foi entrar primeiro com as variáveis psicológicas, seguidas das variáveis sociodemográficas; as variáveis clínicas entram no 3º passo.

Assim sendo, e como podemos constatar no Quadro 3, no 1º passo, a felicidade subjectiva, o optimismo, as atitudes em relação à incapacidade e a auto-eficácia (variáveis psicológicas) explicam 25% da variância da participação social ($\Delta r^2=0,25$). Quando adicionámos os indicadores sociodemográficos (2º passo) – sexo, idade, educação formal, apoio social tangível, situação sociofamiliar e ocupação actual – o poder explicativo da variância da participação social aumentou 5% ($\Delta r^2=0,05$). Por fim, quando adicionámos ao modelo as variáveis clínicas – diagnóstico, tempo de evolução da condição e tempo de utilização de cadeira de rodas – o incremento foi inferior a 1% ($\Delta r^2=0,002$), não sendo a mudança resultante desta entrada estatisticamente significativa. No seu conjunto, esta equação de regressão explica 30% ($r^2_{adj}=0,30$) da variância total da participação social. O modelo apresenta um bom ajustamento das variáveis preditoras face à variável critério participação social [$F_{(7,138)}=9,99, p<0,001$].

Observando os coeficientes standardizados (β), podemos perceber o valor preditivo de cada variável introduzida no modelo calculado. Deste modo, no 1º passo existe uma relação positiva estatisticamente significativa da auto-eficácia ($\beta=0,44, p<0,001$) e da atitude em relação à incapacidade ($\beta=0,27, p<0,01$), revelando que quanto mais alta for a pontuação destas variáveis, melhor será o seu perfil de participação [$F_{(5,140)}=10,90, p<0,001$]. O optimismo, a felicidade subjectiva e a satisfação com o suporte social emocional não revelam poder preditivo a um nível estatisticamente significativo. Quando observamos o 2º passo, aos indicadores psicológicos juntámos os sociodemográficos. Apenas o apoio social tangível ($\beta=-0,22, p<0,01$) apresenta uma influência positiva significativa na participação social dos utilizadores de cadeira de rodas. No 3º passo, foram adicionados os indicadores clínicos, estes não revelam poder preditivo a um nível estatisticamente significativo. Em suma, os resultados mostram um modelo em que os determinantes psicológicos, e o apoio social tangível são indicadores da participação social e em que as características sociodemográficas e clínicas não contribuem na explicação da variância que é explicada da participação social.

DISCUSSÃO

Globalmente, os participantes apresentam restrições moderadas no desempenho de actividades socialmente definidas e em contexto real (6,50/10). As actividades básicas da vida (nutrição, *fitness*, cuidados

pessoais, comunicação, habitação e mobilidade) e as regras sociais (responsabilidades, relações interpessoais, vida comunitária, educação, emprego e recreação) são realizadas com dificuldade moderada e quando comparamos os valores médios destas duas sub-escalas (6,34/10 vs. 6,31/10) verificamos que são muito aproximados, o que sugere que os utilizadores de cadeira de rodas em idade activa apresentam níveis idênticos de desempenho, quer seja nas actividades básicas da vida ou nas regras sociais.

As três categorias que demonstraram níveis mais baixos de participação são a mobilidade (4,33/10), a vida comunitária (4,66/10) e a recreação (4,27/10). Por outro lado, as áreas com menos restrições verificaram-se ao nível das responsabilidades (7,68/10), das relações interpessoais (8,79/10) e da comunicação (8,82/10); talvez porque no estudo se excluíram as condições de doença mental e deficiência mental ou cognitiva. Perante uma amostra em idade activa, não queremos deixar de salientar que a realização ao nível do emprego, da educação e da habitação está também bastante afectada, apresentando valores de 5,14/10, 5,67/10 e 5,17/10, respectivamente, o que pode significar que embora as pessoas estejam inseridas profissionalmente ou na escola/universidade, a qualidade do seu desempenho e a qualidade da sua vida são fracos. Se actividades relacionadas com a manutenção da habitação e dos espaços circundantes podem ser conseguidas com a ajuda de terceiros, que nem têm que ser familiares, podendo estar a cargo de uma empregada, já o entrar e sair da habitação e a deslocação no seu interior poderão condicionar a independência destas pessoas, impedindo-as de, entre outras coisas, viver sozinhas. Este aspecto é relevante porque, embora não explorado neste estudo, alerta para a relação que a participação pode ter com a acessibilidade do meio ambiente, incluindo não só os espaços públicos, mas a própria habitação.

Participar activamente numa comunidade desenvolve competências e controlo sobre si mesmo e sobre os outros (Chavis & Wandersman, 1990), o que promove o sentido de pertença e as interacções sociais, pressupondo-se, então, que as suas necessidades e expectativas relativamente à realização de actividades básicas ou regras sociais não são necessariamente diferentes das da população em geral. Podemos, então, concluir que de acordo com os perfis teóricos explicativos/conceptuais que obtivemos, acreditamos que a promoção de saúde e da participação social dos utilizadores de cadeira de rodas deverá passar por abordagens e estratégias onde a auto-eficácia, a atitude perante a incapacidade e o apoio

social tangível sejam chaves fundamentais. De que forma? Ajudando os utilizadores de cadeira de rodas a conseguir melhores resultados nas actividades com significado nas suas vidas, controlando o nível de dificuldade/reduzindo o feedback negativo, promovendo a descoberta de soluções e de novas capacidades, etc., em vez de tentar curar as consequências de doenças ou lesões (modelo biomédico). Este é o início de uma primeira reflexão sobre a importância de variáveis emergentes no contexto da funcionalidade humana.

REFERÊNCIAS

- Carpenter, C., Forwell, S.J., Jongbloed, L.E., & Backman, C.L. (2007). Community participation after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 88, 427-433.
- Chavis, D.M., & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 55-81.
- Commission of the European Communities. (2007). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Situation of disabled people in the European Union: the European Action Plan 2008-2009. Brussels: CEC.
- Cox, R.J., Amsters, D.I., & Pershouse, K.J. (2001). The need for a multi-disciplinary outreach service for people with spinal cord injury living in the community. *Clinical Rehabilitation*, 15, 600-606.
- Dumont, C., Gervais, M., Fougeryrollas, P., & Bertrand, R. (2004). Towards an explanatory model of social participation for adults with traumatic brain injury. *J. Head Trauma Rehabilitation*, 19(6), 431-444.
- Fougeryrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S.A., & St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: Conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21(2), 127-141.
- Fougeryrollas, P., Tremblay, J., Noreau, L., Dumont, S., & Stonge, M. (2005). *Les personnes ayant des incapacités: encore plus pauvres et à part... qu'égaies: Les facteurs personnels et environnementaux associés à l'appauvrissement des personnes ayant des incapacités et de leurs familles. CIRRI-IRDPO Québec. Research report*. Disponível em 2 Novembro, 2006. Website: <http://www.frsq.gouv.qc.ca/recherche/index1.html>.

- Harris, J.E., & Eng, J.J. (2003) *Upper extremity impairment, activity limitation and participation restriction in persons with chronic stroke*. Paper presented at Physical Therapy APTA Congress 2003, June 18-22, Washington, DC.
- Harwood, R.H., Gompertz, P., & Ebrahim, S. (1994). Handicap one year after a stroke: Validity of a new scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 57, 825-829.
- Horowitz, B.P. (2002). Occupational therapy home assessments: Supporting community living through client-centered practice. *Occupational Therapy and Mental Health*, 18, 1-17.
- Institute of Medicine. (2007). *The future of disability in America*. Washington, DC: IOM.
- Johnson, R.L., Gerhart, K.A., McCray, J., Menconi, J.C., & Whiteneck, G.G. (1998). Secondary conditions following spinal cord injury in a population-based sample. *Spinal Cord*, 36, 617-630.
- Kennedy, P., Lude, P., Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95-105.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H.S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J.L. (2007a). *Estudo de adaptação do Questionário Atitudes em Relação às Pessoas com Incapacidade (Versão portuguesa da ATDP-0)*. X Congresso Internacional e Multidisciplinar do Centro de Psicopedagogia, FPCE-UC, 29-30 Maio 2007, Coimbra.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J.L. (2007b). *Development and validation of the wheelchair-related self-efficacy scale (portuguese version)*. 15th Congress World Confederation of Physical Therapy, 2-6 June, Vancouver, Canada.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J. L. (2008). Estudo de validação da escala de suporte social tangível de 4-itens, adaptada da Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey Scale. In I. Leal, J.L. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 95-98). Lisboa: ISPA.
- National Institute on Disability and Rehabilitation Research. (NIDRR). (2005-2009). *Long range plan for fiscal years 2005-2009*. [Versão Electrónica]. Disponível em 12 Setembro, 2007. Website: <http://www.ed.gov/legislation/FedRegister/other/2006-1/021506d.html>
- National Spinal Cord Injury Statistical Center (NSCISC). (2006). *Spinal cord injury: Facts and figures at a glance*. Birmingham, AB: UAB. Disponível em 12 Setembro, 2007. Website: www.spinalcord.uab.edu.

- Noreau, L., & Fougereyrollas, P. (2000). Long-term consequences of spinal cord injury on social participation: The occurrence of handicap situations. *Disability and Rehabilitation*, 22, 1783-803.
- Noreau, L., Fougereyrollas, P., & Tremblay, J. (2003). *Measure of Life Habits LIFE-H User's Manual*. INDCP, Lac-Saint-Charles, Quebec: National Library of Canada.
- Pound, P., Gompertz, P., & Ebrahim, S. (1998). A patient-centred study of the consequence of stroke. *Clinical rehabilitation*, 12, 338-347.
- Rimmer, J.H. (2006). Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 28 (17), 1087-1095.
- Sherbourne, C.D., & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Vik, K., Lilja, M., & Nygard, L. (2007). The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. *Scandinavica Journal of Occuppational Theraphy*, 14, 86-95.
- Whiteneck, G., Meade, M.A., Dijkers, M., Tate, D., Bushnik, T., & Forcheimer, M.B. (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1793-803.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team.

HÁBITOS DE VIDA DOS HOMENS E MULHERES COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

Anabela Correia Martins¹ / José Pais Ribeiro²

¹Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de
Coimbra; ²FPCE, Universidade do Porto

A qualidade de vida (QV) está frequentemente associada ao bem-estar subjectivo, ao afecto positivo, à diferença entre as expectativas e o que acontece na vida pessoal de uma pessoa, à felicidade, à saúde física e mental, à capacidade física para concretizar o que se quer, à satisfação com a vida global ou em áreas específicas, como a satisfação com o trabalho e as relações sociais, viver em lugar seguro, dispor de bons serviços, ter dinheiro suficiente, participar de forma plena nas actividades sociais e de recreação, e ser independente (Bowling, 2005; Calman, 1984; Ferrans & Powers, 1992; Leidy, Revicki, & Genesté, 1999; Scherer, 1996).

Participar socialmente desenvolve o sentido de pertença a uma comunidade e demonstra o contributo de cada um na sua manutenção (Kasarda & Janowitz, 1974), o que sugere que as pessoas com níveis mais elevados de participação também possam dar mais suporte aos outros, assim como perceberem mais competência e controlo sobre si e sobre o que as rodeia (Chavis & Wandersman, 1990). Turner e Turner (1999) e Cowen (2000) referem que a participação é um caminho potencialmente importante para chegar ao bem-estar e à QV.

Desde há muito que a Organização Mundial de Saúde está a trabalhar no sentido de definir e operacionalizar padrões para avaliar a QV. Embora não esteja expressamente conceptualizado na ICF, este conceito não lhe é alheio, uma vez que os constructos da Funcionalidade ou Incapacidade têm, inevitavelmente efeito sobre a mesma (Andresen & Meyers, 2000; Post et al., 1999; Chatterji et al., 2002; WHO, 2001). Assumindo, assim, a ICF como a base teórica deste estudo (*theoretic framework*) assumimos a ligação das componentes da funcionalidade e incapacidade com o conceito de QV, como também já tinha sido sugerido por Whiteneck (2006).

O contacto próximo ao longo de vários anos com pessoas com lesão vertebro-medular (LVM), assim como os estudos de Calman (1984), Dijkers (1997), Murphy e Young (2005) e Scherer e Cushman (2001), levaram-nos à seguinte consideração: se a QV e a satisfação com a vida estão associadas ao equilíbrio entre as expectativas e a realização, a participação social será um determinante da QV.

Este estudo tem como finalidade relacionar os conceitos de QV e de participação social; registar o perfil de participação social (hábitos de vida) dos homens e das mulheres com LVM em idade activa; e identificar as diferenças entre o género.

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram recrutados em vários locais onde recebiam serviços de Fisioterapia ou na comunidade, foram informados dos objectivos do trabalho e assinaram o respectivo consentimento.

A amostra de conveniência contemplou 82 pessoas com LVM, cuja média de idade $M=39,91$ anos; $DP=10,83$; o sexo masculino corresponde a 84% da amostra, aproximado do que se estima ser o *ratio* homem-mulher (1:4). Como podemos verificar no Quadro 1, não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros no que respeita a nenhuma das variáveis sociodemográficas e clínicas consideradas.

Quadro 1

Caracterização da amostra quanto à idade, educação formal, tempo de diagnóstico, tempo de utilização da cadeira de rodas e apoio social tangível (comparação entre géneros)

| | Género (n) | M (DP) | t | p |
|-----------------------|------------------|---------------|-------|------|
| Idade | Feminino (n=12) | 34,83 (8,50) | -1,78 | 0,07 |
| | Masculino (n=70) | 40,79 (11,00) | | |
| Educação Formal | Feminino (n=12) | 11,17 (4,82) | 1,61 | 0,11 |
| | Masculino (n=70) | 8,84 (4,58) | | |
| Tempo Diagnóstico | Feminino (n=12) | 13,92 (7,69) | -0,40 | 0,68 |
| | Masculino (n=70) | 15,13 (9,87) | | |
| Tempo utilização CR | Feminino (n=12) | 12,58 (7,98) | -0,59 | 0,55 |
| | Masculino (n=70) | 14,31 (9,53) | | |
| Apoio social tangível | Feminino (n=12) | 16,42 (4,77) | -0,76 | 0,45 |
| | Masculino (n=70) | 17,31 (3,59) | | |

Procedimentos

Os dados foram recolhidos através da Avaliação dos Hábitos de Vida (versão portuguesa da LIFE-H 3.1), de Noreau et al. (2003), adaptada por

Martins e Pais Ribeiro (2008a), do Índice de Qualidade de Vida – Versão Utilizadores de Cadeira de Rodas, de Martins e Pais Ribeiro (2008b) uma versão adaptada do *Quality of Life Index* (QLI), desenvolvido por Ferrans e Powers (1985) para medir a QV em termos de satisfação com a vida e de um questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos. Neste estudo descritivo, exploratório e de desenho transversal recorreremos ao software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 17.00 para o tratamento estatístico dos dados. Para a descrição da amostra foram aplicadas estatísticas descritivas simples (frequências e percentagens, bem como medidas de tendência central (*Média* ou *M*) e de dispersão (*Desvio Padrão* ou *DP*). O estudo da correlação entre a participação social e a QV realizou-se através do coeficiente de Pearson. Para analisar as diferenças da participação social (hábitos de vida) e da QV entre os dois grupos (masculino e feminino), recorreremos ao *t Student* para amostras independentes.

RESULTADOS

A QV percepcionada é superior ao valor médio (19/30) para a população em geral [homens (21/30), mulheres (22/30)]. Esta diferença entre géneros, para além de ser pequena, não é estatisticamente significativa. Pesquisando a relação entre a QV e os Hábitos de Vida, os resultados mostram uma associação positiva ($r=0,30$; $p<0,05$) e estatisticamente significativa. Igualmente positivas e estatisticamente significativas são as relações entre as sub-escalas Actividades Básicas da Vida ($r=0,36$; $p<0,01$) e Regras Sociais ($r=0,25$; $p<0,05$) e a QV, demonstrando que as actividades básicas da vida se sobrepõem às regras sociais na explicação da QV. Globalmente, as mulheres apresentam menos restrições (7,88/10) no desempenho de actividades socialmente definidas e em contexto real do que os homens (7,15/10), mas essa diferença não tem significado estatístico. Considerando particularmente alguns hábitos de vida dos homens e das mulheres, confirmam-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios Vida Comunitária ($t=1,95$, $p=0,05$), onde estão incluídas actividades como ir ao supermercado, centros comerciais e lojas de conveniência e Emprego ($t=2,68$, $p=0,01$), onde elas pontuam mais alto (M: 6,62/10; H: 5,07/10) e (M: 7,65/10; H: 5,90/10), respectivamente. Outras diferenças, sem significado estatístico, mas com significado

psicossocial, foram ainda verificadas: as categorias em que as mulheres apresentam menos restrições do que os homens estão relacionadas com Nutrição (M: 7,75/10; H: 7,13/10), *Fitness* (M: 7,44/10; H: 6,99/10), Cuidados Pessoais (M: 8,44/10; H: 7,10/10), Habitação (M: 6,26/10; H: 5,38/10), Mobilidade (M: 5,57/10; H: 5,02/10), Responsabilidades (M: 9,45/10; H: 8,63/10), Educação (M: 7,38/10; H: 6,01/10) e as categorias em que demonstram níveis mais baixos de participação do que os homens são a Recreação (M: 4,80/10; H: 5,12/10), a Comunicação (M: 9,17/10; H: 9,41/10), as Relações Interpessoais (M: 8,20/10; H: 9,43/10). Se nas duas últimas categorias a pontuação é superior a 8, correspondendo a restrições ligeiras (Fougeyrollas *et al.*, 2005), a pontuação na Recreação é inferior a 5, sendo considerada, pelos mesmos autores, na transição entre grave e moderada.

DISCUSSÃO

No que diz respeito à QV, as pessoas com LVM revelam relativa satisfação com as suas vidas, uma vez que os valores médios do QLI foram superiores a 19 (0-30). Estes resultados vão ao encontro dos reportados por Albrecht e Devlieger (1999), quando afirmaram que as pessoas com incapacidade física podem não experienciar necessariamente impacto negativo da sua condição sobre a QV. Estudos como o de Andresen, Fouts, Romeis, e Brownson (1999) realizado nos Estados Unidos da América, de Leduc e Lepage (2002), no Canadá ou de Westgren e Levi (1998), na Suécia concluíram o contrário, mas Elfstrom, Rydén, Kreuter, Taft, e Sullivan (2005) que também obtiveram resultados semelhantes a esses estudos, alertaram para uma possível razão/limitação: a utilização do MOS SF-36, o instrumento usado nesses estudos, pode ter colocado problemas aos participantes que usavam cadeira de rodas uma vez que este instrumento apresenta itens relacionados com o andar, o que pode ter estado na origem de algum enviesamento. A relação positiva entre a QV e o desempenho social já tinha sido confirmada por Zimmerman (2000) e por outros investigadores, especialmente em populações mais velhas (Elliot & Barris, 1987; Lau, Chi, & McKenna, 1998; Levasseur, Desrosiers, & Noreau, 2004; Prince, Harwood, Blizard, Thomas, & Mann, 1997), com e sem doenças crónicas (Patrick, Kinne, & Engelberg, 2000).

Por esse motivo, o nosso estudo só veio reforçar que a participação social também é determinante da QV das pessoas com LVM.

Demonstrou-se, ainda, que as actividades básicas da vida se sobrepõem às regras sociais na explicação da QV. Associamos este facto aos perfis socio-profissional e sociofamiliar dos participantes, lembrando que mais 61% dos participantes trabalham ou estudam e 28% vivem sozinhos. Assim, por oportunidade ou por necessidade, as actividades sociais fazem naturalmente parte do seu quotidiano. Estando associadas a aspirações, permitem-lhes viver experiências de valorização e reconhecimento social. Contrariamente, as actividades básicas diárias, embora possam ter sido adquiridas há mais tempo, não promovem menos realização, até porque são requisitos à independência.

Embora, genericamente, não se tenham detectado diferenças estatisticamente significativas na QV e nos hábitos de vida das mulheres e dos homens com LVM, verificou-se que relativamente a algumas categorias, homens e mulheres com LVM apresentam perfis de participação distintos. Com as devidas precauções, especialmente porque estamos a lidar com uma amostra de apenas 12 mulheres, parece-nos que os nossos resultados reforçam alguns estereótipos de género, nomeadamente, a divisão de tarefas e de papéis na sociedade.

A maioria das sociedades considera que algumas tarefas, funções, atitudes, comportamentos e expectativas são próprias da mulher e outros do homem. Através destas regras nas relações sociais de sexo, as actividades de âmbito privado – doméstico têm sido confinadas como femininas e as de âmbito público como masculinas. Nesta amostra, as mulheres apresentam melhores desempenhos em actividades relacionadas com a selecção de alimentos apropriados para as suas refeições, de acordo com os seus gostos e necessidades específicas (quantidade e tipo de alimentos), com a preparação das suas refeições (incluindo o uso de electrodomésticos de cozinha) e com a habitação, por exemplo: manter a habitação (limpeza, lavagem de roupa, pequenas reparações, etc.), manter os espaços circundantes à habitação (relva, jardim, manter os passadiços limpos, etc.), deslocar-se dentro da habitação e no espaço circundante à habitação (quintal, jardim, etc.), assim como usar os utensílios e equipamentos da habitação (bancas, mesas, sistemas de aquecimento, etc.), fazer pagamentos e planear o orçamento, ir ao supermercado, centros comerciais ou lojas de conveniência. Por outro lado, apresentam pior desempenho em actividades de recreação, incluindo praticar desportos, assistir a eventos desportivos (futebol, etc.), ir a concertos, ao cinema ou ao teatro, viajar,

visitar locais históricos e espaços verdes, participar em actividades ao ar livre ou usar os serviços recreativos próximos da habitação (biblioteca, centro cultural e recreativo, clube, etc.). Em contrapartida, o melhor desempenho das mulheres na educação e no emprego parecem contrariar não só os estereótipos como as próprias estatísticas (INE, 1998) que afirmam que numa perspectiva genérica, a maioria da população inactiva é feminina (64%) e é também junto das mulheres que o desemprego se regista com maior intensidade. Segundo Perista (1999), uma maior percentagem de mulheres ao nível de ensino superior surge como estratégia para colmatar à subvalorização que é atribuída às suas capacidades, ou seja, exigem-se qualificações reais mais elevadas às mulheres quando o objectivo é a obtenção de determinado emprego ou a ascensão a um cargo profissional mais elevado. Se, habitualmente, o período de realização de formação coincide para as mulheres com uma dupla jornada de trabalho, trabalho remunerado e trabalho doméstico, e porque este último regista uma partição desigual entre cônjuges, não são de estranhar as desigualdades a este nível. Para a maioria das mulheres que trabalham a tempo inteiro, sobram também as tarefas domésticas não remuneradas e o cuidar de crianças e de familiares. Estas obrigações sobrecarregam o trabalho quotidiano das mulheres e representam uma pressão suplementar, sobretudo quando existe uma incompatibilidade entre o horário de trabalho e a vida privada. A nossa amostra feminina é maioritariamente solteira e divorciada (apenas uma é casada), o que poderá justificar em parte a disponibilidade para o trabalho, até porque detêm mais qualificações académicas do que os homens.

REFERÊNCIAS

- Albrecht, G.L., & Devlieger, P.J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Sciences and Medicine*, 48(8), 977-988.
- Andresen, E.M., Fouts, B.S., Romeis, J.C., & Brownson, C.A. (1999). Performance of health-related quality-of-life instruments in a spinal cord injured population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(8), 877-884.
- Andresen, E.M., & Meyers, A. R. (2000). Health-related quality of life outcomes measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(Suppl. 2), S30-S45.

- Bowling, A. (2005). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (3rd Ed.). Buckingham: Open University Press / McGraw Hill.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients – An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Chatterji, S., Ustun, B., Sadana, R., Salomon, J., Mathers, C., & Murray, C. (2002). *The conceptual basis for measuring and reporting on health*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper N. 45. Geneve: World Health Organization.
- Chavis, D.M., & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 55-81.
- Cowen, E.L. (2000). Community psychology and routes to psychological wellness. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer/Plenum.
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: A meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 35(12), 829-840.
- Elfstrom, M.L., Rydén, A., Kreuter, M., Taft, C., & Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 9-16.
- Elliot, M., & Barris, R. (1987). Occupational role performance and life satisfaction in elderly persons. *Occupational Therapy Journal of Research*, 7(4), 216-224.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8, 15-24.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing and Health*, 15, 29-38.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (1998). Inquérito ao Emprego.
- Kasarda, J.D., & Jnowitz, M. (1974). Community attachment in Mass society. *American Sociological Review*, 39(3), 328-339.
- Lau, A., Chi, I., & McKenna, K. (1998). Self-perceived quality of life of Chinese elderly people in Hong Kong. *Occupational Theraphy International*, 5, 118-139.
- Leduc, B.E., & Lepage, Y. (2002). Health-related quality of life after spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 24(4), 196-202.
- Leidy, N.K., Revicki, D.A., & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health* 2(2), 113-127.

- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation*, 26(20), 1206-1213.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J.L. (2008a). *Estudo de validação da avaliação dos hábitos de vida (Versão portuguesa do LIFE-H 3.1 General Short Form)*. Trabalho apresentado no 7º Congresso Nacional de Fisioterapeutas, Lisboa, 13-15 Novembro 2008.
- Martins, A.C., & Pais Ribeiro, J.L. (2008b). *Estudo de Validação do Índice de Qualidade de Vida (Versão portuguesa do QLI-Quality of Life Index)*. 7º Congresso Nacional de Fisioterapeutas, 13-15 Novembro 2008, Lisboa.
- Murphy, G.C., & Young, A.E. (2005). Employment participation following spinal cord injury: Relation to selected participant demographic, injury and psychological. *Disability and Rehabilitation*, 00(0), 1-10.
- Patrick, D.L., Kinne, S., Engelberg, R.A., & Paerlman, R.A. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(8), 779-785.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., & Mann, A.H. (1997). Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. *Psychological Medicine*, 27(2), 323-332.
- Noreau, L., Fougereyrollas, P., & Tremblay, J. (2003) *Measure of Life Habits LIFE-H User's Manual*. INDCP, Lac-Saint-Charles, Quebec: National Library of Canada.
- Perista, H. (1999). *Os usos do tempo e o valor do trabalho. Uma questão de género*. CESIS. Estudo realizado para a Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego. Coleção Estudos. Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Post, M.W.M., van Asbeck, F.W.A., van Dijk, A.J., & Schrijvers, A.J.P. (1999). Services for spinal cord injured: Availability and satisfaction. *Spinal Cord*, 35, 109-115.
- Scherer, M.J. (1996). Outcomes of assistive technology use on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 18, 439-448.
- Scherer, M., & Cushman, L. (2001). Measuring subjective quality of life following spinal cord injury: A validation study of the "Assistive Technology Device Predisposition Assessment". *Disability and Rehabilitation*, 23(9), 387-393.
- Turner, R.J., & Turner, J.B. (1999). Social Integration and Support. In C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer US.
- Westgren, N., & Levi, R. (1998). Quality of life and traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1433-1439.

- Whiteneck, G. (2006). Conceptual models of disability: Past, present & future. In M.J. Field, A.M. Jette, & L. Martin (Eds.), *Workshop on disability in America: A new look* (pp. 50-66). Washington, DC: National Academies Press.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team.
- Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analyses. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-63). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

LIDAR COM A PERCEPÇÃO DA MORTE:
UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE IDADES E GÉNERO

*Anabela Pereira¹ / Cláudia Chaves² / Emília Coutinho² /
Elisabete de Jesus² / Paula Vagos¹ / Lígia Ribeiro¹ / Ana Pinto¹ /
Ana Correia¹ / Débora Gonçalves¹*

¹Universidade de Aveiro; ²Escola Superior de Saúde de Viseu do IPV

A morte é uma experiência universal, complexa, sendo considerada sob diversas perspectivas, de acordo com a cultura e a sociedade em que se insere. Na sociedade ocidental, por exemplo, a morte é ainda considerada um tabu, difícil de aceitar, ainda que seja reconhecida como o término do ciclo biológico dos seres vivos (Arregui, 1992; Tomer, 2000).

Os hábitos, crenças e atitudes próprios de uma determinada cultura orientam o indivíduo e reflectem as diferenças que se sentem de sociedade para sociedade (Gutierrez & Ciampone, 2007), sendo a forma como os indivíduos lidam com a adversidade da morte o que faz a diferença, tal como foi evidenciado em vários estudos internacionais (Feifel, 1990), bem como no estudo nacional acerca da tragédia da queda da Ponte de Entre-os-Rios, realizado por Ferreira (2007).

Estudos sobre a morte são reduzidos, sendo alguns mais focalizados na perspectiva cultural e social, valorizando os rituais de passagem ou religiosos (Oliveira & Amorim, 2008), e outros cujo enfoque tem recaído sobre os profissionais de saúde que lidam com a doença, especialmente os enfermeiros, médicos e outros técnicos que trabalham em contexto tanatológico (Kovács, 2008). A maioria dos trabalhos realizados sobre a morte e o processo de morrer são aplicados à saúde, bem como à percepção que os técnicos desta área têm sobre esta temática (Lester, 1990). Especificamente na área da Psicologia, os estudos têm sido focalizados sobre o luto, lidar com a morte (Kastenbaum, 1992; Worden, 2002) e respectiva intervenção psicoterapêutica (Carr, 2001; Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006). Actualmente têm merecido destaque os estudos sobre a avaliação da ansiedade da morte na perspectiva da morte e do processo de morrer (Naderi & Esmaili, 2009; Neimeyer, Moser, & Wittkowski, 2003).

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objectivo avaliar a preocupação e ansiedade que os indivíduos têm acerca da morte e do processo de morrer.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 553 indivíduos, de idades compreendidas entre 18 e 65 anos de ambos os sexos. Responderam a este questionário 59.8% dos inquiridos são do sexo feminino e 40.2% do sexo masculino. A média de idades da amostra é de 32 anos. A amostra não probabilística por conveniência, constituída por estudantes de várias licenciaturas da Universidade de Aveiro e da Escola Superior de Saúde do IPV e outros inquiridos com vários estatutos sócio económicos.

Material

O instrumento utilizado foi a “Escala do medo da morte de Collett-Lester”, traduzido e adaptado para português por Pereira (2008). É uma versão revista da escala original que contém 28 itens, direccionados para avaliar a preocupação e ansiedade sentida em relação aos aspectos da morte e o processo de morrer, fazendo a distinção entre “morte” e “morrer” e o “eu” e os “outros”. Contém quatro sub-escalas: medo da própria morte, medo da morte dos outros, medo de morrer e medo que os outros morram (Lester, 1990). No estudo elaborado por este autor sobre a capacidade psicométrica da escala, obteve-se correlações de Alpha de Cronbach entre 0,72 e 0.90, o que traduzem uma boa consistência interna.

No presente estudo, e no que se refere aos valores de Alpha de Cronbach, observamos que estes variam entre 0.92 e 0.93, sugerindo uma consistência interna muito boa. As médias das respostas oscilaram entre 2.38 e 4.51, com desvios padrão a variar entre 0.87 e 1.41, permitindo-nos dizer que os itens da escala estão relacionados entre si.

RESULTADOS

Utilizamos o teste U de Mann-Whitney entre a variável em estudo (percepção da morte) e o sexo. Assim, observamos que existe diferenças nas ordenações médias entre os dois sexos, sendo esta diferença estatisticamente altamente significativa ($p=0,0001$). Deste modo, os

inquiridos do sexo feminino têm valores mais elevados do que os do sexo oposto. Assim, há influência do género na percepção que os indivíduos têm da morte.

No intuito de determinarmos a existência de uma relação entre a percepção que os inquiridos têm da morte e a idade efectuamos uma regressão linear simples, verificando que a correlação é positiva ($r=0,56$), o que significa que a percepção que os indivíduos têm da morte é influenciada pela idade, sendo tal associação estatisticamente significativa ($p=0,04$).

Em síntese, os resultados quando comparados por grupos, revelaram que os indivíduos mais velhos apresentam valores mais elevados em todas as escalas, indicador de uma maior dificuldade em lidar com a morte e o processo de morrer. Quando comparados por género são os indivíduos do sexo feminino que apresentam valores mais elevados.

Tais dados poderão ser explicados na medida em que os indivíduos mais velhos se aproximam mais facilmente do ciclo vital final. Os indivíduos mais jovens percebem a morte como muito distante, facilitando uma percepção mais optimista para lidar com o assunto, tal como é referido nos estudos de Tomer (2000) e de Neimeyer, Wittkowski, e Moser (2004).

No que concerne às mulheres, apesar de alguns dados serem indicadores de que estas se encontram melhor preparadas para lidar com a morte (Oliveira & Amorim, 2008), os nossos dados não confirmam essas investigações, devendo ser realizados mais estudos, que possam clarificar estas discrepâncias de resultados. Além disso, deverão ser tidas em consideração outras variáveis que não foram incluídas no estudo e que poderão ser o cerne da forma como cada um percebe e vivencia a morte, tal como a religiosidade.

No estudo psicométrico efectuado à Escala do Medo e da Morte de Collett-Lester, verificamos que esta tem uma consistência interna muito boa, com valores que vão ao encontro dos estudos de Lester (1990).

Apesar das limitações deste estudo, acreditamos que os resultados que obtivemos poderão servir para investigações futuras e mais profundas ao nível da produção de conhecimentos sobre uma área pouco explorada e que diz respeito a todos nós.

A morte, qual fim doloroso inevitável que foge ao nosso auto-controlo, deverá ser uma das prioridades da nossa educação. Nesse sentido, acreditamos que uma das estratégias mais eficazes para melhor lidar com ela será a aposta na Formação desde a infância até à velhice, englobando a temática da morte na educação para a saúde, sendo esta uma das prioridades da Psicologia da Saúde.

REFERÊNCIAS

- Arregui, J. (1992) *El horror de morir: El valor de la muert en la vida humana*. Barcelona: Tibidabo Ediciones S.A.
- Carr, D. (2001). A “good death” for psychological distress among older widowed persons. *Journal of Heath and Social Behavior*, 1-34.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: Meaningful rediscovery. *American Psychologist*, 45, 537-543.
- Ferreira, C. (2007) *O comportamento humano e o processo de luto na tragédia de Entre-os-Rios*. Dissertação de Mestrado na Publicada. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Gutierrez, B., & Ciampone, M. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41(4), 660-667.
- Kastenbaum, R. (1992). *The psychology of death* (2nd ed.). New York: Springer.
- Kovács, M.J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468
- Lester, D. (1990). The Collett-Lester fear of death scale: The original version and a revision. *Death Studies*, 14, 451-468.
- Naderi, F., & Esmaili E. (2009). Collet-Lester fear of death scale validation and gender-based comparation of death anxiety, suicide ideation and life satisfaction in university students. *Journal Applied Sciences*, 9(18), 3308-3316.
- Neimeyer, R.A., Moser, R.P., & Wittkowski, J. (2003). Assessing attitudes toward dying and death: Psychometric considerations. *Omega*, 47, 45-76.
- Neimeyer, R.A., Wittkowski, J., & Moser, R.P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
- Oliveira W., & Amorim R. (2008). A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Ver. Gaúcha Enferm.*, 29(2), 191-198.
- Pereira, A. (2008). *Escala do medo da morte de Collett-Lester. Versão portuguesa*. Disponível em <http://www.stresslab.pt.vu>
- Stroebe, S.M., Folkman, S., Hansson, O.R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451.
- Tomer, A. (Ed.). (2000). *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Worden, W.J. (2002). *Grief counseling and grief therapy. A handbook for the mental health practioner*. New York: Springer Publishing Company.

SECOND LIFE: UM NOVO DESAFIO
À INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

*Anabela Pereira / Gustavo Vasconcelos / Paula Vagos / Luísa Santos /
Sara Monteiro / José Tavares*

Universidade de Aveiro

A psicologia da saúde, pretende otimizar a influência de processos psicológicos e sociais na promoção do bem-estar e saúde, procurando desenvolver, testar e aplicar teorias acerca do papel desempenhado por factores psicológicos nas causas, progressão e consequências da saúde e doença (Ribeiro, 2005).

Ainda que o seu papel na promoção da saúde e prevenção da doença seja claro, a psicologia tem falhado em responder de forma válida às crescentes exigências a nível da saúde mental. Os psicólogos têm sido ultrapassados por outros profissionais de saúde na definição e divulgação de formas de intervenção eficazes e cientificamente validadas (Baker, McFall, & Shoham, 2009).

Novos desafios se colocam, portanto, à psicologia e, em particular, à psicologia da saúde. De entre eles, trabalhos recentes salientam a necessidade de que os psicólogos da saúde desenvolvam competência contextual, de que seja aumentada a evidência de intervenções psicológicas para promoção da saúde, de que sejam considerados e integrados os avanços tecnológicos na intervenção psicológica para promoção da saúde, e de que sejam refinados e alargados os modelos teóricos da psicologia da saúde (Keefe & Blumenthal, 2004).

O recurso a tecnologias da comunicação tem-se tornado, nos últimos 15 anos, um método familiares de diagnóstico, terapia, educação e treino na prática psicológica clínica e da saúde (Riva, 2005). A internet em particular tem se desenvolvido rapidamente como um meio e um foco para a investigação e intervenção em psicologia da saúde (Kraft & Yardley, 2009), tendo sido comprovada a eficácia das intervenções virtuais na promoção e manutenção da saúde, nomeadamente a nível dos conhecimentos obtidos e da prática de comportamentos de saúde. Esta realidade obriga a uma crescente preocupação sobre o processo interactivo de construção, avaliação e validação da intervenção na saúde mediada por computadores e por recurso à internet como ferramenta de comunicação (Portnoy, Scott-Sheldon, Johnson, & Carey, 2008), considerando aspectos como a autonomia, conhecimento e feedback dado aos pacientes, e a

complexidade, métodos e directrizes de avaliação dos procedimentos interventivos (Kraft & Yardley, 2009).

O USO DE FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS NA PSICOLOGIA DA SAÚDE

A prática psicológica tem evoluído para responder às potencialidades e desafios colocados pelo recurso a ferramentas tecnológicas de comunicação como veículo de intervenção. Com a crescente expansão e democratização da Internet, têm surgido novas formas de intervenção em saúde mental, alternativas ao face a face ou às linhas telefónicas. A ciberterapia, também denominada terapia online pode ser definida como “qualquer tipo de interacção terapêutica profissional que faz uso da Internet para ligar profissionais da saúde mental com os seus clientes” (Rochlen, Zach, & Spence, 2004, p.270). Neste contexto, podemos também falar de cibergrupoterapia, ou seja, a terapia de grupo através da Internet e ainda de ciber *peer counseling*, ou apoio de pares virtual.

Estas iniciativas são hoje uma realidade facilmente acessível ao navegarmos na Internet. Desde há alguns anos que estão disponíveis serviços de aconselhamento (Efsthathiou & Kalantzi-Azizi, 2005), comunidades informais para aprendizagem sobre saúde mental (Richards & Tangney, 2008), e grupos de apoio de pares (*peer counselling*) (Drees, 2005; Freeman, Barker, Pistrang, Keane, & McAteer, 2005). Contudo, a maioria destes projectos, baseia-se essencialmente, em tecnologias de segunda geração, tais como os emails, fóruns, *blogs* ou as salas de conversação (Eysenbach, Powell, Englesakis, Rizo, & Stern, 2004).

A utilização de ambientes virtuais, como o *Second Life* (SL), em intervenções na saúde mental é bastante recente e inovadora. O SL é um ambiente virtual tridimensional de acesso gratuito, que imita o mundo real, e que foi alvo de um crescente exponencial de utilização desde o seu lançamento online em 2003 (Au, 2009). Cada utilizador é representado por um avatar personificável que se move, interage, explora e manuseia os ambientes e outros utilizadores presentes no espaço. A facilidade de acesso e interacção, aliada à flexibilidade de métodos, conteúdos e oportunidades educacionais destes ambientes virtuais, levaram a que fossem utilizados como meio de várias iniciativas de promoção do desenvolvimento e

aprendizagem e saúde (Vagos, Santos, Pereira, Tavares, Monteiro, & Vasconcelos, 2009).

Alguns exemplos paradigmáticos são os grupos de ajuda dirigidos a públicos com problemáticas específicas, como a depressão, perturbação bipolar ou o alcoolismo (Depression 24/7 Helpline, Second Life Bipolar Support Group ou Alcoholics Anonymous), apoio de pares para pessoas com dificuldades, incidindo nas competências de *coping* e promoção da saúde mental (Mental Health Network), aconselhamento aos residentes do Second Life (Wellness Island – site oficial <http://www.slcounseling.org/nexus.htm>) e apoio aos residentes que sofram na vida real de síndrome de Asperger ou autismo (Brigadoom – site oficial: http://braintalk.blogs.com/brigadoom/2005/02/online_social_n.html).

As terapias mediadas por computador são únicas, também em psicologia da saúde, pois permitem interagir com os clientes através de diferentes vias, cada uma com os seus prós e contras e cada uma com as suas especificidades na relação entre cliente e terapeuta (Suler, 2000). Como vantagens, destaca-se, em primeiro lugar, a acessibilidade e a conveniência do serviço, quer para clientes, quer para terapeutas, pois não há a necessidade de deslocação. Depois, o anonimato é preservado, logo não há tanto estigma para o cliente ao procurar ajuda (Kraft & Yardley, 2009; Mitchell & Murphy, 1998) e este pode sentir-se mais desinibido à vontade para expor os seus problemas (Miller & Gergen, 1998). Para além disso, a própria escrita pode ser um processo terapêutico e benéfico (Pennebaker, 1997). No que diz respeito às principais desvantagens, Rochen et al. (2004) referem a perda de informação não-verbal, ou pistas visuais, a existência de mal-entendidos, a exigência de boa capacidade escrita e a possibilidade de problemas associados à verificação de identidade dos clientes, e ainda a confidencialidade dos processos terapêuticos.

Este confronto de vantagens e desvantagens acresce à premência de construir e avaliar formas de intervenção adaptadas a estes contextos virtuais, tendo em consideração uma série de desafios apontados para os ambientes virtuais e especificamente o SL por Gorini, Gaggoli, Vigna, e Riva (2008). Nomeadamente, importa reunir dados empíricos acerca dos aspectos psicológicos, comunicativos e interpessoais das interações baseadas em avatares e que demonstrem a eficácia dos mundos virtuais online nas pessoas com distúrbios mentais. A definição de um código de ética, confidencialidade, segurança e formas de aplicação não pode ser descurada, ainda mais se considerarmos que os mundos virtuais não foram criados com objectivos clínicos; é necessário adaptá-los para esse efeito.

Tendo estas ressalvas e necessidades em mente, mas acreditando no potencial dos ambientes virtuais como veículos terapêuticos, a Universidade de Aveiro procurou seguir o exemplo de algumas experiências educativas pioneiras (Kirriemuir, 2007), que utilizam o SL como forma de providenciar apoio educativo e psicológico aos seus alunos. Revisitando uma experiência inédita no nosso país de apoio de pares por recurso a linha telefónica, LUA – Linha da Universidade de Aveiro (Pereira, 1997), esta iniciativa transferiu e adaptou os serviços de *peer counselling* para um ambiente virtual.

CIBER PEER COUNSELLING: A LUA NO SL

Ainda que de uma forma breve, será aqui dado a conhecer um projecto que no seu desenvolvimento envolveu uma equipa multidisciplinar: peritos de tecnologias de informação (*settlers*) – 7; psicólogos, investigadores e docentes – 5; estudantes de psicologia voluntários (*peers*) – 15; colaboração de outras entidades (PSYLAB, SASUA, AAUAV) – 7. Contou, ainda com o apoio dos Serviços de Acção Social e da Associação Académica da Universidade de Aveiro. Todas as decisões relativas ao projecto resultaram do consenso entre os vários parceiros envolvidos.

O primeiro passo foi a construção de um espaço no ambiente virtual *Second Life*, mais concretamente no SECOND@UA (ilha da Universidade de Aveiro), constituído por um hall de convívio/espera, duas salas de consulta individual e uma sala de reuniões, convertível em sala de terapia de grupo. A confidencialidade das consultas individuais foi garantida pela subida dos gabinetes individuais a uma altitude inacessível a outros avatares (400m).

Os serviços foram então activados por um período experimental de duas semanas, em horário nocturno (das 22h à 01h da manhã), com a colaboração de docentes, psicólogos, alunos de psicologia voluntários, os quais foram submetidos previamente a uma formação sobre técnicas básicas de aconselhamento e conhecimentos sobre as principais problemáticas do ensino superior. Além da formação, a supervisão contínua foi uma constante neste processo. Para avaliarmos as actividades desenvolvidas, procedeu-se a recolha de informação considerada importante: entrada/ /presença de avatares e respectivos pedidos de consulta, e dados relativos a cada consulta efectivamente realizada.

Durante o período experimental, o espaço online foi visitado por 178 avatares. Destas visitas, 61 (34%) foram concretizadas em pedidos de ajuda junto dos avatares *peer counsellors*, sendo as restantes 117 (66%) apenas de visita e reconhecimento do espaço.

Em relação à afluência por dia da semana, 26,2% dos pedidos ocorreram ao fim de semana (sexta, sábado e domingo) e 73,8% durante a semana (segunda a quinta-feira). Relativamente à hora de ocorrência, 3,2% decorreu de madrugada (1h-6h59), 6,5% decorreu de manhã (7h-12h59), 14,7% decorreu de tarde (13h-18h59) e 75,4% decorreu de noite (19h-24h59).

Relativamente ao seguimento do pedido, e considerando apenas os pedidos realizados durante o período de activação dos serviços, 34,4%) foram consultados e 65,6% foram considerados encerrados, por não ter sido possível estabelecer contacto com o requerente. Os pedidos realizados após o término deste período não foram considerados.

De entre as consultas dadas, foram registadas 18,03% tendo sido consultados 45,45% de avatares do sexo masculino, 45,45% do sexo masculino. De um avatar consultado (9,1%) não foi possível identificar o sexo. As problemáticas abordadas variaram entre relações com amigos (27,3%), relação com o namorado/a (27,3%), isolamento e solidão (18,2%), sintomas depressivos (18,2%) e insatisfação com a imagem corporal (9,1%).

Tais resultados, ainda que referentes a este período experimental corroboram alguns estudos existentes sobre a utilidade e vantagem da SL na intervenção psicoterapêutica

(Riva, 2005; Suller 2000), bem como a nível da promoção da saúde e de redução de comportamentos de risco (Portnoy et al., 2008).

DISCUSSÃO

Como iniciativa inovadora de resposta aos desafios impostos à psicologia da saúde pela crescente propagação de ferramentas tecnológicas de comunicação, consideramos os resultados do período experimental da LUA no SL como encorajadores. Fruto da era de primeiro desenvolvimento dos cuidados de saúde digitais (Kraft & Yardley, 2009), este projecto promete ser uma estratégia de prevenção ao nível dos comportamentos de risco. A psicologia enquanto ciência necessita provar a utilidade e eficácia das suas intervenções (Baker et al., 2009),

divulgando os seus procedimentos de uma forma completa, precisa, minuciosa e transparente (Glasgow, Klesges, Dzewaltowski, Bull, & Eastbrooks, 2004) e abrangendo uma perspectiva integral de saúde, que inclui mas se estende além da saúde mental (Arnett, 2001). Só esta realidade permitirá efectivar a construção, aplicação e disseminação de intervenções empiricamente fundamentadas e, consequentemente contribuir para otimizar a saúde pública (Baker et al., 2009). À entrada no século XXI, a psicologia percorreu um longo caminho, mas enfrenta a ameaça de ser ultrapassada por outras áreas e profissionais, se se mostrar incapaz de responder às preocupações contemporâneas de efectividade comprovada das suas investigações.

A validação empírica da intervenção psicológica deve passar por uma interacção complementar entre a prática e a investigação (Kraft, Drozd, & Olsen, 2009), pois só a conjunção de experiência clínica e investigação científica podem garantir o papel continuado na psicologia na promoção da saúde (Baker et al., 2009). No que se refere à investigação, novas directrizes para facilmente criar, modificar e avaliar intervenções por mediação tecnológica deverão ser ponderadas (e.g., www.lifeguideonline.org).

O projecto LUA no *Second Life* bem como outros projectos de intervenção na saúde beneficiarão da consideração destes pressupostos. A avaliação da eficácia do procedimento e do contributo para a saúde dos avatares apoiados/pacientes deverão ser uma preocupação futura. Não poderão ser descurados aspectos como a formação sistematizada de pares apoiantes; garantia da ética, confidencialidade e continuidade dos apoios prestados; interacção com serviços de aconselhamento psicológico e psicoterapia, real ou virtual; ou avaliação rigorosa da eficácia dos apoios prestados e divulgação destes resultados. Assim se pretende construir uma ferramenta de intervenção na saúde cientificamente fundamentada, que possa efectivamente responder aos novos desafios que se colocam à psicologia da saúde.

REFERÊNCIAS

- Au, W.J. (2009, 15 de Abril). Exclusive: Second Life starts to grow again [web log post]. Recuperado de <http://gigaom.com/2009/04/15/exclusive-internal-second-life-data-shows-returning-growth>

- Baker, T.B., McFall, R., & Shoham, V. (2009). Current status and future prospects of clinical psychology – Towards a scientifically principles approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), 67- 103.
- Drees, D. (2005, November). *E-mentoring at the University of Westminster: Supporting first year students in a metropolitan setting*. Paper presented at International Completeness: Mentoria Universidad-Empresa, Madrid, Spain.
- Eftathiou, G., & Kalantzi-Azizi, A. (2005). Students' psychological web-counselling: A European perspective. Paper presented at the *Fedora Psyche Conference*, Groningen, Netherlands.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: Systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ*, 328, 1166-1170.
- Freeman, E., Barker, C., Pistrang, N., Keane, B., & McAteer, C. (2005). Online peer support for students. *Association for University and College Counselling Journal*, Autumn, 23-25.
- Glasgow, R.E., Klesges, L.M., Dzewaltowski, D.A., Bull, S.S., & Estabrooks, P. (2004). The future of health behaviour change research: What is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 3-12.
- Gorini, A., Gaggoli, A., Vigna, C., & Riva, G. A Second Life for Health: Prospects for the use of 3-D virtual worlds in clinical psychology. *Journal of Medical Internet Research*, 10(3), 21. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553247/>
- Keefe, F.J., & Blumenthal, J.A. (2004). Health psychology: What will the future bring? *Health Psychology*, 23(2), 156-7.
- Kirriemuir, J. (2007). The Second Life of UK Academics. Recuperado a 04 de Janeiro de 2009 de: <http://www.ariadne.ac.uk/issue53/kirriemuir>.
- Kraft, P., Drozd, F., & Olsen, E. (2009). ePsychology: Designing theory-based health promotion interventions. *CAIS*, 24, 399-426.
- Kraft, P., & Yardley, L. (2009). Current issues and new directions in Psychology and Health: What is the future of digital interventions for health behavior change? *Psychology and Health*, 24(6), 615-618.
- Miller, J.K., & Gergen, K.J. (1998). Life on the line: The therapeutic potentials of computer-mediated conversation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(2), 189-202.
- Mitchell, D., & Murphy, L. (1998). *Confronting the challenges of therapy online: A pilot project*. Proceedings of the Seventh National and Fifth International Conference on Information Technology and Community Health, Victoria, British Columbia, Canada.

- Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Pereira, A.M.S. (1997). *Helping Students to cope: Peer Counselling in Higher Education* (Unpublished thesis). University Of Hull: Hull, U.K.
- Portnoy, D.B., Scott-Sheldon, L.A.J., Johnson, B.T., & Carey, M.P. (2008). Computer-delivered interventions for health promotion and behavioural risk reduction: A meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988-2007. *Preventive Medicine*, 47, 3-16.
- Ribeiro, J.L.P. (2005) *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Richards, D., & Tangney, B. (2008). An informal online learning community for student mental health at university: A preliminary investigation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(1), 81-97.
- Rochlen, A.B., Zack, J.S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269-283.
- Riva, G. (2005). Virtual reality in psychotherapy: Review. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(3), 220-230.
- Suller, J. (2000). Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 151-159.
- Vagos, P., Santos, L., Pereira, A., Tavares, J., Monteiro, S., & Vasconcelos, G. (2009). Ambientes virtuais promotores de desenvolvimento e aprendizagem. In J. Tavares & A.P. Cabral (Orgs.), *Actas do II Congresso Internacional CIDInE: Novos contextos de formação, pesquisa, mediação* (CD.Ed).

SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: UMA REVISÃO DE PERSPECTIVAS

António M. Fonseca (afonseca@porto.ucp.pt)

Universidade Católica Portuguesa / UNIFAI

*“São duas silhuetas esbeltas, agarradas uma à outra,
delineadas no fundo de uma gruta neolítica.
É o sorriso enigmático de um casal antigo
que sobrevive numa parede de Pompeia.
É, numa iluminura, o joelho apoiado no chão
de um cavaleiro curvado diante da sua Dulcineia...
É ainda a espada de Tristão que o separa da sua dama,
os dedos de Julien a florando o braço de Mme de Rênal,
e as milhares de palavras inflamadas de Julieta, Heloise, Berenice
e todas as belas dos senhores da literatura.
É também a saia arregaçada de uma donzela de Fragonard,
a mão de Charlot apertando com força a de Paulette,
e ainda as torrentes de lágrimas, as orgias de beijos, as sinfonias de suspiros,
os gritos de prazer que inundam os ecrãs nunca saciados...”*
In *La plus belle histoire de l'amour*, Paris, Éditions du Seuil, 2003

A IDEIA DA SEXUALIDADE NA VELHICE

Pela primeira vez na história, a maior parte das pessoas vivendo em sociedades como a nossa pode fazer planos em relação ao seu envelhecimento futuro. De acordo com as projecções demográficas, os idosos não cessarão de aumentar em valor absoluto e em importância; estimativas do Conselho da Europa indicam que a população portuguesa terá, em 2050, 2,5 idosos com 65 ou mais anos para cada jovem com menos de 15 anos.

Para isto muito tem contribuído, naturalmente, o aumento extraordinário da esperança média de vida; por exemplo, nos EUA, a esperança média de vida passou de 49 anos em 1900 para 76,5 anos em 2000; em França, no início do séc. XX apenas uma em cada dez pessoas ultrapassava os 60 anos enquanto actualmente só uma em cada dez pessoas não ultrapassa os 60 anos de idade; em Portugal, a esperança de vida à nascença é actualmente

de 74 anos para os homens e de 81 anos para as mulheres, tendo aumentado cerca de 30 anos no decurso do século XX.

Tão ou mais importante do que isto é o facto de as pessoas viverem cada vez mais tempo gozando de boa saúde e condição física, em situação de plena autonomia de vida e normalidade física, psicológica e social, integradas socialmente de acordo com os parâmetros correntes.

Tomadas em conjunto, estas realidades trazem novos desafios à forma como se encara e vive a segunda metade da existência humana. No caso específico da sexualidade, embora Morley (2006) considere que nos últimos 40 anos o tema da sexualidade se tenha tornado mais familiar, para muitos – incluindo muitos idosos – trata-se ainda de um *tema tabu*. Todavia, o conhecimento dos factos e das necessidades ao nível da sexualidade das pessoas idosas representa um assunto capital para a qualidade de vida deste segmento da população e uma componente essencial da sua saúde, entendida aqui como uma integração harmoniosa dos aspectos somático, emocional, intelectual e social do ser sexuado (OMS).

Apesar da enorme heterogeneidade dos padrões de envelhecimento (em muitas medidas biológicas e psicológicas, a variabilidade é maior em amostras de indivíduos idosos do que entre adultos mais novos; mesmo entre os idosos, observam-se trajectórias diferentes de envelhecimento normal, com tendências variáveis em diferentes subgrupos genéticos e socioculturais), a “3ª idade” e o envelhecimento permanecem associados a um conjunto de estereótipos negativos, com consequências nefastas para os indivíduos pertencentes a este grupo etário e para a sociedade em que vivem. De entre os variados estereótipos associados ao envelhecimento, o isolamento social, a tristeza, a apatia, a incapacidade a nível sexual e o desinteresse generalizado pela vida surgem entre os mais comuns, tendo origem essencialmente na falta de informação (muitos estudos sobre o envelhecimento são baseados em amostras de idosos que residem em instituições, originando uma falsa imagem do idoso, dado que apenas 5% dos idosos portugueses residem permanentemente em lares e outras estruturas semelhantes) e na própria sociedade, que não raro atribui aos idosos papéis passivos, marcados pela dependência ou pelo assistencialismo.

Por outro lado, vivemos rodeados por uma cultura narcisista, onde o objectivo é viver para si, para agora, procurando esquecer que a passagem do tempo é inevitável e onde “a idade” surge como o principal inimigo a combater. O discurso do quotidiano está, aliás, marcado por esta autêntica fobia do que é “velho”, inventando-se novas palavras – “idade maior”,

“seniores” – numa tentativa de estender as fronteiras entre idades, tornando-as indefinidas.

De tudo isto resulta que o envelhecimento bem sucedido é visto frequentemente como o envelhecimento apresentado pelos corpos que desenvolveram a capacidade de camuflar ao máximo todo o sinal ou vestígio que lembre o sentido do tempo. O corpo envelhecido só é valorizado se a ele estiver agregado o adjetivo “conservado” e sendo certo que todos desejam uma vida longa, paradoxalmente, fazem-se todo o tipo de esforços para adiar os sinais da passagem do tempo. Na nossa época, o corpo ideal já não é um corpo magro ou gordo, mas sim um corpo que transgrida as fronteiras do tempo, um corpo sem idade, um corpo a-temporal. À medida que se envelhece, é também um corpo fortemente vigiado e intervencionado pela medicina, dando origem tantas vezes à criação de uma nova categoria, os “bio-velhos”, cujo comportamento é permanentemente regulado e onde deixam de caber a transgressão e o desejo.

O estabelecimento de uma relação entre a velhice e o fim da vida sexual tem dado igualmente origem à tendência para se olhar para o corpo idoso como um corpo assexuado, encarando o “sexo” como uma dádiva da juventude e acentuando um olhar anti-erótico sobre a velhice. Em muitos – incluindo também aqui profissionais de saúde – encontramos mesmo uma certa repugnância quando as palavras “envelhecimento” e “desejo sexual” surgem associadas. Através de um estudo de revisão, Kessel (2001) sistematiza um conjunto de ideias sobre o significado da sexualidade em pessoas idosas, sublinhando que, de uma forma generalizada, há uma série de falácias que veiculam uma visão extremamente negativa da sexualidade em pessoas idosas. Entre essas falácias, três são particularmente notórias: a sexualidade na velhice simplesmente não existe (muitos jovens não acreditam que os idosos tenham necessidades sexuais); a sexualidade na velhice é uma ideia bem-humorada, mas nada mais do que isso; a sexualidade na velhice é repugnante (ideia muito presente, nomeadamente, nos funcionários que trabalham em instituições de idosos).

Mas não é este, aparentemente, o sentir das pessoas idosas relativamente ao assunto. Num estudo de natureza descritiva efectuado junto de uma amostra de indivíduos com um intervalo etário bastante alargado (entre os 52 e os 90 anos), Gott e Hinchliff (2003) recolheram informação qualitativa e quantitativa relacionada com a importância e o papel do sexo na idade mais avançada; usando para tal entrevistas semi-estruturadas e questionários de avaliação da qualidade de vida. As respostas à questão “Que

importância tem para si a vida sexual?” mostraram que, para a maioria, o sexo é visto como uma componente importante na relação emocional, só não o sendo para quem era viúvo(a) ou apresentava problemas de saúde. Foi igualmente constatado que a idade, por si só, não exerce um impacto directo na avaliação da importância do sexo na idade avançada, existindo uma diversidade de visões quanto à importância da sexualidade à medida que se envelhece mas ficando bem claro que o estereótipo do idoso assexuado não é apoiado por quem vive directamente a experiência do envelhecimento.

TEMPORALIDADE E MUDANÇAS CORPORAIS

Quando é que começamos a envelhecer, sexualmente falando? Muito sucintamente, é consensual que sinais como a diminuição de vigor físico, a perda de flexibilidade e um sentimento crescente de vulnerabilidade ameaçam a capacidade de sedução-atracção indispensável para uma vida sexual plena.

Há, porém, diferenças entre homens e mulheres a este respeito. Assim, enquanto ao homem é permitido envelhecer de muitas maneiras, não existindo critérios delimitados sob o ponto de vista biológico ou social que permitam definir exactamente o que é um “homem velho”, a mulher envelhece quando perde a beleza segundo os padrões estéticos dominantes. Enquanto a masculinidade está associada a qualidades como a competência, a experiência, a autonomia e o auto-controlo (qualidades que resistem melhor ao envelhecimento), na mulher são valorizadas qualidades tais como a aparência física, a sensualidade e a capacidade de procriar (qualidades que são mais precocemente atingidas pelo envelhecimento).

Perante um modelo de sexualidade dominante marcado por “valores da juventude”, fortemente genitalizado e valorizando um corpo e uma imagem atractivos, as mulheres defrontam-se efectivamente com dificuldades acrescidas. Os actuais padrões de beleza e de função sexual, veiculados largamente por revistas e sites fazedores de opinião pública – e de expectativas – a este respeito, apresentam-se demasidado exigentes para a maior parte das mulheres mais velhas (ou mesmo ainda longe de o serem). Para muitas, o envelhecimento pode muito bem constituir um

humilhante processo de desqualificação pessoal e social, gerando uma ideia de “inelegibilidade sexual” difícil de ultrapassar.

Há, com efeito, um cruzamento de vários discursos negativos relativamente à mulher e ao “envelhecimento no feminino” (fim da vida reprodutiva, fim da feminilidade, fim da capacidade sexual), fazendo com que muitas mulheres na meia-idade vivam receosas não tanto com as doenças associadas ao envelhecimento, mas sim com a vivência de algo totalmente desconhecido para elas até então: a perda da imagem de si mesmas, da sua identidade, o medo que os outros não as reconheçam mais como *mulheres* (no seu livro *A identidade* – Edições ASA, 1998 –, Milan Kundera coloca na boca de Chantal, uma bela mulher mas já não uma mulher jovem, a seguinte frase: “Vivo num mundo em que os homens já não se viram para mim”). Muitas mulheres envelhecem com desgosto, sofrimento e vergonha: o desejo de serem amadas, desejadas e reconhecidas é travado pelas barreiras do envelhecimento.

Já um homem, mesmo que não seja dotado de atributos físicos particularmente relevantes, pode manter-se sexualmente elegível até uma idade avançada, sendo frequentemente visto, aliás, como parceiro aceitável para uma mulher mais jovem (quando o contrário causa sempre uma certa estranheza). Sendo comum, entre nós, a ideia de que o vinho do Porto é uma das coisas que melhora com a idade, o mesmo sucede com aqueles homens em que, com o passar dos anos, a sensualidade tende a evidenciar-se cada vez mais e melhor (e muitos são os actores de Hollywood habitualmente apontados como exemplos admiráveis deste facto).

Com o advento da menopausa, muitos dos sentimentos negativos comuns entre as mulheres tendem a acentuar-se. Nada há mais forte no imaginário colectivo como porta de entrada para a *ideia de envelhecimento* nas mulheres do que a menopausa. Até ao ano 2030, 1200 milhões de mulheres estarão na menopausa e, todavia, o significado não-biológico da menopausa é restrito às mulheres ocidentais do século XX, assim como a sua sistematização e medicalização.

Sumariamente, a menopausa caracteriza-se pela ausência consecutiva da menstruação por 12 meses; ocorre entre os 45-55 anos e marca o fim da capacidade reprodutiva. A diminuição da produção de hormonas femininas desencadeia o aparecimento de uma série de sintomas físicos, psicológicos e emocionais: sensações alternadas de calor e frio intensos; inquietação, ansiedade, variações do humor, labilidade emocional, fadiga, irritabilidade, insónias, nervosismo, alterações de pele, secura vaginal e, com alguma frequência, incontinência urinária (Souza, 2006). Depois da

menopausa, há uma diminuição severa da produção de estrogéneos e progesterona, o que produz alterações no aparelho genital feminino, tais como: os ovários diminuem de tamanho, o útero regride ao seu tamanho pré-púbere, a mucosa do colo uterino atrofia, a vagina é mais curta e menos elástica, a mucosa vaginal é mais delgada e diminui a capacidade de lubrificação vaginal (Souza, 2006).

Mas a menopausa, para além de ser um acontecimento biológico e individual, também é, à semelhança de tantos outros ao longo do ciclo de vida, um facto culturalmente valorizado de modos distintos: enquanto nos países mais pobres enfatizam-se aspectos positivos, como a libertação da possibilidade/responsabilidade de ter filhos, nos países mais ricos olha-se sobretudo para os aspectos negativos associados à menopausa (mesmo nestes, é sabido que as mulheres desfavorecidas não dão a mesma importância à menopausa do que as mulheres de classes privilegiadas). Um conjunto de mudanças significativas estão, todavia, em curso a este respeito, e já só raramente encontramos atitudes de conformismo e resignação face às consequências adversas da menopausa. No mundo ocidental, desenvolvido sob o ponto de vista científico e tecnológico, a medicina apropriou-se da menopausa e provocou uma autêntica mudança de paradigma. De uma atitude conservadora (assente na “libertação da actividade sexual” pela valorização dos aspectos positivos da ausência de gravidez e parto) passou-se a atitude intervencionista, mediante o recurso à terapia hormonal de substituição, simultaneamente tratando a sintomatologia desagradável associada à menopausa e mantendo – ou mesmo rejuvenescendo – a capacidade de desempenho sexual.

Este novo paradigma – “menopausa activa” – preconiza fundamentalmente a mudança do vínculo associativo menopausa-envelhecimento através do recurso a hormonas substitutivas, é certo, mas também a estilos de vida saudáveis que funcionem como um antídoto capaz de desfazer essa associação, cabendo aos médicos (suportados num poderoso marketing farmacêutico) agirem como vectores da sua disseminação. A construção da “menopausa activa” tem, naturalmente, um público-alvo bem delimitado: mulheres socio-economicamente favorecidas, intelectualmente diferenciadas, com tempo e dinheiro para cumprir rituais de saúde e de “estilos de vida saudáveis”: longas caminhadas, exercício físico, cremes e vitaminas, alimentação equilibrada). Há, finalmente, em torno deste novo paradigma, a redefinição do papel e da imagem da mulher mais velha, valorizando-a e rodeando-a de novas expectativas revestidas da legitimidade do conhecimento científico e da modernidade.

E nos homens, a andropausa existe mesmo ou será tão-somente uma ficção? No homem, a fase correspondente à menopausa na mulher, não tem uma idade certa para acontecer (Souza, 2006). As mudanças na fisiologia sexual masculina, não se apresentam de forma súbita nem da mesma forma em todos os sujeitos, mas não estar consciente desse processo fisiológico poderá levar o homem de meia-idade para diante a apresentar sintomas de angústia antecipatória quanto ao seu desempenho sexual [em *A vida em surdina* – Edições ASA, 2009 –, David Lodge faz através do protagonista do romance, um professor reformado, um relato comovente e divertido do esforço de um homem para enfrentar a velhice e as suas implicações, também no plano sexual: “(...) acariciámo-nos e adormecemos suavemente num abraço confortável, com a minha mão entre as coxas quentes dela. Mais cedo ou mais tarde, a nossa vida sexual reduzir-se-á a isto, suponho eu, se lá chegarmos: suaves carícias íntimas. E mais vale aceitarmos essa perspectiva como sendo infinitamente melhor do que a ausência total de sexo (...)]”].

No sexo masculino, verifica-se uma série de alterações provocadas pela diminuição dos androgénios, em particular, a testosterona, o que pode originar disfunção erétil, diminuição do volume testicular, alterações do orgasmo ou ejaculação fraca. Esta fase não é, contudo, tão delineada como nas mulheres, podendo mesmo ocorrer só no final da vida numa idade muito avançada. As mudanças na fisiologia sexual masculina estão relacionadas com múltiplos factores (hormonais, neuronais e vasculares), responsáveis por erecções flácidas, dificuldade ou maior demora em alcançar o orgasmo, diminuição de erecções nocturnas involuntárias, aumento do período refractário depois da erecção, retardamento da ejaculação (o que pode ser bom para quem sofra de ejaculação precoce), redução do líquido pré-ejaculatório e ejaculação menos intensa (Souza, 2006).

Com o envelhecimento, há portanto alterações físicas cuja ocorrência é inevitável mas que não têm necessariamente de ditar o fim da vida sexual. Claro que as necessidades sexuais do idoso vão ser diferentes das do jovem, uma vez que as pessoas mais velhas vivem outro momento da vida, eventualmente prezando mais aspectos como a intimidade e afectividade do que a frequência de relações sexuais ou a mera descarga pulsional. Para comprovar isto mesmo, Arcoverde e Labronici (2008) desenvolveram um estudo fenomenológico, baseado na premissa de que a sexualidade é uma dimensão humana que está presente em toda a trajectória existencial, perdura no tempo e pode adquirir diferentes expressões em diferentes

momentos do ciclo de vida. Este estudo permitiu constatar que a forma como o idoso percebe e vivencia a sua sexualidade transcende claramente uma visão biológica, marcada pela relação sexual, colocando no epicentro o factor “desejo” como mediador que se concretiza essencialmente através do estabelecimento de relações (companheirismo, socialização, actividades lúdicas), visando utrapassar condicionantes fisiológicas próprias da velhice.

Isto não significa, porém, uma desvalorização do acto sexual em si mesmo. Pelo contrário, o sexo em pessoas mais velhas é importantíssimo, tanto para a manutenção de uma boa saúde física (melhora a circulação sanguínea, por exemplo), como para a preservação da auto-estima, do auto-conceito e do bem-estar psicológico. Ou seja, não tem contra-indicações.

REFERÊNCIAS

- Arcoverde, M., & Labronici, L. (2008). Faces ocultas e o emergir da sexualidade na terceira idade: Um estudo fenomenológico. *Brazilian Journal of Nursing*, 7(3), 1-11.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56, 1617-1628.
- Kessel, B. (2001). Sexuality in the older person. *Age and Ageing*, 30, 121-124.
- Souza, R. (2006). Anatomia do envelhecimento. In E. Carvalho Filho & M. Netto (Eds.), *Geriatrics – fundamentos, clínica e terapêutica* (2ª ed.). S. Paulo: Editora Atheneu.

AVALIAÇÃO DAS ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E
ESTRESSE (EADS): UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIOS DO
AMAZONAS

*Antonio Roazzi² (roazzi@gmail.com), Suely A. do N. Mascarenhas¹,
Denise Machado Duran Gutierrez¹, José L. Pais-Ribeiro³, Mônica G. de
Albuquerque Areias Secco¹*

¹Universidade Federal do Amazonas, ²Universidade Federal de
Pernambuco, ³Universidade do Porto

O bem-estar psicossocial que caracteriza a qualidade de vida é direito de todos. A saúde também é um direito de todos. A ansiedade, a depressão e o estresse são doenças que prejudicam o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida. Sabe-se que o organismo humano é afetado de modo positivo ou negativo pelas circunstâncias do ambiente sócio-moral, econômico, político, religioso dentre outros. Todavia, em boa medida, o sujeito é autor de sua própria história podendo afetar de modo positivo ou negativo as circunstâncias de sua vida por meio de um processo educativo que o conduza a desenvolver novos aprendizados em todas as dimensões de sua existência. O comportamento individual para com a promoção e manutenção da saúde é aprendido ao longo do ciclo de vida nas relações formais e informais que se desenvolvem desde o contexto familiar, comunitário, escolar e social como um todo assim como todos os demais comportamentos. Se o comportamento é aprendido, pode ser desaprendido ou reaprendido a partir de outras aprendizagens significativas e reflexivas. O processo de educação para a saúde pode e deve acontecer em todos os contextos: pessoal, social e ambiental. As atitudes de zelar pela promoção e manutenção da própria saúde ou o contrário são comportamentos aprendidos podendo estar nas agendas das lideranças em educação para a saúde como forma de viabilizarem ações que favoreçam a prevenção e promoção da qualidade de vida e do bem-estar psicossocial em todos os contextos da convivência humana saudável (Ribeiro, 2005, 2007).

Os fenômenos conhecidos como estresse, ansiedade e depressão são amplamente estudados pela psicologia da saúde bem com da doença. Nossa perspectiva de interpretação é que pode tratar-se de um único processo em diferentes estágios. A ansiedade seria o anúncio do estresse e o estresse o prenúncio da depressão (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) como degraus de uma mesma escada. Os cuidados com a saúde são aprendidos individual e coletivamente por meio de processos educativos formais e informais.

A operacionalização do modelo tripartido levou à construção de medidas tais como a escala aqui em estudo, a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995) que designaremos em português por Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS).

Neste estudo analisamos a ocorrência dos fenômenos junto a universitários da Amazônia recorrendo à escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens (Ribeiro, Leal, & Honrado, 2004) com o objetivo de adaptar para o contexto do Brasil a EADS de 21 itens, de modo que se mantenham equivalentes à versão portuguesa. É importante ressaltar que esta escala EADS é por sua vez uma adaptação da escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995). Estes autores elaboraram uma escala que, teoricamente, se propunha abranger a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que fornecessem uma discriminação máxima entre os dois construtos. Estudos fatoriais preliminares desta escala detectou um novo fator que compreendia itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e depressão. Estes itens consistiam na dificuldade em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. Este novo fator foi denominado pelos autores de “Stress”. Lovibond e Lovibond descrevem as três dimensões detectadas da seguinte forma: (1) depressão sobretudo pela perda de motivação e de auto-estima, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de obter objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa; (2) ansiedade destaca as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo; (3) stress implica estados de excitação e tensão estáveis, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Nosso interesse nesta investigação preliminar – continuação de estudo anterior (Ribeiro, Mascarenhas, Honrado, & Leal, 2008) – situa-se na perspectiva da psicopedagogia da saúde e suas interfaces com a psicologia da saúde e da educação para a saúde.

MÉTODO

Participantes

505 estudantes universitários participam desta amostra, sendo 62% do sexo feminino e 38% do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre o intervalo de 18 a 57 anos ($M=25,29$; $DP=7,37$). Estado civil: 74,7%

são solteiros, 15,2% casados, 1,8% divorciados, 7,7% encontram-se em união estável, 0,6% são viúvos. 51,1% praticam atividades físicas e 48,9% não praticam atividades físicas. Quanto à declaração de etnia, 50,5% consideram-se pardos, 21,6% brancos, 10,5% negros, 1,6% indígenas, 0,4% caboclos, 0,2% brasileiro e 15% não declararam.

Material

Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir da aplicação das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004). O instrumento é constituído por 21 itens. 7 itens medem o fenómeno da ansiedade, 7 itens avaliam o fenómeno da depressão e 7 itens diagnosticam o 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.

Procedimento

Os sujeitos foram escolhidos de modo aleatório e participaram voluntariamente da investigação após serem informados dos seus objetivos observando procedimentos éticos vigentes. O preenchimento individual da escala aconteceu em horário de aula cedido pelos professores. O tempo de resposta não excedeu 10 minutos.

Na verificação das propriedades psicométricas realizou-se a análise de fiabilidade dos itens, calcularam-se as médias e desvio padrão dos itens das escalas e avaliaram-se as diferenças de gênero entre as amostras de universitário do sexo masculino e do sexo feminino para os instrumentos em estudo.

RESULTADOS

A fiabilidade das Escalas EADS-21 junto à amostra em estudo (método *Alpha de Cronbach*) foi de 0,81 para a sub-escala que avalia o estresse, 0,80 para a sub-escala que mede o fenómeno da ansiedade e de 0,81 para a

sub-escala que diagnostica a depressão, no seu conjunto a confiabilidade do instrumento é de 0,92. Os indicadores psicométricos verificados junto a esta amostra são considerados positivos para os padrões da investigação nas ciências humanas. De acordo com Gable e Wolf (1993), coeficientes de *alpha* superiores a 0,70, na avaliação de atitudes e fenômenos psicossociais e afetivos complexos, conferem elevada fiabilidade às escalas utilizadas.

Da análise da *Anova* realizada foram verificadas diferenças estatisticamente significativas com relação à variável de agrupação gênero nos itens: 12. *Senti dificuldade em me relaxar* ($F=4,13$; $p=0,04$), 17. *Senti que não tinha muito valor como pessoa* ($F=4,13$; $p=0,04$) e 18. *Senti que por vezes estava sensível* ($F=4,17$; $p=0,02$) favoráveis ao sexo feminino. No Quadro 1, estão registradas as cargas fatoriais verificadas para a totalidade dos itens da EADS 21, bem como a variância explicada para os três fatores que é de 51,33%.

Quadro 1

Estrutura fatorial da EADS-21 (N= 505/Amazônia)

| Item | Características dos itens | F1: Ansiedade | F2: Estresse | F3: Depressão |
|-----------------------------------|---|---------------|--------------|---------------|
| 19 | Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos. | 0,67 | | |
| 2 | Senti minha boca seca | 0,65 | | |
| 20 | Senti-me assustado/a sem ter boa razão para isso | 0,56 | | |
| 15. | Senti-me quase entrando em pânico | 0,52 | | |
| 7 | Senti tremores (por exemplo, nas mãos) | 0,50 | | |
| 9 | Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula | 0,50 | | |
| 4 | Senti dificuldade de respirar | 0,47 | | |
| 8 | Senti que estava utilizando muita energia nervosa. | | 0,68 | |
| 12 | Senti dificuldade de relaxar | | 0,63 | |
| 6 | Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações | | 0,61 | |
| 14 | Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo | | 0,59 | |
| 1 | Tive dificuldade de me acalmar | | 0,58 | |
| 18 | Senti que às vezes estava sensível | | 0,55 | |
| 11 | Dei por mim agitado/a | | 0,55 | |
| 21 | Senti que minha vida não tinha sentido | | | 0,75 |
| 17 | Senti que não tinha muito valor como pessoa | | | 0,72 |
| 16 | Não fui capaz de ter entusiasmo por nada | | | 0,72 |
| 10 | Senti que não tinha nada a esperar do futuro | | | 0,66 |
| 5 | Tive dificuldade de tomar a iniciativa para fazer coisas | | | 0,58 |
| 13 | Senti-me desanimado/a e melancólico/a | | | 0,55 |
| 3 | Não consegui sentir nenhum sentimento positivo | | | 0,50 |
| Valor próprio do fator | | 8,22 | 1,47 | 1,08 |
| %Variância explicada do fator | | 39,15% | 7,00% | 5,17% |
| Variância total explicada: 51,33% | | | | |

Nos Quadros 2, 3 e 4 constata-se que os indicadores de valores de média e desvio padrão para cada sub-escala da EADS-21: ansiedade, estresse e depressão sugerem uma boa condição de saúde psicossocial dos integrantes da amostra. Não foram observadas diferenças significativas com relação à variável de agrupação gênero com relação aos fenômenos em avaliação no que se refere às pontuações de média e desvio padrão. Todavia, nos itens 12, 17 e 18 os valores do grupo de sujeitos do sexo feminino registram-se sensivelmente superiores que os observados na pontuação correspondente ao conjunto de integrantes a amostra do sexo masculino.

Quadro 2

Médias e desvio padrão dos itens do fator ansiedade de acordo com sexo

| Item | Sexo | N | M | DP |
|--|-----------|-----|------|------|
| 2. Senti minha boca seca | Feminino | 313 | 1,75 | 0,84 |
| | Masculino | 192 | 1,76 | 0,81 |
| 4. Senti dificuldade de respirar | Feminino | 313 | 1,63 | 0,85 |
| | Masculino | 192 | 1,56 | 0,85 |
| 7. Senti tremores (por exemplo nas mãos) | Feminino | 313 | 1,86 | 0,91 |
| | Masculino | 192 | 1,82 | 0,92 |
| 9. Preocupei-me com situações que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula | Feminino | 313 | 1,80 | 0,94 |
| | Masculino | 192 | 1,70 | 0,88 |
| 15. Senti-me quase entrando em pânico | Feminino | 313 | 1,60 | 0,87 |
| | Masculino | 192 | 1,53 | 0,79 |
| 19. Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos | Feminino | 313 | 1,91 | 0,97 |
| | Masculino | 192 | 1,82 | 0,90 |
| 20. Senti-me assustado/a sem ter boa razão para isso | Feminino | 313 | 1,86 | 0,94 |
| | Masculino | 192 | 1,73 | 0,86 |

Quadro 3

Médias e desvio padrão dos itens do fator estresse de acordo com sexo

| Item | Sexo | N | M | DP |
|---|-----------|-----|------|------|
| 1. Tive dificuldade de me acalmar | Feminino | 313 | 1,88 | 0,85 |
| | Masculino | 192 | 1,80 | 0,84 |
| 6. Tive tendência de reagir em demasia em determinadas situações | Feminino | 313 | 1,87 | 0,82 |
| | Masculino | 192 | 1,97 | 0,92 |
| 8. Senti que estava utilizando muita energia nervosa | Feminino | 313 | 2,00 | 0,98 |
| | Masculino | 192 | 1,92 | 0,93 |
| 11. Dei por mim agitado/a | Feminino | 313 | 1,97 | 0,89 |
| | Masculino | 192 | 1,82 | 0,83 |
| 12. Senti dificuldade de relaxar. | Feminino | 313 | 2,14 | 0,95 |
| | Masculino | 192 | 1,96 | 0,86 |
| 14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo | Feminino | 313 | 1,91 | 0,90 |
| | Masculino | 192 | 1,94 | 0,86 |
| 18. Senti que às vezes estava sensível | Feminino | 313 | 2,25 | 0,96 |
| | Masculino | 192 | 2,06 | 1,00 |

Quadro 4

Médias e desvio padrão dos itens do fator depressão de acordo com sexo

| Item | Sexo | N | M | DP |
|--|-----------|-----|------|------|
| 3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo | Feminino | 313 | 1,73 | 0,90 |
| | Masculino | 192 | 1,65 | 0,86 |
| 5. Tive dificuldade de tomar iniciativa e fazer alguma coisa | Feminino | 313 | 1,98 | 0,88 |
| | Masculino | 192 | 1,97 | 0,87 |
| 10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro | Feminino | 313 | 1,49 | 0,83 |
| | Masculino | 192 | 1,57 | 0,93 |
| 13. Senti-me demasiado/a melancólico/a | Feminino | 313 | 2,02 | 0,94 |
| | Masculino | 192 | 1,92 | 0,95 |
| 16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada | Feminino | 313 | 1,58 | 0,84 |
| | Masculino | 192 | 1,66 | 0,88 |
| 17. Senti que não tinha muito valor como pessoa | Feminino | 313 | 1,74 | 0,97 |
| | Masculino | 192 | 1,57 | 0,87 |
| 21. Senti que minha vida não tinha sentido | Feminino | 313 | 1,61 | 0,96 |
| | Masculino | 192 | 1,52 | 0,84 |

DISCUSSÃO

Tomando em consideração a totalidade dos dados analisados neste estudo, é possível afirmar que os objetivos foram atingidos para esta fase da investigação. As propriedades psicométricas da EADS-21, replicando estudos anteriores, também junto à amostra amazônica em causa registrou resultados fiáveis. No que se refere ao diagnóstico realizado quanto às condições de saúde psicológica dos integrantes da amostra, constata-se que pode ser considerado bom embora os três fenômenos (ansiedade, estresse e depressão) estejam presentes mesmo que em proporções estatisticamente aceitáveis. Os resultados sugerem a continuidade dos estudos neste domínio no sentido de ampliar a fonte de dados com sustentação empírica acerca deste domínio da psicologia da saúde em contexto universitário.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília, Congresso Nacional.
- Gable, R., & Wolf, M. (1993). *Instrument development in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings*. Massachussets: Kluwer Academic Publishers.

- 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.
- Mascarenhas, S. (2009). *Projeto de pesquisa: Avaliação do bem-estar subjetivo, otimismo e esperança de docentes e discentes do ensino superior do Amazonas*, Protocolo CEP/UFAM/CAAE 072.0.115.000-09, PIBIC-H-07/FAPEAM, Humaitá, UFAM.
- Ribeiro, J.L.P., 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.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P., Mascarenhas, S.A. do N., Honrado, A., & Leal, I. (2008). Escalas de ansiedade, depressão e estresse (EADS): um estudo com estudantes universitários do Brasil (Amazónia). In Noronha, Machado, Almeida, Gonçalves, Martins, & Ramalho (Orgs.), *Actas XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica Formas e Contextos*. Braga, Universidade do Minho (p. 1-9) P.2.30, CDROOM.
- ONU. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos*: Paris: ONU.
- WHO. (1948). *Official Records of the world Health Organization* Number 2. United Nations, World health Organization. Geneve, Interim Comission.
- WHO. (1986). *Health promotion: Concepts and principles in action, a policy framework*, Geneve, WHO.

A INFLUÊNCIA DA ESCOLARIDADE
NA BUSCA A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DAS PARTURIENTES
DO HOSPITAL REGIONAL DE HUMAITÁ – AM – BRASIL

Bruna Basso¹ (brunabassojpr@hotmail.com) / Elaine Loebelin¹ / Ireniza Silva² / Suely Mascarenhas¹

¹Universidade Federal do Amazonas/IEAA; ²Secretaria Municipal de Saúde/Hospital Regional de Humaitá – AM

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito. Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos (Serruya, 2004).

A assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação na história da Saúde Pública. No Brasil, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidades materna e perinatal, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal (Coutinho, 2003).

O acesso à assistência pré-natal é considerado uma condição *sine qua non* para que a gestação transcorra sem problemas tanto para a mãe quanto para o filho ou, pelo menos, que haja um acompanhamento médico para as situações de risco. Alguns estudos mostram que a maioria das mortes por causas maternas são evitáveis, se ações que objetivam a qualidade da assistência perinatal e o acesso aos serviços de saúde da gestante forem tomadas (Almeida & Barros, 2005).

Gestantes que freqüentam serviços de atenção pré-natal apresentam menos doenças e seus filhos apresentam um melhor crescimento intra-uterino, menos mortalidade perinatal e infantil. O número de consultas realizadas durante o pré-natal também está diretamente relacionado com melhores indicadores de saúde materno-infantil, ou seja, parece haver dose-resposta na atenção pré-natal (Halpern, 1998).

Desde 2000, a recomendação do Ministério da Saúde é de que a mãe realize, no mínimo, seis consultas pré-natal e as inicie tão logo que comece a gravidez (IBGE, 2009).

Compreendendo-se a importância de avaliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, foi introduzido no Sistema de Informações sobre

Nascidos Vivos (SINASC), a partir de 1995, um campo referente ao número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação (Gama, 2004).

O Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos – SINASC é um sistema de informação que permite o acompanhamento das condições de nascimento e das crianças nascidas vivas. É um instrumento de fundamental importância para prevenção da mortalidade infantil ao informar consultas de pré-natal, idade e escolaridade da mãe, peso ao nascer, tipo de parto, duração da gestação e a presença de anomalias congênitas permitindo aos serviços de saúde o planejamento do atendimento aos menores de um ano (Saúde, 2006).

Analisando-se os dados do Sinasc para o Brasil, no período de 1997 a 2001, verificou-se que a proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, para o período gestacional, aumentou de 41,6% para 45,6% no período.

O grau de escolaridade é elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Algumas condições de atenção à saúde são influenciadas pelo nível de escolaridade dos responsáveis pela condução da família, particularmente as condições de atenção à saúde das crianças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de auto cuidado em saúde (Brasil/MS, 2004).

A escolaridade materna tem sido apresentada como variável independente, em trabalhos epidemiológicos que abrangem os mais variados temas. Assim, a baixa escolaridade materna está associada a um risco maior de mortalidade materna (Haidar, 2001).

Ao se analisar o número de consultas de pré-natal segundo o grau de escolaridade das mães, buscou-se verificar se a escolaridade é um fator associado com uma maior ou menor proporção de pré-natal realizado.

MÉTODO

Participantes

Foram utilizados 353 formulários de parturientes atendidas no Hospital Regional de Humaitá. As idades maternas compreendiam entre 13 e 43 anos, com uma média de 23,7 anos e um desvio padrão de 6,1 anos. Quanto ao local de residência das mães, 71,1% residiam na zona urbana, 20,1% eram ribeirinhas e 8,8% na zona rural. Em relação ao estado civil, 80,2% declararam-se solteiras, 19,3% casadas, 0,3 viúvas e 0,3 não declarado. Já a escolaridade das parturientes, 18,4% tiveram até 3 anos de estudo (incluindo

as analfabetas) que corresponde o ensino fundamental incompleto; 40,5% realizaram o ensino fundamental completo (4 a 7 anos de estudos), 38% cursaram o ensino médio (8 a 11 anos) e 2,8% cursaram o ensino superior.

Material

Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, com delineamento transversal, realizado no Hospital Regional de Humaitá, região situada no Sul do Estado do Amazonas. Foram utilizados como fonte de pesquisa 353 formulários próprios expedidos pelo Ministério da Saúde, denominados Declarações de Nascidos Vivos, documento de pesquisa estatística do Registro Civil, comprobatório relacionado ao nascimento no Brasil, ou seja, confere aos brasileiros a formalização de sua existência para o Estado e a sociedade em geral.

Procedimentos

Os critérios de inclusão na pesquisa foram que os campos referentes à escolaridade, número de consultas pré-natal, idade, etnia e tipo de parto estivessem preenchidos. Esses dados eram referentes a todos os partos ocorridos na zona urbana, rural e ribeirinha deste Município, sucedidos no período de Janeiro a Junho de 2009.

A variável dependente foi a escolaridade materna, caracterizada como ensino fundamental incompleto (até 3 anos de estudos, incluindo as analfabetas), ensino fundamental completo (de 4 a 7 anos de estudos), ensino médio (8 a 11 anos de escolaridade) e nível superior (12 anos ou mais). A procura de assistências ao pré-natal foram divididas em números de consultas, sendo as opções “nenhuma”, 1 a 3 consultas, 4 a 6 e 7 ou mais consultas. Os dados foram analisados e tabulados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0 para *Windows*. Na verificação de confiabilidade dos dados, calcularam-se as médias, desvio padrão, frequência e diferenças estatísticas.

RESULTADOS

No Quadro 1 pode-se observar que 92,7% das parturientes realizaram o pré-natal. 41% dessas mães seguiram a recomendação do Ministério da Saúde, que preconiza pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal por gestação.

O Quadro 2 mostra a média e desvio padrão do número de consultas pré-natal em relação à escolaridade. A maior média de número de consultas foi quem apresentava o nível escolar mais alto, dados em anos de estudos, ou seja, o número médio de consultas foram de 3,50 ($N=143$) para as mães que apresentavam mais de 8 anos de estudos.

No resultado da *Anova*, verificou-se a existência de diferenças significativas relativas à assistência ao pré-natal. Tais diferenças são favoráveis às parturientes que registraram maior escolaridade ($F=18,67$; $p=0,0001$), confirmando resultados de outras investigações.

Quadro 1

Número de consultas pré-natal por gestação

| Número de consultas pré-natal | Frequência | Porcentagem |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Nenhuma | 19 | 5,4 |
| de 1 a 3 | 74 | 21,0 |
| de 4 a 6 | 107 | 30,3 |
| 7 e mais | 146* | 41,4* |
| Ignorado | 1 | 0,3 |
| Total | 347 | 98,3 |

Nota. *Número de pacientes que seguiram as recomendações do Ministério da Saúde/2000.

Quadro 2

Média e desvio padrão quanto ao número de consultas Pré-natal em relação à escolaridade – N= 353

| Escolaridade da mãe (em anos de estudo concluídos) | <i>M</i> | <i>N</i> | <i>DP</i> |
|--|----------|----------|-----------|
| Nenhuma | 2,68 | 19 | 0,82 |
| de 1 a 3 | 2,35 | 45 | 1,02 |
| de 4 a 7 | 2,99 | 140 | 0,90 |
| de 8 a 11 | 3,50 | 133 | 0,71 |
| 12 e mais | 3,50 | 10 | 0,70 |
| Total | 3,10 | 347 | 0,92 |

DISCUSSÃO

A DNV é um documento oficial Brasileiro que fornece informações importantes da parturiente e do recém-nascido. Pode ser observado que a menor escolaridade materna está associada com uma menor procura a assistência ao pré-natal. Esta associação pode, possivelmente, estar relacionada ao baixo padrão sócio-econômico destas mães, que por falta

de informações educativas e dificuldade no acesso aos serviços de saúde, deixam de fazer o acompanhamento correto de sua gestação.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe (Brasil, 2006).

Com os resultados desta pesquisa, percebe-se que o município de Humaitá – AM, situado na região norte do Brasil, apresenta realidade diferente do que a preconizada pelo Sistema Único de Saúde, já que o nível de escolaridade das gestantes tem interferido no número de acessos a consultas pré-natal, predispondo a um aparecimento de complicações e riscos para a parturiente e o recém-nascido. A importância deste estudo é que os resultados, cientificamente embasados, possam ser aproveitados pelos gestores de saúde local, a fim de alcançar ações mais efetivas e direcionadas, com campanhas mais abrangentes de orientações quanto a importância do pré-natal para a saúde da mãe e do bebê, principalmente em locais de difícil acesso, pouco favorecidos socialmente, onde a baixa escolaridade prevalece.

REFERÊNCIAS

- Almeida, S.D. de M., & Barros, M.B. de A. (2005). Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17(1), 15-25.
- Almeida, M. F. de., & Jorge, M. H. P. de M. (1998). Pequenos para a idade gestacional: Fator de risco para a mortalidade neonatal. *Revista Saúde Pública*, 32 (3). Acesso em 11/11/2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101998000300003&tlng=en&lng=en&nrm=iso
- BRASIL – Ministério da Saúde. (2006). *Manual Técnico – Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada*. Volume 5. Brasília – DF. Acesso em: 11/09/2009. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno5_saude_mulher.pdf

- Coimbra, L.C., Silva, A.A.M., Mochela, E.G., Alves, M.T.S.S., Ribeiro, V.S., Aragão, V.M.F., & Bettold, H. (2003). Fatores associados à inadequação do pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 456-462.
- Coutinho, T., Teixeira, M.T.B., Dain, S., Sayd, J.D., & Coutinho, L. M. (2003). Adequação do processo de Assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(10), 717-724.
- Gama, S.G.N da, Ratto Leal, M. do C., K.M.N., & Cunha, C.B. da. (2004). Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Supl. 1), S63-S72.
- Haidar, F.H., Oliveira, U.F., & Nascimento, L.F.C. (2001). Escolaridade materna: Correlação com os indicadores obstétricos. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 1025-1029.
- Halpern, R., Barros, F.C., Victora, C.G., & Tomasi, E. (1998). Atenção Pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(3). Acesso em: 11/11/2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v14n3/0084.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2009). *Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil*. Número 25. Rio de Janeiro. Acesso em: 10/08/2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1
- Lima, G. de S.P., & Sampaio, H.A. de C. (2004) Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: Estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 4(3), 253-261.
- Moura, E.R.F., Jr, F.H., & Rodrigues, M.S.P. (2003). Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1791-1799.
- Osis, M.J.D., Hardy, E., Faúndes, A., & Alves, G. (1993). Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 27(1), 49-53.
- Serruya, S.J., Lago, T. de G., Cecatti, J.G. (2004). Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(7), 517-525.
- Silveira, D.S., Santos, I.S., & Costa, J.S.D. (2001). Atenção pré-natal na rede básica: Uma avaliação da estrutura e do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 131-139.

MODELO DE ENVOLVIMENTO DOS PROFESSORES EM PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL EM CONTEXTO ESCOLAR

Carla Serrão¹ / Adelina Barbosa² / Duarte Vilar³

¹Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto; ²FPCE, Universidade do Porto; ³Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Em Portugal, a implementação da Educação Sexual (doravante designada de E.S.) em contexto escolar tem estado, nas últimas décadas, nas agendas políticas e públicas.

Apesar da vasta demonstração científica relativamente ao impacto positivo e efectivo de programas adequados de E.S. em meio escolar, impulsora de várias medidas políticas por parte do Estado Português, nomeadamente da garantia do direito à E.S. como componente do direito fundamental à educação (Lei nº 3/84) e como tema obrigatório (Decreto-Lei nº 259/00), a sua implementação nas escolas por parte dos seus protagonistas – professores – é ainda molecular, momentânea e carece de significado e de intencionalidade.

Com o intuito de analisar a complexidade de que se reveste a implementação da E.S., vários estudos têm pesquisado variáveis sócio-cognitivas que se podem constituir como facilitadoras ou obstaculizadoras do envolvimento dos professores na E.S., designadamente o nível de conhecimentos relativamente a conteúdos específicos da Sexualidade, o grau de conforto na abordagem da temática (e.g., Anastácio, 2007; Cohen, Byers, Sears, & Weaver, 2001; Serrão & Barbosa, 2006), as atitudes (e.g., Reis & Vilar, 2004), a religiosidade, os estilos de ensino (e.g., Reis & Vilar, 2004), crenças sobre a oposição das famílias relativamente à E.S. (Teixeira, 1999), entre outras.

Embora estes resultados sejam úteis para a compreensão do envolvimento do professor na promoção da E.S. em meio escolar, não são suficientes. A título de exemplo, refira-se o estudo de Reis e Vilar (2004) que apesar de se ter constatado que os professores manifestam uma atitude positiva e de conforto relativamente à E.S., poucos são os que revelam intenções de se envolver na promoção de acções deste tipo nas suas escolas. Isto é, não obstante uma atitude favorável e confortável por parte do professor, tanto o seu envolvimento actual, como a sua intenção futura de envolvimento são ainda muito frugais.

Tendo em conta o estado da arte, torna-se imprescindível tentar compreender o fenómeno de envolvimento e os factores que o determinam, permitindo fundamentar estratégias de intervenção conducentes à

mudança de comportamentos ou, se quisermos, à forma como os professores poderão evoluir ao longo de um progressivo comprometimento nesta acção. Com o objectivo de clarificar o papel das variáveis sócio-cognitivas e motivacionais na predição de comportamentos de envolvimento dos professores na prática da E.S., o presente estudo orienta-se para responder à questão: quais as variáveis de maior importância para explicar o comportamento de envolvimento do professor na promoção da E.S.?

Quanto à finalidade, ela prende-se com a construção de um modelo de envolvimento do professor na promoção da E.S.

MÉTODO

Participantes

Participaram nesta investigação 343 professores de 13 escolas do ensino básico e secundário da zona do Grande Porto.

No que respeita às características sócio-demográficas dos professores, foram contemplados aspectos de natureza pessoal (nomeadamente, sexo, situação conjugal, anos de leccionação, ciclo de ensino que lecciona, cargos que exerce).

Traduzindo a realidade do que se passa nas escolas, a grande maioria dos professores 82,5% ($n=280$) é do sexo feminino. Os professores participantes têm uma idade média de 45,8 ($DP=1,46$). Relativamente ao estado civil, cerca de 75,1% ($n=255$) são casados/vivem em união de facto, 14,4% ($n=49$) são solteiros, 9,7% ($n=33$) são divorciados e cerca de 1% ($n=3$) são viúvos. Quanto aos anos de serviço, verificou-se que 56,3% ($n=188$) têm mais de 20 anos de serviço, 17,3% ($n=58$) têm entre 10 e 14 anos de leccionação, 15,2% ($n=51$) têm entre 15 e 19 anos de serviço, 6,5% ($n=22$) têm entre 5 e 9 anos de serviço e 4,8% ($n=16$) estão em função docente há menos de 5 anos. No que diz respeito à distribuição da amostra segundo o nível de ensino em que se encontra a leccionar, verificou-se que 56,3% ($n=192$) da amostra lecciona ao nível do 3º ciclo do ensino básico, 23,2% ($n=81$) são professores do ensino secundário e 20,5% ($n=70$) são professores do 2º ciclo. Por fim, e no que diz respeito aos cargos que os docentes ocupam na escola, verifica-se que quase metade da amostra (40,5%; $n=139$) não desempenham nenhum cargo específico, 30% ($n=103$) é director de turma e os restantes ocupam outros cargos.

Quanto às variáveis do professor relativas à E.S. foram analisadas: a presença na formação inicial de conteúdos de E.S., a realização de formação contínua em E.S., a experiência em actividades de E.S., as crenças normativas relativamente ao grau de aceitação da comunidade educativa em acções de E.S. e a intenção de no futuro realizar acções de E.S.

Relativamente à abordagem de temas de E.S. na formação inicial, conclui-se que apenas 13,4% ($n=41$) dos inquiridos tiveram durante a sua formação académica a oportunidade de debater conteúdos relacionados com este tema. Já em relação à formação contínua, verificou-se que mais de metade da amostra (60,3%; $n=184$) não realizou qualquer tipo de formação em E.S. Quanto às realizações comportamentais/experiências vicariantes de E.S., analisamos se os professores já tinham promovido ou participado em acções de promoção de E.S. no âmbito da sua actividade docente. Neste sentido, constatou-se que metade da amostra analisada (49,7%; $n=151$) refere ter tido experiência neste domínio, avaliando a mesma como positiva (99,7%).

Com vista a analisar as crenças normativas quanto à aceitação de acções de E.S. em meio escolar, questionamos os inquiridos sobre as opiniões que tinham dos diferentes referentes da escola em aceitar a promoção da de E.S. em meio escolar. O Quadro 1 apresenta as crenças normativas por parte de diferentes referentes quanto à promoção da E.S.

Quadro 1

*Crenças normativas por parte de diferentes
referentes quanto à Promoção da Educação Sexual*

| <i>Grau de aceitação \ Referentes</i> | <i>Direcção da escola</i> | <i>Professores</i> | <i>Pais/EE</i> | <i>Auxiliares de acção educativa</i> |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|
| Aceitação | 86,9% ($n=265$) | 68,5% ($n=209$) | 54,6% ($n=166$) | 59,7% ($n=182$) |
| Não-aceitação | 13,1% ($n=40$) | 31,5% ($n=96$) | 45,4% ($n=139$) | 40,3% ($n=123$) |

No que se refere à intenção, de no futuro se envolver em práticas de E.S., cerca de 70% ($n=212$) indica a não intencionalidade de se envolver nestas práticas.

Material

A Escala de Envolvimento em E.S. integra 29 itens respondidos numa escala de *Lickert* de 6 pontos. Na elaboração dos itens que constituem a Escala de Envolvimento foram consideradas diferentes formas de

promover a E.S. em meio escolar, tendo sido incluídos itens relativos a comportamentos do professor (e.g., Utilizo estratégias activas, nomeadamente visionamento de filmes, leitura de textos, dramatizações para ensinar conteúdos de E.S.), a cognições acerca do envolvimento pessoal (e.g., Preocupo-me com a informação errada que os meus alunos possam ter) e ao papel da escola e do professor na implementação de E.S. (e.g., Penso que a E.S. faz parte das funções que o professor deve desempenhar). A recolha de dados processou-se de modo a garantir o anonimato, tendo os participantes respondido ao questionário individualmente e endossado as respostas em envelope fechado.

RESULTADOS

O estudo conduzido sobre o Envolvimento dos professores em E.S. em contexto escolar, revelou a existência de três diferentes variáveis respeitantes a aspectos diferenciais do envolvimento – na prática, no papel, na relação pedagógica, contudo, por questões de espaço apenas apresentaremos os resultados que dizem respeito ao Envolvimento do professor na Prática.

A análise descritiva dos resultados da Escala de Envolvimento na Prática revela que o envolvimento destes agentes educativos nas práticas de E.S. é ainda insuficiente (2,50).

No sentido de determinar a influência das variáveis relativas à E.S. e das variáveis psicológicas na variável de Envolvimento na Prática, foi realizada uma análise de regressão hierárquica. Neste sentido, o modelo de regressão hierárquica utilizado incluiu dois grupos de variáveis. O Bloco 1 inclui 4 variáveis relacionadas com as características dos sujeitos relativas à E.S., a Formação inicial em E.S., a Formação contínua em E.S., as Realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S. e a Intenção. O bloco 2 incluiu as variáveis Auto-eficácia, Conforto, Importância, Crença de resultados positivos, Crença de resultados neutros/negativos e Conhecimentos sobre a legislação em E.S.

O primeiro bloco explicou uma percentagem elevada do Envolvimento na Prática dos professores (55%). Neste bloco, as variáveis Intenção, Realizações comportamentais/experiências vicariantes e Formação contínua assumem a maior responsabilidade na predição da variável

critério, pelo que todas estão positivamente relacionadas com o Envolvimento na Prática.

Quando incluído o Bloco 2 observou-se um contributo adicional das variáveis psicológicas em relação ao Bloco 1 ($\Delta R^2=0,10$) melhorando a capacidade de previsão do modelo de regressão múltipla. A maior importância preditora residiu nas variáveis Auto-eficácia, Formação Contínua, Intenção, Realizações comportamentais/experiências vicariantes, Conhecimentos, Conforto e Formação inicial, pese embora que a Auto-eficácia tenha sido o factor preditor com maior capacidade explicativa ($\beta=0,27$).

Em termos globais, isto é, incluindo os dois blocos de variáveis, o nosso modelo revelou-se estatisticamente significativo [$F(4,10)=58,99, p<0,0001$], explicando cerca de 66% da variância.

Em suma e de acordo com estes resultados, à medida que aumenta o sentido de auto-eficácia, a formação inicial/contínua em E.S., a intenção, as realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S., os conhecimentos sobre a legislação e o grau conforto, aumenta também o envolvimento do professor em práticas da E.S.

MODELO DE ENVOLVIMENTO DO PROFESSOR EM PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

Os resultados deste trabalho permitiram, por um lado, identificar que o envolvimento do professor em práticas de E.S. parece não ser determinado pelas características contextuais dos microssistemas. Porém, ao atender à teoria ecológica de Bronfenbrenner (1979/2002), facilmente se percebe, que este contexto assume uma importância basilar no desenvolvimento, na medida em que nele se operam um conjunto de actividades, de papéis e de relações interpessoais, e que por sua vez, facilitam (ou obstruem) o processo de envolvimento do professor nas práticas de E.S.. Sendo assim, as práticas de envolvimento devem ser imersas em contextos proximais, não podendo ser vistas como neutras ou desprovidas de um vasto significado.

Por outro lado, revelaram que o contributo das variáveis auto-eficácia, formação inicial/contínua, intenção, realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S., conhecimentos sobre a legislação em E.S. e

conforto têm um peso importante na determinação do envolvimento do professor em práticas de E.S.

Ora, dentro deste quadro de referência desenvolvimental, é defendido que a pessoa é um ser activo, dinâmico, em progressiva reestruturação no meio em que vive, sendo esta interacção bi-direccional, caracterizada pela reciprocidade e sendo o processo desenvolvimental fruto do contexto imediato e das influências e inter-conexões entre os cenários mais vastos. Assim sendo, o papel da escola e o papel do professor têm de ser interpretados à luz de ordens macrossistémicas, sendo este sistema o que exerce maior influência nos cenários desenvolvimentais (Bronfenbrenner, 1979/2002). Perante o exposto, qualquer modelo de envolvimento deverá integrar dois tipos de estratégias conducentes ao envolvimento do professor em práticas de E.S., ou seja, estratégias de ordem macro e estratégias de ordem microssistémica.

No âmbito das estratégias macrossistémicas e percebendo-se o efeito da formação, tanto inicial, como contínua, para o envolvimento do professor em práticas de E.S., torna-se fundamental priorizá-las enquanto estratégias para a implementação da inovação, dando para isso as condições preambulares para que o processo de envolvimento do professor se comece a construir.

No cenário microssistémico, a par da existência de uma política de incentivo e apoio aos processos de envolvimento por parte dos Directores das Escolas, é necessário existir um plano formativo, inicial e contínuo, enquadrado num modelo em que se assume um papel de incitamento à análise, à indagação, à reflexão sobre a realidade educativa (e.g., Estrela & Estrela, 2001) e ao apoio à mudança de práticas e não uma formação tradicional centrada nos saberes dos formadores. Neste sentido, “os professores têm que ser protagonistas activos nas diversas fases do processo de formação (...): na concepção e no acompanhamento, na regulação e na avaliação” (Nóvoa, 1991, p. 31).

A formação de professores deve constituir uma forma globalizante e integradora, valorativa do seu carácter contextual, organizacional e de orientação para a mudança, considerando um conceito vasto do “desenvolvimento profissional dos professores”. Por conseguinte, deve ser concebida “como uma intervenção educativa” e “solidária dos desafios de mudança das escolas e dos professores” (Nóvoa, 1991, p. 22).

Ora, qualquer mudança sustentada por práticas/realizações comportamentais requer tempo, desta forma é exigido um tempo compatível com

esta mudança. Tempo para a investigação, tempo para a acção, tempo para a reflexão, tempo para a avaliação...

Deve atender aos seguintes aspectos com o intuito de influenciar o comportamento de envolvimento do professor, sendo eles: aumento da informação sobre a temática da Sexualidade, o desenvolvimento de competências auto-reguladoras e auto-promotoras, o aumento do conforto na abordagem de conteúdos específicos, o treino de competências sociais e aumento do sentido de auto-eficácia (Bandura, 1993) para a abordagem da E.S.

A área dos conhecimentos deve ser bem planeada, pois é através dela que o professor vai conhecer, compreender e reflectir sobre o conceito de Sexualidade e de E.S., os objectivos e conteúdos da E.S., as directrizes ministeriais existentes nesta matéria, as estratégias de intervenção e promoção, a necessidade de se diagnosticarem as necessidades e os interesses dos estudantes nesta matéria, etc. A discussão e reflexão sobre os diferentes modelos de saúde e sobre os factores envolvidos nas mudanças comportamentais e atitudinais, permitirá minimizar a dissonância entre os objectivos da E.S. e as práticas dos professores. Neste sentido, o aumento da informação contribuirá para o aumento das competências de auto-eficácia, permitindo que o professor se envolva gradualmente neste processo e reflecta sobre o trabalho diferenciado que a mesma exige.

Com vista ao aumento do nível de conforto, torna-se essencial facilitar a tomada de consciência das emoções associadas ao debate de diferentes temas, sendo este um passo importante para que a informação que elas contém possa ser útil e para que estas possam ser modificadas.

O processo de modelagem é facilitado ao pôr-se em comum exemplos de boas práticas, experiências de sucesso e insucesso, ao simularem-se situações, facultando o desenvolvimento de competências para lidar com os imprevistos, antecipando acontecimentos que possam ocorrer no contexto de ensino-aprendizagem (Bandura, 1993) e desenvolvendo competências sociais e aumento do sentido de auto-eficácia.

A adopção por parte do professor de uma “orientação personalista”, sendo capaz de escolher e tomar decisões, de uma “orientação prática”, sendo capaz de produzir conhecimento através das suas realizações comportamentais e uma “orientação sócio-reconstrucionista” (Marcelo, 1999), sendo capaz de transformar os sistemas em que está inserido e no qual participa ou não directamente, devem marcar a orientação da dinâmica formativa.

DISCUSSÃO

Sendo consentâneo de que as orientações políticas anteriores (e.g., Lei nº 3/84; DL 259/00) não foram suficientes para a apropriação das escolas dos princípios subjacentes à promoção da E.S., a 6 de Agosto de 2009, é publicado novo documento legal – Lei nº 60/09, que reforça a consagração de medidas da E.S. Neste documento, é revigorado o significado nuclear da formação contínua de professores como um factor crucial para o envolvimento do professor na promoção da E.S. Assim, ao director de turma e aos restantes professores responsáveis na promoção da E.S. da turma, “é garantida, pelo Ministério da Educação, a formação necessária ao exercício dessas funções” (p. 5098). Em síntese, acreditamos que ao serem providenciadas transformações tanto ao nível das estratégias de inovação (e.g., documentos legais), como ao nível das estratégias de mudança (e.g., formação contínua), criar-se-ão cenários tendentes a influenciar o comprometimento do professor com estes princípios. O professor, ao ter a possibilidade de frequentar formação em E.S., ao ter oportunidades para experimentar este papel (através de realizações comportamentais/experiências vicariantes) apoiado por uma equipa, ao perceber o contexto (rede de colegas, estudantes e famílias) como favorável, suportivo e decidido na implementação da inovação, terá, então, todas as condições para que se desencadeie a transição ecológica, onde as práticas dos professores se constituam em verdadeiras oportunidades de desenvolvimento pessoal e social do estudante.

REFERÊNCIAS

- Anastácio, Z.F.C. (2007). Educação sexual no 1º CEB, obstáculos e argumentos dos professores para a sua (não) consecução. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Minho. Retirado a 6 de Junho de 2007 de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7337>
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bronfenbrenner, U. (1979/2002). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados* [The ecology of human development]. Barcelona: Paidós Ibérica (obra original de 1979).

- Cohen, J.N., Byers, E.S., Sears, H.A., & Weaver, A.D. (2001). *New Brunswick teachers' ideas about sexual health education*. Retirado a 16 de Janeiro de 2006 de www.gnb.ca/0000/publications/ss/nbparentidea.pdf
- Decreto-Lei nº 259/2000 (2000). *Desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 120/99*: Ministério da Educação. Diário da República, I Série A, de 17 de Outubro n.º 240, 5784-5786.
- Estrela, M.T., & Estrela, A. (2001). *IRA – Investigação, reflexão, acção e formação de professores: Estudos de caso*. Porto: Porto Editora.
- Lei nº 3/84. (1984). *Educação sexual e planeamento familiar*: Assembleia da República Diário da República, I Série, de 24 de Março, n.º 71, 981-983.
- Lei nº 60/09 (2009). *Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar*: Assembleia da República, Diário da República, I Série, de 6 de Agosto, n.º 151, 5097-98.
- Marcelo, C.G. (1999). *Formação de professores: Para uma mudança educativa*. Porto: Porto Editora.
- Nóvoa, A. (1991). Concepções e práticas de formação contínua de professores. In A. Nóvoa (Ed.), *Actas do I Congresso Nacional de Formação Contínua de Professores* (pp. 15-38). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Serrão, C., & Barbosa, M.A. (2006). Questionário de opiniões sobre Educação Sexual. Resultados obtidos junto de uma amostra de professores. In C. Machado, L. Almeida, A. Guisande, M. Gonçalves, & I. Ramalho (Eds.), *Actas da XI Conferência Internacional, Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 621-631). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Reis, M.H.A., & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. Lisboa: *Análise Psicológica*, XXII(4), 737-745.
- Teixeira, M.F. (1999). *Reprodução humana e cultura científica: Um percurso na formação de professores*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, Aveiro.

ENVOLVIMENTO DOS DIRECTORES DE TURMA EM PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL EM CONTEXTO ESCOLAR

Carla Serrão¹ / Adelina Barbosa² / Duarte Vilar³

¹Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto; ²FPCE, Universidade do Porto; ³Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Em Portugal, a implementação da Educação Sexual (doravante designada de E.S.) em contexto escolar tem estado, nas últimas décadas, nas agendas políticas e públicas. Após uma análise exaustiva das medidas macrossistémicas publicadas no decurso do último quarto de século que têm acompanhado a E.S. em Portugal e da reflexão sobre os processos de inovação e mudança é possível tecer alguns comentários, nomeadamente: (1) este percurso tem sido pautado por avanços e retrocessos, produto de posicionamentos ideológicos, dos quais resultam as políticas educativas. Esta dinâmica parece, deste modo, ser o cerne dos constrangimentos à implementação da E.S. por parte das escolas. Apesar disso, o macrosistema tem mobilizado esforços no sentido de tornar efectiva a implementação da Promoção da Saúde e E.S., tendo para isso, por exemplo criado experimentos transformadores, legislado, dado orientações ministeriais e avaliado o que se faz nesta matéria; (2) a avaliação do processo de implementação da E.S. entre 2001-2003 realizada pelo Ministério da Educação (D.G.I.D.C., 2005) revela um maior grau de organização e intencionalidade das intervenções tanto a nível das áreas curriculares disciplinares (ACD), como ao nível das áreas curriculares não disciplinares (ACND), por parte das escolas; (3) pese embora a paralisação de todo esse processo pelos recuos (sobretudo pela cessação da Comissão de Coordenação dos Projectos de Educação para a Saúde e pela revogação de protocolos com as Organizações Não Governamentais; pelo facto da E.S. ter sido excluída das prioridades pelo Ministério da Educação para a formação contínua de professores de 2005/08) realizados nesta matéria pelo governo, a criação do Grupo de Trabalho de Educação Sexual – GTES (Despacho nº 19 737/2005) renovou discussões nos vários sistemas (micro, meso, exo e macrossistémico). Neste sentido, o GTES (2005) recupera e aprofunda o processo de Educação e Promoção da Saúde e E.S. nas escolas, contribuindo, para a clarificação do enquadramento e incorporação da E.S. Reduz ao mínimo indispensável as alterações normativas, assegurando mudanças de orientação sobretudo ao nível da acção concreta; (4) não negligenciado o valor de todos estes movimentos e

esforços, os dados mostram que a E.S. é ainda uma actividade molecular nas escolas (GTES, 2007b).

Em síntese, embora as orientações políticas sejam, na actualidade, mais claras, as mesmas não parecem suficientes, pois o significado nuclear destas reformas é ainda pouco visível na sua apropriação pelas escolas e pelos professores.

Este estudo pretendeu ser um contributo para a compreensão, tanto das variáveis sócio-cognitivas, como das variáveis contextuais na explicação e envolvimento dos Directores de Turma (doravante designados de DT) na promoção da E.S. em meio escolar. Assim sendo, as questões levantadas foram: qual o conforto sentido pelos DT na abordagem dos diferentes temas da E.S.? Qual o grau de conhecimentos relativamente à legislação em E.S.? Qual o grau de motivação (auto-eficácia e eficácia de resultados) sentido na promoção da E.S.? Qual o grau de envolvimento dos DT na promoção da E.S.?

O propósito principal definido para esta investigação foi o de conceber um modelo explicativo do envolvimento do professor na promoção da E.S. (Serrão, Barbosa, & Vilar, no prelo).

MÉTODO

Participantes

Participaram nesta investigação 110 professores DT de 13 escolas do ensino básico e secundário da zona do Grande Porto.

No que respeita às características sócio-demográficas dos DT, foram contemplados aspectos de natureza pessoal (entre outros, o sexo, a situação conjugal, os anos de serviço). A grande maioria dos DT 87,3% ($n=80$) é do sexo feminino. Os DT participantes têm uma idade média de 45,4 ($DP=7,10$). Relativamente ao estado civil, cerca de 76,1% ($n=83$) são casados ou vivem em união de facto, 12,8% ($n=14$) são solteiros, 10,1% ($n=10$) são divorciados e cerca de 1% ($n=1$) são viúvos. Quanto aos anos de serviço, verificou-se que 60,2% ($n=65$) têm mais de 20 anos de serviço, 17,6% ($n=19$) têm entre 10 e 14 anos de leccionação, 20,4% ($n=22$) têm entre 15 e 19 anos de serviço e 1,8% ($n=2$) estão em função docente há 9 anos ou menos.

Em relação às variáveis do DT relativas à E.S. foram analisadas: a presença na formação inicial de conteúdos de E.S., a formação contínua em E.S., a experiência em actividades de E.S. (realizações comportamentais/ experiências vicariantes) e a intenção de no futuro realizar acções de E.S. Relativamente à abordagem de temas de E.S. na formação inicial, conclui-se que a maioria (91,6%; $n=98$) dos inquiridos não tiveram durante a sua formação académica a oportunidade de debater conteúdos relacionados com este tema. Já em relação à formação contínua, verificou-se que mais de metade da amostra (56,9%; $n=62$) não frequentou qualquer tipo de curso de formação em E.S.

Quanto às realizações comportamentais/experiências vicariantes de E.S., analisamos se os DT já tinham promovido ou participado em acções de promoção de E.S. no âmbito da sua actividade docente. Neste sentido, constatou-se que mais de metade da amostra analisada (56%; $n=61$) refere ter tido experiência neste domínio, avaliando a mesma como positiva (89,9%).

No que se refere à intenção, de no futuro se envolver em práticas de E.S., cerca de 70% ($n=87$) refere intencionalidade em se envolver na promoção da E.S.

Material

No âmbito desta investigação procedeu-se à construção do Questionário sobre Educação Sexual em Meio Escolar (QUESME) (Serrão, Barbosa, Vilar, & Lemos, 2008). O QUESME é composto por seis escalas de diferente âmbito e conteúdo, para além de uma parte inicial de caracterização sócio-demográfica e de caracterização dos participantes quanto às variáveis relativas à E.S.: Escala de Conhecimentos relativos à legislação e orientações ministeriais da E.S.; Escala de Conforto em relação a temas de Sexualidade; Escalas de Motivação: Escala de Importância, Escala de Auto-eficácia e Escala de Eficácia de Resultado; e Escala de Envolvimento.

RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta as medidas descritivas das Escalas que constituem o QUESME.

Quadro 1

Medidas descritivas

| Escalas | | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | Mín-Max. | Assime. | Curtose |
|---------------|------------------------|----------|----------|-----------|----------|---------|---------|
| Conhecimentos | | 110 | 8,16 | 3,78 | 0-15 | -0,14 | -0,82 |
| Conforto | | 93 | 4,12 | 1,19 | 1-6 | -0,33 | -0,83 |
| Motivação | Importância | 94 | 4,61 | 1,06 | 2,05-6 | -0,49 | -0,79 |
| | Auto-eficácia | 96 | 3,84 | 1,20 | 1,37-6 | -0,00 | -1,09 |
| | Resultados positivos | 108 | 4,62 | 0,95 | 1,80-6 | -0,58 | -0,04 |
| | Result. neutros/negat. | 107 | 2,04 | 0,99 | 1-6 | 1,32 | 2,48 |
| Envolvimento | Na prática | 91 | 2,68 | 1,20 | 1-5,87 | 0,78 | -0,05 |
| | Na relação pedagógica | 106 | 2,12 | 0,98 | 1-6 | 1,31 | 1,92 |
| | No papel | 103 | 4,54 | 0,99 | 1,33-6 | -0,75 | 0,72 |

A fim de verificar a existência de diferenças entre os grupos ao nível das variáveis psicológicas, em função de ter tido formação inicial com ou sem conteúdos em E.S., de ter ou não frequentado formação contínua em E.S., da intenção ou não de se promover a E.S., e de ter tido ou não realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S., foram realizadas análises de variância univariada (ANOVA).

Quando se procede a uma análise comparativa das variáveis psicológicas de acordo com a *formação inicial com ou sem conteúdos em E.S.*, a análise de variância univariada permite denotar a presença de diferenças significativas entre grupos ao nível do envolvimento na prática e da auto-eficácia. Com efeito, verificámos que os professores que frequentaram cursos superiores que contemplaram conteúdos de E.S. perceberam-se com um nível de auto-eficácia superior, envolvendo-se mais em práticas de E.S.

A análise de variância sobre o efeito da formação contínua em E.S. nas variáveis psicológicas permitiu verificar que esta variável é importante na diferenciação entre grupos. As análises univariadas indicam diferenças muito expressivas ($p<0,001$) em algumas variáveis, pelo que os DT com formação contínua em E.S. apresentam níveis superiores de conhecimentos, de conforto, de auto-eficácia, de importância e de envolvimento na prática. Contrariamente e com valores também expressivos, os DT que frequentarem este tipo de formação são os que se mostram menos envolvidos do ponto de vista relacional (envolvimento na relação pedagógica).

No que diz respeito à intenção de envolvimento futuro em práticas de E.S., as análises indicam que as diferenças (quando significativas) são muito expressivas ($p<0,001$), pelo que os DT que têm intenções de se envolver no futuro em práticas de E.S. são os que apresentam um nível mais elevado de

conhecimentos, atribuem maior importância à E.S., percebem-se como mais confortáveis e com mais competências neste domínio, apresentam um nível superior de envolvimento na prática e detêm maiores crenças de resultados positivos.

O resultado do teste *F* demonstra a existência de diferenças significativas, refutando a influência da variável *realizações comportamentais/experiências vicariantes* em E.S. nas variáveis psicológicas. Verificámos que os DT que tinham realizações comportamentais/experiências vicariantes neste domínio revelaram uma superioridade média de conhecimentos, de conforto, de auto-eficácia, de importância à E.S., de crenças de resultados positivos, de envolvimento na prática e de envolvimento no papel.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na variável *conhecimentos* dão conta que os DT detêm conhecimentos moderados relativamente ao enquadramento legal e normativo da E.S. A resultados idênticos, embora com pontuações superiores, chegaram Reis e Vilar (2004), ao constatarem que os professores tinham elevados conhecimentos ($M=9,69$) neste domínio. Atendendo a que os DT com formação contínua em E.S. se revelaram mais conhecedores deste enquadramento legislativo e normativo, julgamos que este facto pode constituir uma evidência da importância da formação na clarificação e reflexão sobre o papel atribuído à escola e ao professor neste domínio e no começo da ultrapassagem de alguns obstáculos.

Os DT com intenção de, no futuro, desenvolverem acções de E.S. revelam-se também mais conhecedores da legislação comparativamente com os professores sem intenção, dados estes corroborados por Reis e Vilar (2004). Outra variável que diferenciou o grau de conhecimentos foram as realizações comportamentais/experiências vicariantes em E.S. Os DT que afirmaram já ter participado/promovido este tipo de acções, foram os que se mostraram significativamente mais conhecedores da legislação em E.S. Estes dados levam-nos a crer que a prática pedagógica nesta área está inerente à compreensão das inovações propostas pelo macrossistema, tendo sido o impulsionador de realizações comportamentais/experiências vicariantes.

Os resultados das análises conduzidas ao nível da variável *conforto*, sugerem que os DT se sentem confortáveis na abordagem de vários temas

relacionados com a E.S. A resultados idênticos chegaram Cohen e colaboradores (2001), Serrão e colegas (2006) e Reis e Vilar (2004). As variáveis relativas à E.S. que se revelaram como as que mais tendem a influenciar a percepção de conforto dos professores foram a intenção, as realizações comportamentais/experiências vicariantes e a formação contínua.

O estudo quantitativo pôs em evidência que os professores atribuíam importância elevada às actividades que se realizam em E.S. ($M=4,61$). Também Ramiro e Matos (2008) verificaram que os professores atribuíam à E.S. um nível de importância médio/alto.

A análise descritiva dos dados obtidos a partir da variável *auto-eficácia* permite-nos concluir que os DT se percebem como competentes para a abordagem da E.S. em meio escolar ($M=3,84$), não sendo por isso a ausência de competências o elemento paralisador da implementação da E.S. Conclui-se que os professores com formação contínua em E.S. se percebem com maiores competências para a abordagem da E.S. Estes resultados são corroborados por Thomas e Jones (2005), Wight e Buston (2003) e Wiefferink e colegas (2004), ao mostrarem que a formação contínua tinha tornando os professores mais auto-eficazes na promoção da E.S.

A análise descritiva da variável *envolvimento na prática*, permitiu concluir que os professores se envolvem de forma insuficiente na promoção da E.S. ($M=2,68$). Com efeito, o envolvimento na prática é muito diminuto.

Quanto à variável *envolvimento no papel*, a média registada ($M=4,54$) indica que os DT consideram que a promoção da E.S. deve ser contextualizada no microssistema escola e que faz parte das funções do professor.

Quanto à variável *envolvimento na relação pedagógica*, a média apresenta-se como baixa ($M=2,12$). Este resultado leva-nos a considerar que os DT dão pouco relevo às necessidades dos estudantes e aos seus interesses sobre este tema, mostrando pouca preocupação com a informação errada que os seus alunos têm relativamente a temas de Sexualidade e, desta forma, não valorizando a natureza pessoal da interacção professor-aluno.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que: (1) as modificações que se circunscreveram às alterações sobre a Promoção da Saúde e da E.S., a nível macrossistémico, tiveram um efeito reduzido sobre as práticas das

escolas e as práticas dos DT; (2) a E.S. é uma estratégia levada a cabo unicamente por alguns DT isolados e não uma estratégia global de escola; (3) a E.S. enquanto área transversal que é, ao invés de representar uma oportunidade de interdisciplinaridade, a uma intervenção de trabalho colaborativo e concertado entre os professores, em prol, em particular, da qualidade da E.S., e em geral, da qualidade da Educação, parece retirar o comprometimento a todos. Com efeito ao ser um espaço “não regulamentado” em termos disciplinares tende a não ser apropriado por ninguém; (4) a E.S. é considerada por estes agentes como de grande importância, não estando, porém, esta ligada ao reconhecimento do seu contributo efectivo, pois os professores não se envolvem nestas práticas; (5) o seu desenvolvimento quando existe obedece a uma estratégia pouco consentânea com os objectivos e finalidades teoricamente traçados para o seu desenvolvimento; (6) apesar dos DT desenvolverem discursivamente este papel, isto é, de considerarem que a E.S. faz parte do seu papel enquanto profissionais de educação, não houve uma autêntica transição ecológica, pois no plano praxiológico não concretizam a E.S.

Considerando todas as variáveis analisadas no âmbito deste estudo, recomendou-se a criação dos seguintes cenários:

- Dando cumprimento às orientações do GTES (2005, 2007a,b), produzir um documento orientador explicitando o lugar da E.S. nas áreas ACD e ACND. O estabelecimento de orientações curriculares precisas para a integração da E.S. em ambas as áreas: por conselhos de turma, por anos lectivos, por tempos, por propostas metodológicas e por campos temáticos. Nesse documento deve ser clarificado como a E.S. deve ser enquadrada nos projectos curriculares de turma, do seu desenvolvimento e avaliação.
- É essencial a existência de dispositivos de difusão e de acompanhamento da inovação, uma avaliação, monitorização e supervisão rigorosas, devendo as escolas prestar contas da sua responsabilidade em matéria de E.S.
- É necessário também, como linha de actuação estratégica, que a formação de professores em E.S. faça parte das prioridades do Ministério da Educação. Neste sentido, consideramos que a formação de professores deverá ser enquadrada como um projecto de escola de forma a sustentar a inovação.

Apesar destes resultados, pouco positivos no que diz respeito ao envolvimento actual do professor na promoção da E.S., estamos optimistas quanto a um envolvimento futuro mais activo por parte das escolas e dos seus professores no âmbito da promoção da E.S. em meio escolar, pois a mais recente Lei de E.S. – Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto, “Estabelece o

regime de aplicação da educação em meio escolar”, constitui um cenário tendente a influenciar o envolvimento do professor/DT na promoção da E.S. Por fim, e no que diz respeito à formação contínua de professores proposta nesta lei, consideramos que poderá ser útil delineá-la à luz dos resultados obtidos nesta investigação e do modelo de envolvimento do professor na promoção da E.S. proposto (Serrão, Barbosa, & Vilar, no prelo).

REFERÊNCIAS

- Cohen, J.N., Byers, E.S., Sears, H.A., & Weaver, A.D. (2001). *New Brunswick teachers' ideas about sexual health education*. Retirado a 16 de Janeiro de 2006 de www.gnb.ca/0000/publications/ss/nbparentidea.pdf
- Despacho nº 19 737/2005 (2005). Ministério da Educação. Diário da República, II Série, 15 de Junho, nº 176.
- D.G.I.D.C. (2005). *Educação sexual em meio escolar: Tratamento estatístico dos dados do inquérito aplicado em 2003*. Lisboa: D.G.I.D.C., Divisão de Orientação e Apoios Educativos.
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES). (2005). *Relatório preliminar*. Retirado a 20 de Janeiro de 2006 de http://www.dgidec.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES). (2007a). *Relatório de progresso*. Retirado a 9 de Outubro de 2007 de http://www.dgidec.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Final_ES.pdf
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES). (2007b). *Relatório final*. Retirado a 9 de Outubro de 2007 de http://www.dgidec.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Final_ES.pdf
- Lei nº 60/09 (2009). *Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar*: Assembleia da República, Diário da República, I Série, de 6 de Agosto, n.º 151, 5097-98.
- Ramiro, L., & Matos, M.G. (2008). Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 684-692.
- Reis, M.H.A., & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. Lisboa: *Análise Psicológica*, XXII(4), 737-745.
- Serrão, C., Barbosa-Ducharne, M.A., & Vilar, D. (2006). Opiniões dos professores em relação à educação sexual na escola. In N. Machado, M.L. Lima, M.M. Melo, A. Candelas, & A. Calado (Eds.), *VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 2-20). Évora: Departamento de Psicologia, Universidade de Évora.

- Serrão, C., Barbosa, M.A., Vilar, D., & Lemos, M.S. (2008). Desenvolvimento e estudo do QUESME – questionário sobre educação sexual em meio escolar: As escalas de motivação. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Intervenção em Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA Edições.
- Serrão, C., Barbosa, M.A., & Vilar, D. (no prelo). Modelo de envolvimento dos professores em práticas de educação sexual. *Actas do 8º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Intervenção em Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA Edições.
- Thomas, M., & Jones, S. (2005). The impact of group teaching on the acquisition of key skills to teach personal, social and health education. *Health Education, 105*(3), 164-185.
- Wiefferink, C.H., Poelman, J., Linthorst, M., Vanwesenbeeck, I., Wijngaarden, J.C.M.V., et al. (2004). Outcomes of a systematically designed strategy for the implementation of sex education in Dutch secondary Schools. *Health Education Research, 20*(3), 323-333.
- Wight, D., & Buston, K. (2003). Meeting needs but not changing goals: Evaluation of in-service teacher training for sex education. *Oxford Review of Education, 29*(4), 521-543.

ESTRATÉGIAS DE COPING NO CANCRO DA MAMA
– RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

Cátia Pargana¹ (cpargana@gmail.com) / Ivone Patrão^{1,2}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²ACES Odiveias, Coordenadora URAP

A importância da religião e da espiritualidade para o doente oncológico tem sido objecto de estudo ao longo dos anos, na tentativa de se compreender de que forma as crenças espirituais e religiosas ajudam a pessoa com cancro a lidar com esta doença, considerada grave, com consequências emocionais e cognitivas.

Sabe-se que, dos 8699515 cidadãos portugueses recenseados, numa questão que pretendia saber qual a sua orientação religiosa, destes (93%) afirmaram ser católicos (0,6%) protestantes; (0,2%) muçulmanos e (4%) professaram não ter qualquer tipo de religião (Recenseamento Geral da População e Habitação de 2001 Instituto Nacional de Estatística, 2005). Estes resultados fornecem indicadores para pensarmos na importância que a população portuguesa atribui à religião e à espiritualidade, e consequentemente o seu impacto num doente com uma doença oncológica.

Numa revisão de literatura sobre religião e *coping*, feita por Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari, e Pargament (2001), é notado que a estratégia de *coping* através da religião é usada frequentemente e tem consequências em termos psicológicos. Em geral, níveis baixos de sintomatologia depressiva estão associados com estratégias positivas de *coping* religioso, tais como a procura de suporte espiritual, a expressão de satisfação espiritual, recepção de suporte congregacional, elaboração benéfica do evento stressor e aliança colaborativa com Deus. As estratégias negativas de *coping* ao nível religioso, como a insatisfação espiritual, a conflitos religiosos interpessoais e elaboração negativa de evento stressor, surgem associadas a mais sintomas depressivos.

Neste estudo qualitativo o objectivo não nos remete para a população em larga escala, mas sim para o indivíduo em si mesmo e suas experiências. Pretende-se principalmente compreender a vivência da doente com cancro da mama e as estratégias de *coping* utilizadas relacionadas com espiritualidade e religião.

Apesar do conceito de espiritualidade ser mais abrangente utilizaram-se dos dois conceitos – religião e espiritualidade – visto as pessoas vivenciarem frequentemente a sua espiritualidade num contexto religioso.

COPING E DOENÇA ONCOLÓGICA

Cada pessoa reage de uma determinada forma a um diagnóstico de cancro. Cancro, dor, sofrimento, angústia, perda, incerteza podem ser sentidos como um só, por vezes num primeiro momento, outras vezes, ao longo de todo o processo de doença, conforme as estratégias utilizadas.

Segundo Holahan e Moos (1987) o conceito de *coping* é definido como um factor estabilizador ou facilitador do ajustamento individual ou adaptação quando se está perante situações ou momentos stressantes. Entre as várias definições de *coping* apresentadas, destacam-se: qualquer esforço de gestão do stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o *distress* psicológico ou as condições stressantes.

A pessoa com cancro pode utilizar diferentes estratégias para lidar com o stress que advém desta doença. Pode usar estratégias focadas no problema, como a análise do problema, procura de informação, resolução do problema, obtendo maior controlo, no sentido de eliminar a causa do stress. Pode usar estratégias focadas na *emoção*, utilizadas para reduzir a tensão emocional, como o controle emocional, aceitação e o descontrolo emocional (Patrão & Leal, 2004).

No que respeita ao *coping* em situação de doença grave, Folkman (1997), encontrou processos de *coping* que surgem associados a estados psicológicos positivos, sendo estes protectores do impacto da doença grave. O que estas estratégias têm em comum são a procura e o encontrar de um significado positivo. São elas:

- Reavaliação positiva, referindo-se às estratégias cognitivas utilizadas para reenquadrar a situação, de modo a vê-la de forma positiva;
- *Coping* focado no problema dirigido para objectivos, incluindo a procura de informação, de tomada de decisão, de planeamento e de resolução de conflitos de modo a resolver ou gerir problemas que impeçam alcançar os objectivos e causam stress;
- Infusão de eventos vulgares com sentido positivo, referindo-se a algo que fez ou que aconteceu, que foi significante, que trouxe felicidade e ajudou a passar bem o dia; e
- Crenças e práticas espirituais, englobando a procura de significado e propósito, transcendência (a sensação de que o ser humano é mais do que existência material), laços (e.g., com os outros, com a natureza ou com uma divindade) e valores, como por exemplo, a justiça.

RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E COPING

Religião e espiritualidade são conceitos que têm sido cada vez mais investigados nomeadamente em contextos de saúde mas que por vezes geram controvérsia, devido não só a perspectivas mais positivas da investigação científica mas também a dificuldades de operacionalização dos conceitos. No entanto, cada vez mais são percebidos cientificamente como constructos subjectivos com efeitos na saúde e no bem-estar físico e psicológico.

Embora as suas definições sejam discutíveis e limitadas, de acordo com Menezes (2006), ao contrário da religiosidade, que se refere a crenças específicas, tradições, rituais e contextos socioétnicos, a Espiritualidade engloba significados pessoais, projectos de vida e sentimentos/sensações de transcendência. Desta definição, é possível considerar-se a Espiritualidade como algo inerente a todo o ser humano, quer ele se considere religioso ou não. Pode entender-se como o complexo de qualidades únicas de um indivíduo, direccionando a existência e dando significado às experiências humanas.

Relativamente à religião, como o conceito é tipicamente utilizado, envolve crenças religiosas tradicionais, atitudes e práticas, enquanto espiritualidade, é considerado um termo mais abrangente que inclui religião, mas vai mais além desta (Musick, Koenig, Larson, & Matthews 1998).

Por sua vez, Pargament e Hill (2008), referem que o termo religião, ao longo da história da psicologia moderna, tem sido um constructo tanto individual como institucional. Religião e espiritualidade representam constructos que se relacionam ao invés de constructos independentes.

É ainda de salientar que se observa uma polarização da religiosidade e espiritualidade, na qual temos de um lado a primeira, representando uma expressão institucional formal, externa, doutrinária, autoritária e inibitória, e do outro lado, a segunda, a representar a expressão livre, interna, subjectiva, emocional e assistemática. Pargament (2008) alerta em relação a esta total separação que se pretende fazer entre religião e espiritualidade, não só na medida em que o significado da primeira tem implicitamente conotação negativa e o da segunda não, mas também pelo simples facto da maioria das pessoas experienciarem a espiritualidade dentro de um contexto religioso organizado e não verem distinção nos dois fenómenos. O *coping* dito religioso pode ser definido como o uso de técnicas cognitivas e comportamentais, perante situações de vida stressantes, que provém da religião ou espiritualidade da pessoa (Tix & Fraser, 1998). Sabe-se que

a estratégia de *coping* que assenta na religião, é uma estratégia emocional, mas pode ser considerada igualmente cognitiva (e.g., avaliar a doença como parte do plano de Deus) e também comportamental (e.g., orar ou frequentar um serviço religioso).

Outros estudos mais antigos, como refere Koenig et al. (1998), salientam a religião como tendo uma influência benéfica nos pacientes em termos de *coping* (Acklin, Brown, & Mauger, 1983; Halstead & Fernsler, 1994; Jenkins & Pargament, 1988; Kaczorowski, 1989; Mickley, Soeken & Belcher, 1992; Reed, 1986; Sodestrom & Martinson, 1987).

Mais recentemente, uma investigação qualitativa a salientar é a de Gall e Cornblat (2002), com 52 mulheres consideradas sobreviventes de cancro da mama, das quais 39 responderam à questão sobre o papel da religião e espiritualidade no *coping* com a doença. A maioria das mulheres discorreu sobre o papel positivo de vários recursos espirituais na sua resposta à experiência do cancro, como a relação com Deus, actividades de *coping* religioso (e.g., orar), atribuição de significado e suporte social.

Por sua vez, Feher e Maly (1999), concluem, em mais uma investigação qualitativa feita com 33 mulheres de 65 anos diagnosticadas à 6 meses com cancro da mama, que a fé religiosa e espiritual promove ferramentas para lidar com a doença. Das 33 participantes, 30 referiram que a sua fé religiosa proporcionou o suporte emocional necessário para lidar com a doença.

MÉTODO

Participantes

A amostra desta investigação é de conveniência e é constituída por 5 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, com idades compreendidas entre os 56 e 69 anos, residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo, seguidas em consulta de oncologia. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de cancro da mama, fase pós-tratamentos ou em hormonoterapia, idade superior a 50 anos.

Quanto à variável idade, 3 participantes (60%) da amostra encontram-se na faixa etária dos 60 anos (60, 63 e 69 anos), enquanto apenas 2 participantes fazem parte da faixa etária dos 50 anos. No que concerne à escolaridade, 3 participantes (60%) completaram o 3º ciclo de escolaridade (10º

ao 12º ano), 1 (20%) completou o 2º ciclo (5º ao 9º ano) e 1 completou o 1º ciclo (até ao 4º ano). Quanto à situação laboral, verifica-se que apenas uma participante (20%) se mantém no activo (emprego a tempo inteiro), e que a maioria (80%) se encontra na reforma. Relativamente ao estado civil, 4 participantes (80%) são casadas e 1 é divorciada (20%). E no que respeita o *número de filhos*, três participantes (60%) têm 1 filho e duas participantes (40%) têm 2 filhos.

Em relação ao tempo decorrido desde o diagnóstico verifica-se que apenas uma participante (20%) tem um tempo até 2 anos desde o diagnóstico, enquanto que 3 das mesmas (60%) encontra-se entre os 3 e os 5 anos decorridos. Uma única participante (20%) está entre os 6 e os 8 anos. Quanto aos tratamentos, 3 entrevistadas (60%) fizeram radioterapia quimioterapia e hormonoterapia. Uma entrevistada fez apenas radioterapia e hormonoterapia (20%), e outra fez quimioterapia e hormonoterapia (20%). A maioria das participantes (80%) não teve ou está a ter acompanhamento psicológico. Apenas uma (20%) é seguida em consulta de psiquiatria. Todas as pacientes foram submetidas a cirurgia (100%).

Material

Foi elaborado um questionário socio-demográfico e clínico (Pargana & Patrão, 2009) especificamente para esta investigação permitindo a recolha de dados sobre a idade, a escolaridade, a situação profissional, o estado civil, o número de filhos, o tempo decorrido desde o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos e o eventual acompanhamento psicológico.

Quanto à entrevista semi-estruturada utilizou-se a IPA – Interpretative Phenomenological Analysis – de Jonathan Smith, cujo objectivo é explorar o modo como os participantes dão significado ao seu mundo pessoal e social (Smith, Flowers, & Osborn, 1997).

Procedimento

Para recolha da amostra foi contactado o secretariado da direcção do Hospital do SAMS, visto existir no respectivo Centro Clínico a consulta de Oncologia.

Após reunião com a direcção e médicos responsáveis para esclarecimento dos objectivos da investigação, foi dada autorização para a realização da mesma.

Feito o levantamento de doentes, procedeu-se aos contactos telefónicos. Consoante a disponibilidade e interesse das pessoas contactadas, as entrevistas foram marcadas e tiveram lugar no serviço de oncologia, em contexto de gabinete disponibilizado para o efeito. Antes da entrevista, cada participante foi informada dos objectivos e implicações do estudo, sendo facultada a carta de consentimento informado, assegurando a confidencialidade das respostas.

As entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) de Jonathan Smith, cujo objectivo é compreender o conteúdo e complexidade dos significados, captá-los e não medi-los. Após a elaboração de um guião de entrevista e recolhidas suas respostas, o investigador engaja numa relação de interpretação do que é transcrito, procurando as temáticas principais no discurso, ou seja, o objectivo é captar a essência do que encontramos no texto transcrito.

RESULTADOS

Os seguintes temas religiosos e espirituais foram identificados nas entrevistas das participantes com cancro da mama:

Relação com Deus

A crença em Deus como um ser dotado de superioridade e amor está presente em todas as participantes. Deus é visto como alguém que ajuda nos momentos mais difíceis, que ouve e que orienta o mundo de uma forma geral. É também visto como um pai e como o criador do ser humano e do Universo.

As participantes não percebem Deus como responsável pela doença nem como curador, mas como uma presença nas suas vidas que proporciona força e confiança. Uma entrevista exemplifica esta relação de ajuda dizendo: “Deus ajuda e Deus está-me a ajudar. E tem-me ajudado”. Com outra participante vemos que Deus é “um pai misericordioso, que sabe das nossas necessidades, que nos ampara, que nos manda conforto de todas as maneiras.”

Em duas participantes verifica-se o sentimento de entrega a Deus, a necessidade de confiar nele e entregar-lhe o desfecho das coisas.

Práticas religiosas

A maioria das participantes (80%) tem práticas religiosas, tais como a oração ou comunicação com Deus, sendo considerada uma forma de apoio. Desta vez é Clara a fundamentar este aspecto com a frase “Peço a Deus, falo com Deus à noite, principalmente quando estou na minha cama”; e Eva: “E sei que, pronto... que Ele me ouve. E é nisso, que eu muitas vezes me apoio.”

Instituição religiosa como suporte social

No que diz respeito ao lugar ou comunidade religiosa em si, percebemos que apenas uma participante verbaliza a sua instituição religiosa como uma comunidade de apoio, apesar de mais duas também frequentarem instituições religiosas, nas quais estudam ou oram, respectivamente. Ficamos a perceber com a primeira que: “os irmãos interessavam-se, telefonavam-me a saber como é que eu estava, o irem visitar-me a casa...” percebendo assim o papel de suporte social da instituição religiosa ao possibilitar a partilha de crenças semelhantes e o sentimento de pertença e comunhão com outros.

Fé

A fé foi um sentimento referido por todas as entrevistadas, sendo entendida como um sentir que possibilita encarar o problema com esperança e espírito de luta. Para uma das participantes a principal estratégia de *coping* “fundamentalmente foi mesmo a fé”, que aliás aumentou desde o início do processo de doença. Para uma outra, que antes do diagnóstico já tinha a “sua fé”, acontece algo parecido: “Certas coisas que me têm acontecido (...) que eu tenho ultrapassado, eu... tenho mais fé.” Três das 5 pacientes revelam o aumento da fé após a doença. Este sentimento é também percebido como ferramenta importante nos momentos mais difíceis da vida e como algo a que nos podemos agarrar para ultrapassá-los.

Significado

Nos relatos das 5 entrevistadas foi possível percebermos vários aspectos relacionados com o significado, associado principalmente com a doença e

a ligação a Deus. Uma participante encara a doença como parte de um plano de Deus, no qual confia, referindo: “*Deus já tinha um plano para mim*” e ainda “Se Deus permitiu, algo de bom Ele trará ou algo de bom Ele tem para mim”; outra refere que “nós já vimos com as nossas marcas, com o nosso percurso traçado... que as coisas acontecem e que... está tudo no nosso percurso”, percebendo a doença como algo pré-definido. Esta mesma participante fala na hipótese do cancro como um castigo, não acreditando na mesma, visto ser uma contradição com a representação que tem de Deus – “um Deus misericordioso”.

Uma das participantes percebe o ultrapassar da doença como sendo uma dádiva de mais tempo de vida “eu acredito... que Deus está-me a ajudar para eu não ir tão cedo.” Outra salienta a vida e a morte como aspectos da gestão divina e por este motivo surge a necessidade de confiar nesta gestão e não desesperar.

Laços e valores

Podemos verificar que as participantes de uma forma geral apoiam a sua existência em valores considerados humanizantes e “cristãos”. Para além dos sentimentos de ódio e rancor que não se devem ter por ninguém, como diz uma das pacientes “há certas pessoas com tudo, têm tudo, mas não têm o principal que é a paz espiritual, não estão bem com elas próprias”. Para outra, as injustiças são inaceitáveis, defendendo a necessidade de respeito pelos outros diferentes de si: “quem não sente ou quem não faz, ou quem não acredita, nós temos que respeitar”

Estes valores surgem essencialmente associados às relações interpessoais, aos laços estabelecidos com outros. Nos relatos destas participantes podemos compreender a importância das relações de ajuda estabelecidas com pessoas consideradas mais fragilizadas, desde o encorajamento a outras doentes com cancro da mama (2 participantes), o suporte social fornecido a idosos numa associação ou simples predisposição para ajudar os outros como característica da conduta dita cristã.

DISCUSSÃO

A ligação com Deus, percebida como fonte de suporte emocional, aparece frequentemente na base das estratégias de *coping* religioso, que de acordo

com a literatura sobre o tema, pode ser adaptativo, activo e focado no problema, especialmente quando Deus é visto como benevolente ou zeloso colaborador, como acontece nesta investigação.

Como se pode verificar, a crença em Deus e sua representação para cada participante, tem implicações na forma como lidam com a doença, tendo como ferramenta principal a fé. Perante um processo de doença oncológica e a consequente ameaça da vida, as crenças espirituais relacionadas com a ligação a algo maior, ajudam o indivíduo a organizar-se, a tolerar as dificuldades da doença e chegar a termo com o significado da morte (Koenig et al., 1998).

No estudo de Simon, Crowther, e Higgerson (2007) as participantes na fase pós-tratamentos e sobrevivência, definiram a fé durante a experiência de doença, como sustentadora, inspiradora e encorajadora.

A oração, entre outras práticas, permite o sentimento de proximidade a Deus, considerado útil e positivo em situações como esta. Segundo Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari, e Pargament (2001), uma aliança colaborativa com Deus é considerada uma estratégia de *coping* positiva.

No que concerne à frequência de uma instituição religiosa, esta pode ajudar o doente oncológico, permitindo mais contacto com outros que partilham da mesma fé, o que vai reforçar a sua própria fé; pelo encontro com outros que prometem preces; por fazer parte de um grupo social, o qual pode fornecer suporte instrumental (Koenig et al, 1998).

Como também se percebe, a espiritualidade manifesta-se não só através da procura e atribuição de significado mas também através de laços (com uma divindade, com os outros, etc.) e valores pessoais como esclarece Folkman (1997).

Assim sendo, os resultados dão suporte aos estudos sobre os efeitos benéficos da espiritualidade e da religião como estratégias emocionais no *coping* com o cancro da mama.

Neste estudo, existem limitações relativas ao tema em si, por exemplo, quando algumas participantes discorrem mais sobre determinadas teorias e conceitos religiosos adquiridos, afastando-se por momentos da sua experiência pessoal.

Os dados obtidos neste tipo de estudo, remetem para compreensão das vivências e não para generalização de resultados, além disso pressupõem uma retrospectiva das entrevistadas, sendo que um estudo longitudinal poderia captar melhor a função dos recursos espirituais e religiosos ao longo do ajustamento à doença.

O indivíduo tem um sistema orientador, uma disposição geral para o mundo que envolve crenças, sentimentos, práticas e relações a partir dos domínios religioso, pessoal e social. Em situações específicas, como num momento de doença grave, as pessoas podem utilizar estratégias de *coping* religioso que fazem parte do seu quadro orientador geral.

REFERÊNCIAS

- Feher, S., & Maly, R.C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology* 8(5), 408-416.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Censos 2001 – resultados definitivos – XIV Recenseamento geral da população e habitação*. Lisboa: I.N.E. Consultado em 10 de Novembro de 2009, através de 2001. http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001
- Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Eme-Akwari, A.G., & Pargament, K.I. (2001). The epidemiology of religious coping. A review of recent literature. *International Review of Psychiatry* 13, 86-93.
- Hill, P.C., & Pargament, K.I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 3-17.
- Holahan, & Moos (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Jenkins, R.A., & Pargament, K.I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. In B. Curbow & M.R. Somerfield (Eds.), *Psychosocial Resource Variables in Cancer Studies: Conceptual and Measurement Issue*. The Haworth Press.
- Musick, M.A., Koenig, H.G., Larson, D.B., & Matthews, D. (1998). Religion and spiritual beliefs. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 780-789).
- Smith, J.A., Flowers, P., & Osborn, M. (1997). Interpretative phenomenological analysis and health psychology'. In L. Yardley (Ed.), *Material Discourses and Health* (pp. 68-91). London: Routledge.

VIRTUAL MAS NÃO MENOS REAL: UM ESTUDO DO
CYBERBULLYING E SUA RELAÇÃO COM O DESCOMPROMISSO
MORAL E A EMPATIA

Cecília Esteves / Ana Almeida / Susana Gomes

Instituto de Educação – Universidade do Minho

A violência escolar tem sido largamente reconhecida como um problema sério e global, que ocorre de forma persistente e crescente durante os períodos da pré-adolescência e adolescência (Li, 2007). Nos anos 90 do século passado, a maioria dos incidentes violentos entre alunos envolvia, usualmente, armas de fogo. Episódios como o Massacre de Columbine, um dos piores da história norte-americana ocorridos em recinto escolar, ou o mais recente Massacre na Alemanha numa escola dos arredores de Estugarda, ainda estão bem presentes na memória de muitas pessoas. Em ambos os casos, os atiradores anunciaram na Internet que cometeriam tais crimes. Em contraste, nos dias actuais, o uso das TIC, principalmente da Internet e dos telemóveis, aumentou drasticamente entre os mais novos. Os adolescentes de hoje representam a primeira geração a crescer numa sociedade na qual a Internet e os telemóveis são uma parte integrante do dia-a-dia (Raskauskas & Stoltz, 2007). A difusão das novas tecnologias nas escolas tem efeitos positivos irrefutáveis na Educação ao favorecer o rápido acesso à informação, as aprendizagens colaborativas e a interacção social entre os alunos. No entanto, isto também pode trazer graves problemas para dentro da sala de aula com os quais nunca ninguém se tinha deparado antes, como o é o *cyberbullying* (Li, 2005).

DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CYBERBULLYING

O *cyberbullying* é uma nova forma de maltrato que envolve o uso das TIC tais como *e-mail*, telemóvel e *pager*, mensagens instantâneas, sites difamatórios pessoais e sites difamatórios de votação pessoal, por meio de um comportamento deliberado, repetido e hostil protagonizado por um indivíduo ou grupo que tem a intenção de irritar, intimidar, oprimir, ameaçar ou atormentar intencionalmente alguém (Belsey, 2008). De acordo com Willard (2007), as formas mais comuns de agressão electrónica podem ser agrupadas em 7 categorias: (1) *flaming* (provocação). Enviar mensagens maldosas, rudes e vulgares sobre alguém a uma pessoa

ou grupo via *e-mail* ou SMS (Short Message Service); (2) *harassment* (hostilização/assédio). Enviar repetidamente mensagens obscenas, maldosas e ofensivas a alguém via *e-mail* ou SMS; (3) *cyberstalking* (perseguição *online*). Perseguir alguém *online* por meio de ameaças danosas ou excessivamente intimidatórias; (4) denegrir (deitar-abaixo). Tecer comentários prejudiciais, falsos ou cruéis sobre alguém e partilhá-los com outras pessoas através do telemóvel ou da Internet; (5) mascarar. Enviar ou colocar material *online* em nome de uma outra pessoa por forma a prejudicá-la; (6) *outing* (divulgação de dados pessoais sem autorização do próprio). Enviar ou colocar material sobre uma pessoa que contém informação privada, delicada ou embaraçosa, incluindo mensagens ou imagens de carácter íntimo; (7) exclusão. Excluir intencionalmente alguém da sua rede de amigos.

SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE CYBERBULLYING E BULLYING TRADICIONAL

A principal semelhança entre o *bullying* e o *cyberbullying* reside na desigualdade de poder entre os intervenientes (agressor e vítima). Com efeito, em ambos os fenómenos, o agressor tem sempre a intenção de magoar a vítima através do poder e controlo, resultando, portanto, numa relação de poder assimétrica (Beran & Li, 2007). Este factor aliado à persistência no tempo distingue o *bullying* e o *cyberbullying* da agressão ocasional que ocorre entre pares.

As diferenças são de natureza vária. A primeira cinge-se aos meios utilizados pelo agressor para atingir a vítima: no mundo digital, os músculos dão lugar às palavras ofensivas e aos comentários jocosos emitidos através das TIC (Maia, 2008). Daí que, no *bullying*, o agressor seja fisicamente superior à vítima comparativamente com o agressor de *cyberbullying*, que tende a ser mais fraco (Strom & Strom, 2005). A segunda diferença diz respeito à invisibilidade do *cyberbully*. Contrariamente aos actos de *bullying* que ocorrem em locais onde o agressor e a vítima estão geograficamente próximos e interagem face-a-face, sabendo o autor de imediato os efeitos da agressão que inflige, no *cyberbullying* os actos praticados à distância mantêm-no na total ignorância (Hinduja & Patchin, 2007). Camuflado sob a capa do anonimato (e.g., uso de pseudónimos), cria-se uma barreira entre o *cyberbully* e a sua vítima que o impede de ver com os seus próprios olhos as consequências reais das suas palavras e torna mais

fácil a perpetração das suas práticas violentas (Li, 2005). Na ausência deste *feedback* directo, o agressor sente-se livre do peso moral e da culpa que a situação presencial lhe poderia causar, acreditando firmemente que não será apanhado e castigado (Smith et al., 2008). Uma outra diferença diz respeito à amplitude da audiência. O *cyberbullying* pode atingir vastas audiências, na medida em que os actos violentos já não são praticados no átrio ou no balneário da escola perante um número restrito de espectadores. Na Internet, esta realidade ganha uma dimensão sem limites, estando acessível a qualquer pessoa (Slonje & Smith, 2008). Campbell (2005) aponta também para a diferença relacionada com o poder da escrita, ou seja, qualquer ameaça recebida por Internet ou telemóvel pode ser vista e lida vezes sem conta pela vítima vezes. Neste sentido, as palavras escritas parecem mais concretas e “reais” do que as palavras faladas, as quais podem ser lembradas mas não visualizadas. Mas, a maior mudança em relação ao *bullying* tradicional incide sobre o facto de a vítima não ter escape que lhe valha. Isto é, no *bullying*, o lar é encarado como um lugar de aconchego e protecção ou um refúgio pela vítima, em que ela se vê livre dos actos violentos a que é sujeita na escola, pelo menos até ao dia seguinte. O mesmo não acontece com a *cybervítima*, uma vez que ela pode ser alvo de ameaças não só dentro como fora dos muros da escola. O Quadro 1 resume as principais diferenças existentes entre *bullying* e *cyberbullying*.

Quadro 1

Comparação entre bullying tradicional e cyberbullying

| | <i>Bullying</i> tradicional | <i>Cyberbullying</i> |
|---------------------------|--|------------------------------------|
| Meios usados | Força física | TIC |
| Identidade do perpetrador | Conhecida | Desconhecida |
| Punição do agressor | Frequente | Rara |
| Audiência | Espectadores presentes | Espectadores mundiais |
| Poder das palavras | Mais fraco → não há registo escrito das palavras orais | Mais forte → há um registo escrito |
| Local | Espaço escolar | Qualquer lugar |
| Tempo | Antes, durante e após as aulas | Qualquer hora |

Prevalência do fenómeno

Apesar do tema da comunicação electrónica já ter sido exaustivamente explorado por várias disciplinas académicas, a investigação empírica na área do *cyberbullying* é ainda escassa à escala internacional, em virtude da sua emergência recente. Porém, pouco a pouco, os investigadores têm demonstrado interesse e preocupação sobre esta problemática. O quadro 2

sintetiza os principais resultados recolhidos pelos vários estudos empíricos sobre *cyberbullying* realizados à escala internacional.

Quadro 2

Estudos empíricos internacionais sobre *cyberbullying*

| Ano de publicação | País | Autor(es) | Amostra | Prevalência | |
|-------------------|-------------|------------------------------------|------------------|-------------|------------|
| | | | | Vítimas | Agressores |
| 2000 | EUA | Crimes Against Children | 1501 jovens | 6% | 9% |
| 2005 | | Research Center (CCRC) | | | |
| 2002 | Reino Unido | National Children's Home (NCH) | 770 jovens | 25% | |
| 2005 | Austrália | Campbell | 120 alunos | 14% | 11% |
| 2006 | Reino Unido | Smith, Mahdavi, Carvalho, & Tippet | 92 alunos | 29% | |
| 2007 | Canadá | Li | 264 alunos | 33% | 20% |
| 2007 | Austrália | Lodge & Frydenberg | 652 adolescentes | 21% | |
| 2007 | EUA | Raskauskas & Stoltz | 84 alunos | 49% | 21% |
| 2008 | EUA | Hinduja & Patchin | 1378 jovens | 68% | 34% |
| 2008 | Suécia | Slonje & Smith | 360 alunos | 5,3% | 10,3% |
| 2009 | Luxemburgo | Steffgen & Konig | 2070 alunos | 14,1% | |

DESCOMPROMISSO MORAL E CYBERBULLYING

Bandura (1999) descreve o descompromisso moral como um processo sócio-cognitivo através do qual uma pessoa é capaz de efectuar acções negativas contra os outros. Este processo tem como propósito desinibir os indivíduos, levando-os a realizar com mais probabilidade actos nefastos, pois não desenvolvem sentimentos de auto-censura e culpa.

Falar da relação entre descompromisso moral e *cyberbullying* é trilhar caminhos pouco conhecidos e inseguros em virtude da inexistência de evidência empírica sobre o tema. No entanto, já foram dados os primeiros passos no âmbito da relação entre descompromisso moral e *bullying* convencional, cujas pesquisas indicam que os *bullies* apresentam níveis tendencialmente elevados de descompromisso moral em comparação com as vítimas e os espectadores (Almeida, Correia, & Marinho, 2009; Hymel, Rocke-Henderson, & Bonanno, 2005; Menesini, Codecasa, Benelli, & Cowie, 2003).

EMPATIA E CYBERBULLYING

A empatia pode ser definida como um constructo multidimensional com uma componente afectiva e outra cognitiva que facilita a compreensão das

emoções dos outros (Steffgen & König, 2009). A empatia fomenta comportamentos pró-sociais e inibe os anti-sociais, na medida em que os indivíduos com uma elevada empatia têm tendência para procurar aliviar emoções negativas nos outros, para além de realizarem mais facilmente acções que beneficiam os outros. O oposto também é válido, pois os sujeitos que manifestam uma baixa empatia têm mais dificuldades na redução do *stress* ou desconforto nos outros devido ao facto de não se sentirem afectados pela experiência vicariante (Jolliffe & Farrington, 2006). Gini, Albiero, Benelli, e Altoè (2007) caracterizam-nos como detentores de uma “cognição fria”.

A relação entre empatia e *cyberbullying* parece ser pautada pelos mesmos pressupostos teóricos, isto é, os *cyberbullies* revelam menos empatia comparativamente com os não envolvidos, registando-se uma correlação negativa entre *cyberbullying* e empatia (Steffgen & König, 2009). O anonimato e a distância existente entre o perpetrador e a vítima contribuem para que o primeiro não consiga observar as consequências imediatas do seu comportamento e, assim, carecer da capacidade para ponderar o impacto na segunda.

O ESTUDO DO CYBERBULLYING EM PORTUGAL

Os objectivos deste estudo são: (1) investigar a natureza e extensão do *cyberbullying* em função do género e do nível de ensino (básico e secundário) numa amostra de adolescentes portugueses em meio escolar recrutados de dois contextos urbanos (Braga e Lisboa); (2) comparar o uso do *cyberbullying* através do telemóvel e da Internet e associar práticas com estatutos (vítima, agressor, agressor-vítima e não envolvidos) e; (3) analisar a relação entre estatutos e diferentes processos sócio-cognitivos (descompromisso moral e empatia).

MÉTODO

Participantes

A amostra total é constituída por 1735 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 27 anos ($M=15$ anos; $DP=1.99$), dos quais

47,5% são do sexo masculino e 52,5% são do sexo feminino. Os participantes foram recrutados de 23 escolas básicas dos distritos de Braga ($n=7$) e Lisboa ($n=16$) e de 6 escolas secundárias de Braga, frequentando anos de escolaridade entre o 7º e o 12º.

Quadro 3

Caracterização da amostra quanto ao género e ao nível de escolaridade

| | Ensino básico | Ensino secundário | Total |
|----------------|---------------|-------------------|-------|
| Sexo masculino | 447 | 377 | 824 |
| Sexo feminino | 487 | 424 | 911 |
| Total | 934 | 801 | 1735 |

Material

- Daphne Cyberbullying Questionnaire (Smith et al., 2006);
- Moral Disengagement regarding School Bullying Scale (Hymel et al., 2005);
- Basic Empathy Scale (Jolliffe, 2006);
- Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1983).

Procedimentos

A passagem dos questionários decorreu durante os tempos lectivos com o professor sempre presente. Os alunos foram esclarecidos sobre a natureza e os objectivos do estudo, assegurando-se a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

Natureza e extensão do cyberbullying

O estudo confirma que o fenómeno do *cyberbullying* é ainda recente em Portugal, uma vez que os índices de prevalência encontrados na amostra de adolescentes em meio escolar mostram que o número de vítimas varia entre 4% e 8%. É sobretudo no ensino secundário que o *cyberbullying* toma maiores proporções.

Quanto ao género, constatou-se que a agressão electrónica via telemóvel e Internet é perpetrada sobretudo por rapazes sobre raparigas, quer no ensino básico quer no ensino secundário.

Relação entre descompromisso moral, empatia e cyberbullying

Os adolescentes que se identificaram como agressores ou agressores-vítimas em ambos os níveis de ensino considerados revelam altos níveis de descompromisso moral por oposição às vítimas, o que sugere que os processos sócio-cognitivos são mecanismos importantes de racionalização e justificação dos actos de *cyberbullying* e, portanto, meios poderosos de escape à auto-censura. Importa relevar o facto dos níveis de descompromisso moral no estatuto dos agressores-vítimas serem mais elevados do que os níveis manifestes pelos agressores. Estes resultados permitiram confirmar que o descompromisso moral é preditor do *cyberbullying*.

No que diz respeito à empatia, os resultados encontrados não são claros e, por conseguinte, não permitem afirmar com certeza que a empatia cognitiva e afectiva funcionem como processos diferenciais no *cyberbullying*.

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram para uma baixa prevalência do *cyberbullying* no contexto escolar português, sendo no ensino secundário que o número de casos registados é mais elevado. Estes dados permitem tecer duas conclusões. A primeira diz respeito à percepção da gravidade do problema, pois, apesar do número de casos ainda ser pouco significativo, tal não quer dizer que se deva adoptar uma postura de passividade, esperando que o *cyberbullying* atinja proporções severas. É sabido que a prática da agressão electrónica pode afectar seriamente o bem-estar psicológico dos intervenientes e, por isso, torna-se de vital importância apostar no desenvolvimento de estudos longitudinais que se foquem na identificação dos factores de risco e dos factores protectores das vítimas, dos agressores e dos agressores-vítimas, por forma a delinear e implementar planos preventivos e interventivos atempados e efectivos. A segunda é a de que, em conformidade com a revisão da literatura efectuada, o *cyberbullying* não diminuiu com a idade, fazendo um percurso inverso aos maus-tratos presenciais. Isto pode ter a ver com o facto dos jovens passarem mais tempo na Internet à medida que a idade avança, tal como o presente estudo o indica e, por conseguinte, se sentirem mais familiarizados com as TIC. A questão das diferenças de género na prática do *cyberbullying* merece também uma maior dedicação, dado que a investigação não é consensual a

este respeito. Neste trabalho, verificou-se que o género é preditor do *cyberbullying* quer no ensino básico quer no ensino secundário, em virtude dos actos de *bullying online* via telemóvel e Internet serem maioritariamente perpetrados por rapazes e das raparigas serem mais vitimizadas.

O constructo do descompromisso moral desempenha claramente um papel significativo no *cyberbullying*. De todos os estatutos considerados, constatou-se que os agressores-vítimas são aqueles que mais se valem de processos sócio-cognitivos para racionalizar e fundamentar a prática do *cyberbullying*.

Os dados obtidos ao nível da empatia cognitiva e afectiva não revelaram um padrão uniforme. Por conseguinte, torna-se pertinente desenvolver investigação futura sobre a relação entre a empatia cognitiva, a empatia afectiva e o *cyberbullying*, de modo a clarificar se há ou não uma relação negativa e consistente entre estas variáveis. Mais uma vez, parece que os rapazes têm menos responsividade empática cognitiva e afectiva do que as raparigas.

A principal limitação do estudo prende-se com a constituição da amostra, uma vez que os participantes foram seleccionados a partir de escolas básicas e secundárias públicas de dois centros urbanos do país. Num futuro próximo, seria importante alargar a amostra a escolas públicas mas igualmente privadas de outras regiões dos quatro cantos do país, incluindo não apenas meios urbanos como também zonas rurais. Além disso, futuras amostras poderão abarcar alunos do ensino primário e do ensino superior, de modo a comparar as diferentes taxas de prevalência nos diferentes níveis de ensino e verificar se há realmente uma evolução positiva do fenómeno à medida que se avança na idade.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A., Correia, I., & Marinho, S. (2009). Moral Disengagement, Normative Beliefs of Peer Group and Attitudes Regarding Roles in Bullying. *Journal of School Violence* (DOI JSV_2009_004-R, in press).
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personal and Social Psychology Review*, 3, 193-209.
- Belsey, B. (2008, Primavera). Cyberbullying: An emerging threat to the “always on” generation. *Canadian Teacher Magazine*, 18-19.
- Beran, T., & Li, Q. (2007). The relationship between cyberbullying and school bullying. *Journal of Student Wellbeing*, 1(2), 15-33.

- Campbell, M.A. (2005). Cyber bullying: An old problem in a new guise? *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 15(1), 68-76.
- Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., & Altoè, G. (2007). Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior? *Aggressive Behavior*, 33, 467-476.
- Hinduja, S., & Patchin, J.W. (2007). Offline consequences of online victimization: School violence and delinquency. *Journal of School Violence*, 6(3), 89-112.
- Hinduja, S., & Patchin, J.W. (2008). Cyberbullying: An exploratory analysis of factors related to offending and victimization. *Deviant Behavior*, 29, 129-156.
- Hymel, S., Rocke-Henderson, N., & Bonanno, R.A. (2005). Moral disengagement: A framework for understanding bullying among adolescents. *Special Issue: Journal of Social Sciences*, 8, 1-11.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589-611.
- Li, Q. (2005). New bottle but old wine: A research of cyberbullying in schools. *Computers and Human Behavior*, 23(4), 1777-1791.
- Li, Q. (2007). Bullying in the new playground: Research into cyberbullying and cyber victimization. *Australasian Journal of Educational Technology*, 23(4), 435-454.
- Lodge, J., & Frydenberg, E. (2007). Cyber-bullying in Australian schools: Profiles of adolescent coping and insights for schools practitioners. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 24(1), 45-58.
- Maia, P. (2008, 24 de Setembro). Cyberbullying afecta alunos de Braga. *Correio do Minho*, 6-7.
- National Crime Prevention Council. (2006). *Stop cyberbullying before it starts*. Recuperado em 18 de Outubro de 2007, de <http://www.ncpc.org/resources/files/pdf/bullying/cyberbullying.pdf>
- Raskauskas, J., & Stoltz, A.D. (2007). Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Developmental Psychology*, 43(3), 564-575.
- Slonje, R., & Smith, P. (2008). Cyberbullying: Another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 147-154.
- Steffgen, G., & König, A. (2009). *Cyber bullying: The role of traditional bullying and empathy*. Recuperado em 30 Abril de 2009, de <http://miha2.ef.uni-lj.si/cost298/gbc2009-proceedings/papers/P200.pdf>
- Strom, P.S., & Strom, R.D. (2005). When teens turn cyberbullies. *The Educational Forum*, 70, 21-36.
- Willard, N. (2007). *Educator's guide to cyberbullying and cyberthreats*. Recuperado em 2 Novembro de 2007, de <http://www.cyberbully.org/cyberbully/docs/cbcteducator.pdf>

A GESTÃO DA ASMA PELA FAMÍLIA
– ALGUNS DADOS PRELIMINARES

*Cláudia Mendes Silva*¹ (claudia.silva@ubi.pt) / *Luísa Barros*²

¹Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior; ²Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

O papel parental dos pais de crianças com problemas crónicos de saúde exige, para além da resolução dos problemas quotidianos colocados pela educação dos seus filhos, a adaptação à doença da criança e a aprendizagem da gestão da doença. Estes pais, para além de assegurarem os cuidados físicos e educativos necessários ao desenvolvimento do filho, têm uma preocupação suplementar ao nível dos cuidados de saúde a prestar à criança (Silver, Westbrook, & Stein, 1998).

As doenças crónicas persistem ao longo do tempo, impondo alterações irreversíveis na vida do doente, como os tratamentos continuados dirigidos aos sintomas ou ao controlo da doença. Na maioria destas doenças a responsabilidade pelo controlo da doença e pelo tratamento vai passando gradualmente dos profissionais de saúde para o doente, ou para os cuidadores quando se trata de uma criança. São habitualmente os pais que assumem a responsabilidade pela gestão da doença, o que pode desafiar a sua competência para se adaptarem a essa nova tarefa (Sawyer et al., 2005). A literatura indica que a doença crónica da criança é habitualmente um factor de stresse para todos os membros da família, provoca mudanças na vida familiar e impõe aos pais uma adaptação à nova situação (Barros, 2003; Hentinen & Kyngäs, 1998), considerando alguns autores que a doença do filho pode mesmo influenciar o ajustamento psicológico dos pais (Silver et al., 1998).

A asma é uma das doenças crónicas mais comuns na infância e uma importante causa de internamento hospitalar (Direcção-Geral da Saúde, 2000). Estima-se que, em Portugal, a prevalência média da asma atinja mais de 11,0% da população no grupo etário dos 6-7 anos e 11,8% no dos 13-14 anos (DGS, 2000). Trata-se de uma “doença inflamatória crónica das vias aéreas que, em indivíduos susceptíveis, origina episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse particularmente nocturna ou no início da manhã, sintomas estes que estão geralmente associados a uma obstrução generalizada mas variável das vias aéreas, a qual é reversível espontaneamente ou através de tratamento” (NHLBI/WHO Workshop Report, 1995, cit. in DGS, 2000, p. 7). Associada à necessidade de intervenção médica, a asma coloca restrições à actividade normal da

criança, em casa e na escola, causando sofrimento a esta e à sua família, e podendo conduzir a uma diminuição da qualidade de vida, principalmente dos pais (Annett, Bender, DuHamel, & Lapidus, 2003; Sawyer et al., 2001, 2005).

O tratamento da asma tem sido focalizado na redução do estado inflamatório das vias respiratórias através de medicação e de medidas de controlo ambiental, associadas ao investimento no autocontrolo da asma, pelo doente e pela família (Programa Nacional de Controlo da Asma, DGS, 2000). A importância da auto-gestão no controlo da asma é actualmente bem reconhecida, cabendo aos cuidadores da criança a gestão da doença, no caso da asma pediátrica (Klinnert, McQuaid, & Gavin, 1997). Essa gestão exige um papel activo por parte da criança e, principalmente, dos seus cuidadores na tomada de decisões acerca da doença e do seu tratamento (Barlow & Ellard, 2004; Barros, 2003). A flutuação na apresentação dos sintomas torna mais complexo o controlo da asma e exige aos pais uma constante tomada de decisões acerca da prevenção e tratamento da doença (e.g., os sintomas traduzem o início de uma crise?; devo dar a medicação de SOS?). O próprio tratamento medicamentoso da asma parece levantar algumas dificuldades aos pais, como terem de se recordar e administrar a medicação diariamente (Peterson-Sweeney et al., 2003), ou algumas preocupações relativas à eficácia e aos efeitos secundários da medicação (Horky, Kleinman, & Firth, 2007; Mansour, Lanphear, & DeWitt, 2000), o que pode conduzir à não adesão à medicação preventiva.

Os modelos de confronto da doença desenvolvidos na Psicologia da Saúde têm demonstrado, por outro lado, que a adaptação à doença é, em muito, determinada pelas crenças ou significados atribuídos à situação pelo doente e, no caso das doenças pediátricas, pelos pais ou cuidadores (Barros, 2003; Ogden, 2004). O diagnóstico de asma num filho pode provocar nos pais, numa primeira fase, sofrimento, medo, culpa e ansiedade, seguida de uma fase caracterizada pela ansiedade e falta de confiança nas suas capacidades para lidar com a doença do filho (Maltby, Kristjanson, & Coleman, 2003). Assim, os pais são simultaneamente responsáveis pela implementação do tratamento e das medidas de controlo e gestão da asma, bem como uma das principais influências na adaptação da criança à doença (Barros, 2003).

Neste sentido, a intervenção junto da criança com asma não se pode limitar ao controlo médico da doença. A criança e a família devem ser integradas num trabalho multidisciplinar que vise a construção de soluções adequadas

às suas características, facilitando a adaptação à doença e às consequências negativas que esta implica, bem como a adesão às recomendações dos profissionais de saúde relativas ao tratamento (Barros, 2003).

Este estudo visou contribuir para um maior conhecimento das dificuldades sentidas pelos pais de crianças com asma, avaliando as significações e as atitudes de controlo e resolução de problemas de saúde de um grupo de mães de crianças com asma. Para estudar a adequação dum instrumento estruturado neste âmbito e avaliar a forma como as famílias gerem a asma da criança, adaptamos a FAMSS – Escala de Gestão Familiar da Asma (*Family Asthma Management System Scale* – Klinnert & McQuaid, 1997, 2008) para português. Trata-se de uma entrevista clínica abrangente, baseada na teoria da autogestão, que avalia a qualidade da gestão da asma pediátrica pelos cuidadores, os seus conhecimentos sobre asma, as estratégias de gestão utilizadas e a colaboração entre os profissionais de saúde e a família (McQuaid et al., 2005).

MÉTODO

Participantes

Entrevistamos 7 crianças com asma e as suas mães com a FAMSS. As crianças tinham entre 7 e 13 anos de idade ($M=10,29$) e quatro delas eram do sexo masculino. A amostra foi recolhida na consulta de alergologia do serviço de pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira. Todas as crianças tinham diagnóstico de asma há mais de seis meses e faziam medicação diária para a asma.

Material

As entrevistas foram gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas para a análise, tendo uma duração de cerca de 40 minutos.

Entrevista FAMSS

A FAMSS é uma entrevista semi-estruturada que avalia o comportamento da família em domínios considerados críticos para a gestão da asma. Dos onze domínios definidos inicialmente (Klinnert, McQuaid, & Gavin, 1997),

a versão actual da entrevista conta com sete escalas (conhecimento acerca da asma, avaliação dos sintomas, resposta aos sintomas e exacerbações, controlo ambiental, adesão à medicação, colaboração com o profissional de saúde, integração equilibrada da asma na vida familiar) a que foram acrescentadas duas escalas adicionais (resposta da criança aos sintomas e exacerbações, gestão pelos cuidadores alternativos) (McQuaid et al., 2005). A avaliação por entrevista possibilita uma cobertura mais ampla e compreensiva dos aspectos de gestão da asma quando comparada com a avaliação por questionários de auto-resposta (Klennert, McQuaid, & Gavin, 1997), permitindo recolher uma descrição dos comportamentos, atitudes e crenças dos pais, nas suas próprias palavras.

RESULTADOS

Relativamente ao conhecimento sobre a asma, verificámos que a maioria das mães tem uma ideia básica da fisiologia da asma, isto é, que a asma afecta os pulmões e as vias respiratórias, prejudicando a respiração, e consegue nomear pelo menos dois sintomas da asma. No entanto, a maioria não compreende os conceitos de inflamação e de broncoconstrição associados à asma, não conhece bem o papel dos desencadeantes no despoletar das exacerbações, nem parece reconhecer a asma como uma doença inflamatória crónica. Têm conhecimento dos medicamentos da criança e das doses, embora algumas não se recordem do nome dos medicamentos (reconhecem-nos pelas características físicas da embalagem), e apenas duas conheçam o mecanismo de funcionamento de cada medicamento.

Em relação ao conhecimento e avaliação dos sintomas, constatámos que a maioria mães, embora conheça alguns sintomas da asma, revela dificuldade em distinguir entre sintomas ligeiros e sintomas severos e identificar quando a criança está a ter uma exacerbação ou ataque de asma. No que respeita à adequação da resposta da família aos sintomas e exacerbações, as mães parecem ter um plano, mesmo que muito limitado, de gestão da asma (e.g., se dois tratamentos com o inalador não resultarem, então dirigem-se às urgências), mas parece existir em alguns casos uma sub-reacção, isto é, esperam que os sintomas desapareçam, evitando o recurso ao inalador de alívio, ou recorrem a medidas pouco adequadas (e.g., fazer vapores). Relativamente à adequação da resposta da

criança aos sintomas e exacerbações, constatámos que a resposta mais comum é pedir ajuda ou telefonar à mãe. Embora todas as crianças conheçam o medicamento de alívio, e onde está guardado, a auto-administração da medicação é realizada com supervisão parental.

Todas as mães referem a adopção de algumas medidas de controlo ambiental com o objectivo de reduzir a exposição aos desencadeantes da asma, destacando-se os procedimentos para diminuir a exposição aos ácaros do pó e a diminuição da exposição ao fumo do tabaco (na maioria das famílias em que um dos progenitores é fumador, a regra parece ser não fumar em casa).

A adesão à medicação é, de acordo com o relato das mães, relativamente boa. Quase todas afirmam que a criança toma a maioria das doses da medicação, sendo poucos os esquecimentos. Porém, embora a medicação de alívio esteja geralmente disponível, nem sempre é usada apropriadamente, com algumas mães a desvalorizarem os sintomas de exacerbação, evitando o recurso aos broncodilatadores. Duas mães acabaram por afirmar que, pelo menos uma vez, já diminuíram ou interromperam a medicação preventiva, por considerarem que a criança estava sem sintomas há algum tempo. Nos dois casos este facto conduziu a um agravamento dos sintomas e à necessidade de aumentar a medicação para restabelecer o controlo da asma. Na quase totalidade dos casos, a mãe é responsável por lembrar a criança para fazer a medicação de controlo.

No que respeita à relação da família com o profissional, verifica-se uma continuidade nos cuidados médicos, assentando a gestão da asma essencialmente em consultas programadas. As famílias têm um plano de acção para o controlo da asma que foi transmitido oralmente pelo médico, sem participação das mães. Em alguns casos a descrição desse plano é muito rudimentar (e.g., dar a medicação de alívio quando a criança tiver uma crise e esperar a reacção).

Na maioria dos casos parece existir uma integração equilibrada da asma na vida da família. As famílias já adequaram o seu estilo de vida à asma (e.g., a medicação já faz parte da rotina da família, assim como os cuidados ao nível da limpeza da casa), sem organizar toda a vida em torno da doença. No entanto, as estratégias de confronto da família não são completamente adaptativas (e.g., permitem o contacto com animais ou não tomam precauções quanto aos sintomas provocados pelo exercício físico). Apenas duas famílias reconhecem claramente a exposição adversa aos factores desencadeantes da asma e tomam medidas preventivas consistentes.

Na última escala, sobre adequação dos cuidados pelos cuidadores alternativos, as mães referem que os familiares ou amigos que por vezes tomam conta da criança estão familiarizados com os cuidados necessários para o controlo da asma e cumprem a administração da medicação. Uma das mães, porém, admite que em algumas situações (e.g., acampamento dos escuteiros) a criança não faz a medicação preventiva, não havendo uma continuidade dos cuidados.

DISCUSSÃO

Nas entrevistas realizadas, as famílias demonstraram algum conhecimento sobre a asma e os seus sintomas, embora mostrem dificuldade em entender o carácter crónico da doença. Parece existir uma dificuldade na resposta adequada aos sintomas e exacerbações, associada a uma desvalorização dos primeiros sinais de alerta de uma crise, o que também foi encontrado noutra investigação (Meng & McConnell, 2002). Esta desvalorização dos sintomas, ou a tendência para sobrestimar o grau de controlo da asma dos filhos (Cabana, Slish, Nan, Lin, & Clark, 2005), pode conduzir a um pior controlo da doença, uma vez que os pais têm de adequar a gestão da medicação para a asma de acordo com a avaliação que fazem da gravidade dos sintomas. Neste caso a dificuldade no conhecimento da doença pode estar associada a alguma irregularidade na adesão à medicação, sobretudo em relação à medicação de alívio, ou à redução da medicação preventiva (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Embora, de acordo com a avaliação das mães, o nível de adesão à medicação seja bom ou razoável, esta avaliação parece estar sobrestimada, verificando-se uma subutilização da medicação de alívio em alguns casos, associada a uma desvalorização da gravidade dos sintomas. A interrupção da medicação preventiva em períodos em que a criança não apresenta sintomas, que foi admitida por duas mães, tem sido também encontrada noutros estudos (Choi, Westermann, Sayles, Mancuso, & Charlson, 2008). Destaca-se, ainda, que as mães se consideram como as principais responsáveis pelas tarefas relativas à gestão da asma, o que pode ser adaptativo se tivermos em conta os resultados do estudo de Orrell-Valente e colaboradores (2008) que indica que, embora a criança vá tendo cada vez maior competência para assumir alguma responsabilidade pelo tratamento

com o aumento da idade, os pais devem manter um papel de supervisão do seu cumprimento.

Não existe um bom conhecimento dos desencadeantes da asma, o que pode explicar que, embora todas as mães afirmem terem tomado algumas medidas de controlo ambiental, como por exemplo reduzir a exposição ao pó e ao fumo do tabaco, sejam menos cuidadosas no evitamento de outras exposições, como a animais domésticos.

Estas famílias declaram que a gestão da doença já está bem integrada na rotina familiar, embora colocando alguns desafios à sua capacidade. Mas a gestão da asma da criança pela família é complexa, quer pelas características da doença (com uma grande variação na apresentação dos sintomas), quer pelo desenvolvimento da criança, que exige uma adaptação do tratamento e da divisão de responsabilidades no controlo da doença (McQuaid et al., 2005). A FAMSS revela-se como um instrumento de avaliação clínica importante para recolher informação sobre as dificuldades e os obstáculos à gestão da asma sentidos pelas várias famílias, o que pode ser usado para identificar as famílias com maiores necessidades de intervenção e para individualizar a intervenção a realizar junto de cada família. Destaque-se que a FAMSS pode ser utilizada em conjunto aos pais e à criança, tendo a vantagem de identificar conhecimentos, crenças e atitudes desfasadas ou não coincidentes entre os adultos e as crianças, o que pode ser especialmente útil com pré-adolescentes que começam a assumir maior autonomia na gestão da doença e do tratamento.

REFERÊNCIAS

- Annett, R.D., Bender, B.G., DuHamel, T.R., & Lapidus, J. (2003). Factors influencing parent reports on quality of life for children with asthma. *Journal of Asthma*, 40(5), 577-587.
- Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: An overview of research evidence base. *Child: Care, Health & Development*, 30(6), 637-645.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- Cabana, M., Slish, K., Nan, B., Lin, X., & Clark, N. (2005). Asking the correct questions to assess asthma symptoms. *Clinical Pediatrics*, 44, 319-325.

- Choi, T.N., Westermann, H., Sayles, W., Mancuso, C.A., & Charlson, M.E. (2008). Beliefs about asthma medications: Patients perceive both benefits and drawbacks. *Journal of Asthma*, 45, 409-414.
- Direcção-Geral da Saúde (2000). *Programa Nacional de Controlo da Asma*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde (28 pp.).
- Hentinen, M., & Kynäas, H. (1998). Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 316-324.
- Horky, S.C., Kleinman, S., & Firth, D. (2007). A comparison of parent and provider beliefs about asthma in children. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology*, 20(1), 36-47.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Porto: Edições ASA
- Klennert, M., McQuaid, E., & Gavin, L. (1997). Assessing the family asthma management system. *Journal of Asthma*, 34(1), 77-88.
- Klennert, M., & McQuaid, E. (2008). *Family Asthma Management System Scale: Semi-structured interview and rating scale guidelines*. (Not publish)
- Maltby, H.J., Kristjanson, L., & Coleman, M.E. (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 368-373.
- Mansour, M.E., Lanphear, B.P., & DeWitt, T.G. (2000). Barriers to asthma care in urban children: Parent perspectives. *Pediatrics*, 106(3), 512-519.
- McQuaid, E.L., Walders, N., Kopel, S.J., Fritz, G.K., & Klennert, M.D. (2005). Pediatric asthma management in the family context: The family asthma management system scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(6), 492-502.
- Meng, A., & McConnell, S. (2002). Decision-making in children with asthma and their parents. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(8), 363-371.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. (2ª Ed). (trad. de Carla Patrocínio e Fátima Andersen). Lisboa: Climepsi (obra original de 2000).
- Orrell-Valente, J.K., Jarlsberg, L.G., Hill, L.G., & Cabana, M.D. (2008). At what age do children start taking daily asthma medicines on their own? *Pediatrics*, 122(6), e1186-e1192.
- Peterson-Sweeney, K., McMullen, A., Yoos, H.L., & Kitzman, H. (2003). Parental perceptions of their child's asthma: Management and medication use. *Journal of Pediatric Health Care*, 17(3), 118-125.
- Sawyer, M.G., Spurrier, N., Whaites, L., Kennedy, D., Martin, A.J., & Baghurst, P. (2001). The relationship between asthma severity, family functioning and the health-related quality of life of children with asthma. *Quality of Life Research*, 9, 1105-1115.

- Sawyer, M.G., Reynolds, K., Couper, J., French, D., Kennedy, D., Martin, J., et al. (2005). A two-year prospective study of the health-related quality of life of children with chronic illness – The parents' perspective. *Quality of Life Research*, 14, 395-405.
- Silver, E.J., Westbrook, L.E., & Stein, R.E. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(1), 5-15.

AJUDAR OS QUE AJUDAM A LIDAR
COM A MORTE DE UMA CRIANÇA

Cátia Campos¹ / Anabela Pereira²

¹Hospital Infante D. Pedro, EPE e UA; ²Universidade de Aveiro

A morte, ainda hoje, continua a ser encarada pela sociedade como tabu e como um dos maiores mistérios da vida. A sua iminência deixa-nos inquietos e apreensivos, assim como aos pais de uma criança que vai morrer. A realidade é que a forma como se encara e vivencia o fenómeno da morte, bem como os “rituais” que lhe estão associados, modificaram bastante nos últimos tempos: se num passado ainda recente grande parte das pessoas morria em casa, num clima de afecto, atenção e carinho, nos dias de hoje, a esmagadora maioria das mortes ocorre em Instituições de Saúde.

Na nossa cultura, a morte de um bebé, de uma criança emerge como algo incompreensível uma vez que contraria a ordem natural do ciclo da vida. Horta (1982) refere que a morte de uma criança é a mais monstruosa, a mais impossível, a mais cruel de todas as realidades, suscitando em todos um medo e ansiedade extrema.

Na área da saúde este tema é particularmente contraditório uma vez que os profissionais de enfermagem são formados para cuidar. Embora cuidar seja também preparar para a morte, subentende-se que seja tão-somente promover a vida. É evidente a dificuldade do profissional de saúde, não apenas em aceitar, mas também gerir de forma adequada uma situação de morte, principalmente quando envolve uma criança e a sua família.

O que é certo é que o enfermeiro é o profissional que passa mais tempo ao lado do doente e da família, e como tal é o que tem o papel mais activo na identificação das necessidades do doente desde o diagnóstico até à sua recuperação ou morte, no entanto, não está preparado para todo o sofrimento que está inerente à própria doença e à aproximação da morte.

O estudo realizado vai ao encontro de uma lacuna existente no conhecimento referente à experiência dos enfermeiros em relação ao processo de morte da criança, considerando a existência de poucos estudos que exploram a experiência dos profissionais que cuidam de crianças que se encontram na fase final da sua curta vida. O presente trabalho tem como objectivo compreender de que forma a supervisão pode contribuir para o desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 270 indivíduos, 204 estudantes de enfermagem, 20 do 3º ano da Licenciatura e 184 do 4º ano, e 66 enfermeiros. Relativamente ao género verifica-se que 13% são do género masculino e 87% do género feminino. Os alunos de enfermagem haviam terminado o estágio de Pediatria do Instituto Piaget de Viseu, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Aveiro, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Escola Superior de Enfermagem do Porto. Os enfermeiros trabalham nos serviços de Cuidados Intensivos, Cuidados Intermédios, Cirurgia e Medicina da área da Pediatria do Hospital Infante D. Pedro, EPE e Hospital Pediátrico de Coimbra.

Material

No sentido de conhecermos quais as necessidades dos enfermeiros e dos estudantes de enfermagem no exercício das suas práticas quando se confrontam com a morte de uma criança, desenvolvemos um instrumento de avaliação denominado “Escala de Competências para Lidar com a Morte de uma Criança”. É uma escala do tipo Likert, composto por cinco níveis de resposta: Não concordo veemente (1); Não concordo (2); Indiferente (3); Concordo (4); Concordo Totalmente (5). Para a elaboração do nosso instrumento de colheita de dados, foram seleccionadas, de acordo com a revisão bibliográfica, todas as variáveis que pareciam ser passíveis de serem estudadas. Inicialmente a escala era constituída por 28 itens, mas após o cálculo dos valores de consistência interna levantaram-se algumas questões relativamente aos itens 1, 2, 3, 10, 13 e 16. A retirada dos itens referidos anteriormente proporcionou um aumento considerável do Alpha de Cronbach para 0,71, pelo que se optou pela sua retirada. O questionário é então constituído por 22 itens que se subdividem em 6 factores: Morte da criança, Supervisão Clínica, Formação sobre a morte, Percepção da morte, Comunicação e Realidade da morte. Todos os factores apresentaram um valor próprio superior a 1.00 e explicam na totalidade 51,23% da variância, com $\alpha=0,71$ (Quadro 1), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno. Para a constituição de factores considerámos os loadings com um peso de 0,35. Para o estudo de validade de construto recorremos à análise factorial em componentes principais, para os 22 itens da escala. Aplicamos uma rotação ortogonal VARIMAX a 6 factores para melhor interpretar os resultados. Os factores são os seguintes:

- Factor 1 Morte da criança onde estão incluídos os itens 8, 19, 21, 22 e 23;
 Factor 2 Supervisão Clínica onde se incluem os itens 24 e 25;
 Factor 3 Formação sobre a morte com os itens 4, 5 e 12;
 Factor 4 Percepção da morte inclui os itens 6, 7, 11, 18 e 28;
 Factor 5 Comunicação com os itens 14, 17, 20 e 27;
 Factor 6 Realidade da Morte inclui os itens 9, 15 e 26.

Quadro 1

*Matriz de saturação dos itens nos factores para
 solução rodada ortogonal VARIMAX com 6 factores da ECM (N= 270)*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ECM4 | | | 0,789 | | | |
| ECM5 | | | 0,785 | | | |
| ECM 6 | | | | 0,46 | | |
| ECM 7 | | | | 0,68 | | |
| ECM 8 | 0,50 | | | | | |
| ECM 9 | | | | | | 0,58 |
| ECM 11 | | | | 0,46 | | |
| ECM 12 | | | 0,475 | | | |
| ECM 14 | | | | | 0,50 | |
| ECM 15 | | | | | | 0,58 |
| ECM 17 | | | | | 0,63 | |
| ECM 18 | | | | 0,42 | | |
| ECM 19 | 0,43 | | | | | |
| ECM 20 | | | | | 0,37 | |
| ECM 21 | 0,69 | | | | | |
| ECM 22 | 0,74 | | | | | |
| ECM 23 | 0,69 | | | | | |
| ECM 24 | | 0,93 | | | | |
| ECM 25 | | 0,93 | | | | |
| ECM 26 | | | | | | 0,53 |
| ECM 27 | | | | | 0,64 | |
| ECM 28 | | | | 0,35 | | |
| Valores próprios | 3,39 | 2,14 | 1,67 | 1,39 | 1,35 | 1,30 |
| % Variância explicada | 15,45 | 9,74 | 7,61 | 6,33 | 6,17 | 5,91 |
| % Variância acumulada | 15,45 | 25,20 | 32,81 | 39,14 | 45,31 | 51,23 |

RESULTADOS

Quando analisamos a relação do género com os scores totais da competência para lidar com a morte de uma criança, não são observadas diferenças estatisticamente significativas. No entanto, quando analisamos particularmente cada um dos factores, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos factores 2 (supervisão clínica) e 3 (formação sobre a morte). As diferenças obtidas podem dever-

se à discrepância que existe entre o género masculino e feminino da amostra (Quadro 2).

Quadro 2

Resultados da aplicação do Teste t de Student para grupos independentes

| | Sexo | <i>N</i> | | <i>s</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------|-----------|----------|-------|----------|----------|----------|
| Factor 1 | Masculino | 35 | 16,48 | 4,73 | -1,77 | 0,07 |
| | Feminino | 235 | 17,63 | 3,38 | | |
| Factor 2 | Masculino | 35 | 6,94 | 1,98 | -0,43 | 0,03 |
| | Feminino | 235 | 7,65 | 1,83 | | |
| Factor 3 | Masculino | 35 | 7,25 | 2,67 | 2,81 | 0,005 |
| | Feminino | 235 | 6,08 | 2,23 | | |
| Factor 4 | Masculino | 35 | 14,08 | 3,14 | -0,23 | 0,81 |
| | Feminino | 235 | 14,21 | 3,02 | | |
| Factor 5 | Masculino | 35 | 10,71 | 3,00 | -1,00 | 0,31 |
| | Feminino | 235 | 11,20 | 2,66 | | |
| Factor 6 | Masculino | 35 | 11,51 | 1,57 | 0,14 | 0,88 |
| | Feminino | 235 | 11,46 | 1,79 | | |
| ECM Total | Masculino | 35 | 67,00 | 10,80 | -0,80 | 0,42 |
| | Feminino | 235 | 68,26 | 8,40 | | |

Relativamente ao score total da Escala de Competências para lidar com a morte de uma criança foi obtido um score médio de 68,10, com máximo de 96 e mínimo de 34 com desvio padrão de 8,74.

DISCUSSÃO

O resultado obtido anteriormente vai de encontro a Phaneuf (1995) quando nos diz que embora o carácter feminino da mulher possa ter mais facilidade e receptividade em revelar a sua afectividade, não quer dizer que esta esteja mais apta para desenvolver a relação de ajuda, neste caso para desenvolver competências para lidar com a morte de uma criança. A mesma autora refere ainda que o facto do carácter masculino não demonstrar afectividade em relação aos seus utentes se deve provavelmente a tabus da sociedade. Também Mercadier (Diogo, 2006) refere que os prestadores de cuidados do género feminino choram mais do que os do género masculino.

Pela média obtida na pontuação final da ECM podemos verificar que tanto os enfermeiros como os estudantes de enfermagem de ambos os géneros, evidenciam ainda ter pouca competência para lidarem com a morte de uma

criança, uma vez que a pontuação máxima possível é de 110 e a média obtida foi de 68,10.

Não podemos descuar que a morte é uma realidade complexa em que convergem sentimentos, atitudes e reacções numa fusão em que as representações de cada um são determinantes e as emoções se sobrepõem à própria razão. Independentemente do género, é um dos maiores desafios que a prática quotidiana coloca aos profissionais de saúde.

A criança é um elemento activo, inserido no seio de uma família que, enquanto sistema é um todo único em que cada um dos elementos interage com os outros, com o meio e assume diversos papéis, estatutos, funções e tipo de interacção. Os profissionais quando lidam com a morte de uma criança, expressam a dificuldade que sentem em ajudar e confortar a família durante o seu processo de morrer, uma vez que têm dúvidas relativamente às suas condutas não sabendo o que dizer ou se estão a proceder da forma mais correcta para confortar a família. Tal assistência deve ser direccionada para a criança e para a família.

Num estudo realizado por Quint nos anos sessenta (Magalhães, 2009) demonstrou uma notável inadequação na formação dos enfermeiros para cuidarem de doentes que se encontravam na fase final da sua vida. Os seus resultados evidenciaram uma necessidade de uma maior abordagem da morte e do morrer na formação da enfermagem, para que assim surgisse uma optimização dos cuidados melhorando o suporte clínico.

A formação inicial dos enfermeiros, ainda não é suficiente ao ponto de, futuramente, permitir que se sintam seguros e competentes para cuidar de um doente que está a morrer, principalmente se esse doente for uma criança. O cuidado fica muitas vezes restrito aos procedimentos técnicos e às experiências pessoais de cada um quando perde um ente querido. Acreditamos ser pertinente investir em acções de formação ou mesmo reuniões para existir a partilha informal de experiências vividas e sentidas quando ocorrem situações infrutíferas e de stress no nosso quotidiano profissional. Proporcionar um apoio verdadeiro e efectivo aos pais e família em situações de fim de vida, depende não só da qualidade técnica dos profissionais mas também do desenvolvimento pessoal e profissional desses cuidadores de saúde.

Apesar das limitações inerentes ao estudo desta natureza, estamos convictos que os resultados obtidos contribuíram de alguma forma para a compreensão e estudo do desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança, cuja área temática deverá merecer um maior relevo na psicologia da saúde.

ANEXO

São referidos alguns aspectos relacionados com formação, morte, morte da criança e supervisão. Leia cada item e responda de acordo com os seguintes graus de resposta.

| | 1. Não concordo; 2. Não concordo; 3. Indiferente; 4. Concordo Totalmente; 5. Concordo Veemente | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Não me interessa por formações sobre a morte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A morte é um assunto que não me interessa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A morte é algo a que não fico indiferente mas tento esquecer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sinto um falhanço pessoal quando vejo alguém morrer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vejo a morte como o fim de todos os sonhos e esperanças. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Apesar do sofrimento que possa trazer, a morte é uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A morte é uma experiência de solidão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tendo em conta tudo o que se vive, a morte é pouco importante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando a família me questiona sobre a situação de uma criança que sei que vai morrer, mostro-me ocupado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sinto-me aliviado(a) quando morre um doente que sofre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Não sei o que dizer à família quando morre uma criança. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Escondo os meus sentimentos quando vejo uma criança a sofrer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tenho alguma dificuldade em lidar com a morte de uma criança. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Não consigo aproximar-me de uma criança que sei que vai morrer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sinto-me revoltado(a) sempre que morre uma criança. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Uma criança nunca deveria morrer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Custa-me pensar que a criança que morre nunca vai conhecer as coisas boas que a vida tem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Deveria existir um enfermeiro que me ajudasse a lidar com situações de crise. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Deveria existir um enfermeiro que me ajudasse a lidar com situações específicas de morte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| É difícil a qualquer enfermeiro ensinar a lidar com a morte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sinto-me inibido(a) na presença de um enfermeiro que sei que me está a supervisionar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Só a minha experiência me pode ajudar a lidar com a morte de alguém. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

REFERÊNCIAS

- Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados (1ª ed.). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Horta, V.M.A. (1982) A criança e o perigo de morte. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, 52(5), 357-360.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda – Elemento de Competência da Enfermeira*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

GÉNERO E SAÚDE MENTAL A SUL DA BEIRA INTERIOR:
UMA ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA

Cidália Rabasquinho / Henrique Pereira

Universidade da Beira Interior

Actualmente podemos dizer que a epidemiologia é a principal ciência da informação em saúde, visto que todas as investigações clínicas se apropriam de estudos epidemiológicos. Após uma pesquisa bibliográfica sobre estudos epidemiológicos em Perturbações Mentais, percebe-se escassa a informação disponível sobre a prevalência em *settings* psiquiátricos em todos os países, visto que muitos dos estudos existentes nesta área foram realizados na comunidade. Muito embora a elevada significância destes levantamentos, a inexistência paralela de levantamentos em *settings* da área, limita substancialmente as investigações, em virtude da impossibilidade de confirmações, comparações, deduções e conclusões de dados.

Dados referentes a determinadas áreas geográficas podem fornecer informações confiáveis sobre a natureza e magnitude de um problema, assim como revelar as verdadeiras necessidades dessa população, funcionando como uma poderosa ferramenta para exercer pressão política, fornecer indicadores para formulação de leis, facilitando decisões na elaboração de programas de saúde mental (WHO, 2004f), tornando-se um importante instrumento de sensibilização. Podem mesmo servir de chamada de atenção para implementar medidas tendentes a diminuir a magnitude dos fenómenos, contribuindo assim para melhorar a saúde e elevar a qualidade de vida dos habitantes (Costello et al., 2006).

Num Hospital Distrital com a dimensão do Hospital Amato Lusitano (HAL) de Castelo Branco, que serve uma população tão extensa (cerca de 112.000 pessoas), a percepção das principais causas pelas quais se acorre à consulta de psicologia/psiquiatria será do maior relevo, revelando-se os resultados da maior utilidade, por darem uma perspectiva sobre dados epidemiológicos de prevalência das Perturbações Mentais na população da região.

Uma das questões centrais em saúde é a procura das causas, consequências e factores que influenciam a ocorrência dos eventos relacionados com o processo saúde-doença (Timmreck, 1994). Contudo as pesquisas epidemiológicas revelam-nos ser muitos e complexos os factores que contribuem para a ocorrência de doença mental. Esses determinantes ou factores de risco podem ser agrupados em diversas categorias (Lehtinen et al., 2002). Sabe-se que há influências biológicas na saúde e na doença mental (Barondes, 1993), sendo o sexo um dos factores associados e dos mais referenciados pelos estudos. O género é uma importante variante em doença mental e tem sido

cada vez mais reconhecido no trabalho e pesquisas clínicas. Nas últimas décadas observou-se um interesse crescente sobre o tema na saúde mental (Blechman & Brownell, 1988; Mas Hesse & Amate, 1993). O interesse pelo assunto “género” e “papéis de género” eclodiu com o trabalho pioneiro de Money & Stoller nas décadas de 1950 e 1960, distinguindo características anatómicas e biológicas e outros conceitos como estereótipos sociais e expectativas culturais (Malkah, 2005).

Porque diferem homens e mulheres em algumas desordens psiquiátricas não é ainda hoje bem percebido. Existem listas de teorias, desde décadas passadas à actualidade, focalizando em acontecimentos sociais, na socialização das crianças, num mais pobre estatuto nas mulheres, assim como nos diferentes papéis sociais dos dois géneros (Weissman & Klerman, 1979). A diferente socialização dos rapazes e raparigas poderá influenciar a forma como, na idade adulta, ambos expressam o seu *distress* (Sachs-Ericsson, 2000). Caplan (1995) expressa que as psicopatologias na mulher são muitas vezes consequência da pressão social, económica e política.

Outros estudos, numa tentativa de explicar o fenómeno, teorizaram que as raparigas são socializadas no sentido de internalizar o *distress*, o que contribui para perturbações associadas com depressão, ansiedade e ideação suicida. Os rapazes são encorajados a agir, a expressar o seu *distress*, externalização esta que pode apresentar alguma ligação com comportamentos anti-sociais, uso de substâncias e suicídio (Canetto, 1997). Em ambos os casos, os factores subjacentes expressam-se em perturbações diferentes conforme o género. Klerman et al. (1989) concluem que a sociedade apresenta uma maior tolerância para mulheres depressivas e homens alcoólicos do que o inverso. Uso de substâncias e comportamentos anti-sociais são formas socialmente mais aceitáveis para os homens expressarem as suas dificuldades.

Outro argumento que tem sido amplamente divulgado para explicar as diferenças de género é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar sintomas, admitir que estão deprimidas e de procurar ajuda, do que os homens. A evidência disponível, no entanto, não permite tal conclusão, já que maiores taxas de depressão em mulheres são observadas tanto em estudos que avaliaram directamente os sujeitos como naqueles que se basearam em informantes; além disso, a avaliação sistemática dos padrões de resposta a testes psicométricos não mostrou diferenças por género, o que tão pouco ocorreu quando se avaliou a distribuição da presença e gravidade de sintomas depressivos (Andrade et al., 2006). É possível, ainda, que os homens apresentem o mesmo risco para depressão que as mulheres, porém, é mais provável que eles manifestem mais irritabilidade que disforia ou anedonia.

Embora pese a discordância quanto à maior ocorrência de perturbações mentais, em geral no género feminino, existe um forte consenso na literatura quanto ao diferencial feminino/masculino para ansiedade, depressão e somatização (Jenkins, 1985; Regier et al., 1988). Em contraste com estas perturbações, os distúrbios mentais graves, como a esquizofrenia e as perturbações afectivas bipolares, não revelam em género, grandes diferenças de incidência ou prevalência (Kessler et al. 1994). A esquizofrenia, no entanto, parece começar mais cedo e ter uma evolução mais incapacitante no sexo masculino (Sartorius, 1986). Investigações realizadas nos últimos anos vieram realçar diferenças de género na esquizofrenia, mas em aspectos clínicos e psicossociais (Sartorius, 1998).

Dunn et al. (2000), propuseram uma hipótese de susceptibilidade biológica para explicar a diferença nas prevalências de perturbações de humor entre os géneros. Segundo esses autores, haveria na mulher, um desequilíbrio na interacção entre o eixo hipotálamo\hipotalâmico-gonadal e outros neuromoduladores. O ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável à mudança e altamente afectado por factores psicossociais, ambientais e fisiológicos.

O perfil de comorbilidade também parece diferir entre géneros, as mulheres apresentam maior comorbilidade entre depressão e perturbações de ansiedade, particularmente perturbação de pânico e fobias simples, enquanto os homens mostram maior abuso de substâncias psicoactivas e alterações de comportamento (Angst et al., 2002). As comorbilidades existentes entre doença física e mental, também parecem ser distintas conforme o sexo, com homens apresentando mais doenças cardíacas e diabetes e mulheres, mais enxaquecas e disfunção tiroideana (*Ibidem*).

Os mais variados estudos não parecem assim demonstrar diferenças de género, mas antes, diferenças nas perturbações mais prevalentes em cada um dos géneros. Sendo estas diferenças mediadas por variados factores para além de poderem ser resultado de envezamentos nos estudos, pelo não controlo de algumas variáveis.

MÉTODO

Participantes

As amostras representativas da população resultaram em 576 utentes, dum total de 2997 que usufruíram dos serviços de Psicologia entre Maio de

1984 e Dezembro de 2006 e, 976 utentes, dum total de 11.900 que usufruíram dos serviços de Psiquiatria desde 1977 a 2006, recolhidos respectivamente de forma aleatória simples, de modo a tornarem-se representativas da população alvo deste estudo, ou seja a população do distrito de Castelo Branco a Sul da Beira Interior e que é servida pelos dois serviços do HAL, constituída por cinco Conselhos: Castelo Branco, Proença-a-Nova, Idanha, Vila de Rei, Vila-Velha de Rodão, Sertã, Oleiros e Alcains, resultando um total de cerca de 112.000 habitantes. A unidade de observação é o utente da consulta de psiquiatria ou de psicologia do HAL.

Material

Os instrumentos usados neste estudo para caracterização dos utentes foram o Processo do Utente. Deste Processo pode apenas fazer parte a ficha de consulta de psiquiatria ou de psicologia, critérios de inclusão em qualquer das amostras, ou ambas se usufruíram dos dois serviços, e ainda a ficha de intervenção social. Sempre que a doença apresentada pelo utente requeira outros serviços ou exames, farão igualmente parte do processo essas mesmas informações. Se o utente foi submetido a internamento, constará igualmente a ficha de internamento.

RESULTADOS

Dos 976 utentes deste serviço que compõem a amostra de Psiquiatria, os resultados revelaram serem os utentes femininos (60,7%) ($N=592$) aqueles que mais usufruíram do serviço comparativamente com os do género masculino (39,3%) ($N=384$) (figura 1A). Quanto à amostra de Psicologia ($N=581$) os resultaram mostraram ser uma amostra maioritariamente feminina: 59,5% ($N=344$) apresentando o género masculino valores de 40,5% ($N=234$).

Os resultados obtidos nas duas amostras para a variável género apresentam-se no quadro 1, de modo a facilitar a compreensão e comparação dos mesmos. Como podemos observar, é na dependência alcoólica que as diferenças percentuais mais se acentuam para o género masculino. Quanto ao género feminino, essas diferenças realçam-se nas perturbações de humor, ansiedade, adaptação e problemas de vida. Esquizofrenia e outras psicoses, vinculação e atraso mental as diferenças reveladas não parecem tão significativas.

Quadro 1

Resultados obtidos por diagnósticos prováveis, distribuídos por gênero, na amostra de Psicologia (N= 581) e na amostra de Psiquiatria (N= 976)

| Perturbação | <i>Psicologia</i> | | <i>Psiquiatria</i> | |
|----------------------|-------------------|--------|--------------------|--------------------|
| | Mulheres | Homens | Mulheres | Homens |
| Humor | 73,3% | 26,7% | 77,4% | 22,6% |
| Ansiedade | 72,6% | 27,4% | 67% | 33% |
| Adaptação** | 74%** | 26%** | 77%** | 23%** |
| Problemas de vida | 70% | 30% | - | - |
| | 69,6%* | 30,4%* | - | - |
| Álcool | 12,5% | 87,5% | 18% | 82% |
| Substâncias ilegais | 45% | 55% | 62,5% | 37,5% |
| Esquizofrenia | 46% | 54% | 44,4% | 55,6% |
| Outras psicoses | - | - | 58% | 42% |
| Demências | - | - | 76% | 24% |
| Personalidade | 55% | 45% | 80% | 20% |
| | | | 63,6% ^a | 36,4% ^a |
| P. controlo impulsos | 41,7% | 58,3% | 54,5%* | 45,5%* |
| Aprendizagem | 48% | 52% | 20% | 80% |
| Vinculação | 58,3% | 41,7% | 50% | 50% |
| Deficiência mental | 41,7% | 58,3% | 42% | 58% |

Nota. **Já considerados nas Perturbações de Humor, de Ansiedade e do controlo de impulsos; *Valores obtidos em diagnóstico secundário; ^avalor obtido em diagnósticos principal e secundário.

Psicofármacos

Os dados indicam elevadas taxas de consumo de psicofármacos, sendo que 51,5% da amostra de Psiquiatria e 39% da amostra de Psicologia foram medicadas com antidepressivos; com ansiolíticos respectivamente 53,9% e 40,6% dos utentes. Observados os consumos por gênero, os resultados obtidos nas duas amostras vão ao encontro das taxas de prevalência obtidas nas variadas perturbações, para homens e mulheres. Relativamente à amostra de Psiquiatria a prescrição de psicofármacos por gênero foi mais elevada nas mulheres excepto nos fármacos da dependência. Na prescrição de antidepressivos as mulheres apresentaram valores acima dos 70%.

Quanto à amostra de Psicologia, foram calculadas as prescrições psicofarmacológicas por gênero apenas para alguns psicofármacos. A toma de antidepressivos e ansiolíticos, revelou percentagens de consumo mais elevadas nas mulheres respectivamente 67,1% e 63,8% (Figura 3), enquanto os neurolépticos apresentaram taxas ligeiramente mais elevada para os homens: 53%.

Suicídio

O estudo revelou que 16,5% dos utentes da amostra de Psiquiatria ($N=161$) já tentaram ou pensaram em suicídio. Destes, 63,9% já tentaram uma ou mais vezes o suicídio, 34,2% apresentaram ideação suicida e 1,9% ideação homicida. Quanto ao género, verificou-se serem as mulheres que mais tentaram e pensaram em suicídio: 69,6% ($N=112$) (48,5% tentativa e 21,1% ideação), apresentando os homens taxas mais baixas: 30,4% ($N=49$) (17,4% tentativa e 13% ideação).

Quanto à amostra de Psicologia os dados apontaram que 16% dos utentes da amostra já tentaram ou pensaram em suicídio. Destes, 10,3% fizeram uma ou mais tentativas e 5,5% apresentaram ideação. Relativamente ao género, verificou-se terem sido as mulheres que mais tentaram o suicídio (41%), apresentando os homens taxas mais baixas para a tentativa (25%); relativamente à ideação, as taxas apresentaram-se próximas: 18% para as mulheres e 16% para os homens.

DISCUSSÃO

A pesquisa tradicional em psicologia e saúde mental, revela-nos a existência de alguma polémica na explicitação das diferenças no funcionamento mental comparativamente entre géneros. Os resultados deste estudo revelaram ser as mulheres de ambas as amostras que apresentaram mais perturbações de humor, ansiedade, adaptação, Vinculação e Demências (apenas Psiquiatria) e problemas de vida ambientais (apenas Psicologia). Nas perturbações de humor, os valores revelaram-se muito próximos, 73,3% na *Psicologia* e 77,4% na *Psiquiatria*. A razão observada em várias regiões do mundo, entre as taxas de prevalência na depressão em mulheres e homens tem variado entre 1,5 e 3,0 com uma média de 2 mulheres para cada homem. Apesar dessa consistência, verifica-se grande discrepância nas taxas de prevalência em tempo de vida, de acordo com o local do estudo e a população avaliada, com estimativas variando de 6% a 17%. Os resultados vão ao encontro de alguns estudos (Kessler et al., 1996; Bromet, 1999), assim como dos resultados revelados pelos censos 2001. Uma das variáveis que pode explicar esta diferença pode ser a instabilidade familiar, visto uma elevada percentagem dos utentes que apresentaram esta perturbação apresentaram igualmente instabilidade familiar. Sabendo que o mau estar psicológico é

muitas vezes uma expressão reactiva ao ambiente em que o sujeito está inserido, as relações familiares perturbadas levam a respostas de desapontamento, de angústia, insegurança, e deficits afectivos, advindo das adversidades que envolvem o indivíduo, sendo uma causa de desequilíbrio psicológico. Tendo sido já anteriormente referida a tendência para internalizar stress revelada pelo género feminino perante este tipo de situações, podendo resultar em depressão (Horwitz, 1994), estas diferenças mais elevadas para as mulheres, podem estar a ser mediadas por esses factores. Cruzando género e estado civil, a amostra de Psiquiatria revela taxas mais elevadas para os casados, mas igualmente mais elevadas para as mulheres, enquanto a amostra de psicologia elevou as taxas dos solteiros sempre mais altas para a mulher. Alguns autores entre os quais Gove e Tudor, (1973), e Radloff, (1975), após resultados das suas pesquisas, associaram igualmente casamento com problemas de saúde mental em mulheres. Outros referem correlação entre o estado de solteiro e baixas taxas de doença mental em mulheres (Romans-Clarkson, 1988; Tauss, 1967). Williams (2003) defende pela sua pesquisa que os efeitos do estado de casado na saúde mental, não deveria servir de variável comparativa para o bem-estar psicológico entre géneros, sem se considerar a qualidade da relação marital. Sendo o estado civil um constructo multidimensional com aspectos positivos e negativos para os dois géneros, dependendo do contexto onde esta relação se experiêcia. Podendo este resultado ser explicado por outras variáveis, tais como factores sociais: o número de filhos insatisfação profissional, desemprego, níveis de pobreza entre outros, e visto que a amostra se revelou de baixo estatuto sócio económico e baixa escolaridade, estes factores podem ser determinantes. Relativamente à ansiedade, as mulheres apresentaram mais ansiedade que os homens, 72% das utentes de *Psicologia* e 66,7% de *Psiquiatria*, Não constituindo estes resultados um facto novo. Ao encontro dos nossos resultados vão os do estudo de Kringlen (2001), que revelaram para a amostra feminina uma maior propensão a episódios de ansiedade durante a vida, sendo os riscos 2.5 vezes maiores do que para os homens. Segundo alguns autores, nas mulheres, existe a motivação cultural para perceber e expressar com maior facilidade as emoções, tendendo a lidar com o *stress* de forma introspectiva e voltada para o suporte social (Antoniazzi et al., 1998; Calais, 2003; Zakir, 2003), já nos homens é favorecida, historicamente, a focalização do problema e a tentativa de controlo da situação stressora; São múltiplas e variadas as explicações para diferenças entre os géneros nas prevalências das perturbações de ansiedade. Além de

factores como uma maior aceitação cultural do medo e comportamento de esquiva em mulheres e diferentes padrões adaptativos, os homens tendem a usar substâncias, como a nicotina e o álcool, como auto-medicação, o que pode mascarar a sintomatologia primária.

Contrariando a maioria das perturbações, o álcool predomina nos homens (87,5% na *Psicologia* e 81% na *Psiquiatria*), nos residentes rurais (57% na *Psicologia* e 65% na *Psiquiatria*) e nos casados (54% na *Psicologia* e 70% na *Psiquiatria*). Mais de metade destes utentes apresentando baixo nível de escolaridade com habilitações ao nível do 1º e 2º ciclos e analfabetismo; as idades entre 36 e os 55 anos parecem apresentar alguma vulnerabilidade à dependência do álcool 54% nas duas amostras. Os estudos de Weijers (2003) e Andrade et al. (2002) vão ao encontro destes nossos resultados, revelando uma taxa cerca de 5 vezes mais alta para os homens.

Relativamente à esquizofrenia, esta perturbação manifestou-se em percentagens muito idênticas em ambos os sexos, e em residentes rurais e urbanos, respectivamente nas duas amostras. Os resultados apresentaram-se maioritários para os desvinculados e para o baixo nível de escolaridade igualmente para as duas amostras. Sendo estes resultados facilmente explicados pelo afastamento destes doentes aos contactos sociais, pela construção do seu mundo privado e consequente rejeição da sociedade pela não compreensão dos seus comportamentos, atitudes, emoções e sentimentos.

Quanto aos problemas de vida relacionais e ambientais, alguns estudos sugerem ser as mulheres mais sensíveis a conflitos nas relações sócio-familiares que os homens (Kendler et al., 2001; Maciejewski et al., 2001), resultados idênticos aos obtidos neste nosso estudo, em que 70% dos problemas de vida se manifestaram em mulheres. Mais de 70% eram residentes urbanos, uma vez mais se coloca a hipótese de a vida urbana exigir mais dos seus residentes, e estes sentirem limitações na resposta às solicitações da vida, não atingindo as suas próprias expectativas, assim como não atingem as que, por comparação social, esperariam conseguir.

Foram as mulheres que tomaram mais antidepressivos e ansiolíticos, mas tal como verificado nas amostras, foram também as mulheres que apresentaram taxas mais elevadas para as perturbações medicadas com estes medicamentos (Humor, ansiedade, perturbações de adaptação, somatização e problemas de vida). Exceptua-se os psicofármacos prescritos para dependência de substâncias.

Quanto ao suicídio, as mulheres da consulta de psicologia apresentaram as taxas mais elevadas 59% (41% tentativa, 18% ideação), os homens 41% (25% tentativa, 16% ideação). Relativamente à amostra de *Psiquiatria*,

esta apresentou 16,5% dos utentes ($N=161$) com pensamentos suicidas, 10,3% tentaram-no uma ou mais vezes e 6,2% revelaram ideação. O género feminino (69%) e os casados (63,6%), realçaram-se nesta amostra podendo estas taxas ser explicáveis pela maior prevalência de perturbações mentais em casados que em solteiros.

Os estudos referem ser o homem a concretizar mais, muito embora as mulheres apresentam maior número de tentativas, entre 10 a 20 vezes mais frequentemente do que as mortes por suicídio (World Federation for Mental Health, 2006). Weissman et al. (1999) também concluíram que morrem quatro vezes mais homens que mulheres por suicídio, contudo as mulheres tentam cerca de três vezes mais. No nosso estudo, e muito embora não tendo dados sobre a consumação do acto, as diferenças encontradas entre tentativa e ideação são mais próximas nos homens da amostra do que nas mulheres, como demonstram os valores obtidos. Outros estudos referem ser o género masculino um factor de risco para o suicídio (La-Vecchia *et al.* 1994). Contudo, uma revisão de dados oriundos de diferentes fontes (*National Disease Surveillance Point System; Chinese Public Health Annuals*), revelou taxas para o suicídio entre 4,6% e 19,6% /100.000, havendo todavia unanimidade na elevação das taxas para o género feminino (Ji et al., 2001). Conclusões que vão ao encontro dos obtidos no nosso estudo, já que foram as mulheres de ambas as amostras que mais tentaram suicidar-se.

Também o género feminino foi maioritário nos diagnósticos secundários revelados por ambas as amostras: 59% para a *Psicologia* e 55% para a *Psiquiatria*. A literatura vem ao encontro destes nossos resultados referindo ser a comorbilidade mais comum nas mulheres do que nos homens aumentando esta com a idade. As comorbilidades entre diagnósticos mentais, em idades acima dos 65 anos, revelaram-se em 50% dos utentes na amostra de *Psicologia* e em 34% na amostra de *Psiquiatria*.

O INE (2008) revelou para 2006 um aumento das mulheres desempregadas em relação aos homens, sendo a diferença percentual de 2,5%. Podendo os resultados obtidos na ansiedade e no humor, mais prevalentes nos utentes psiquiátricos casados, serem reafirmativos dessas actuais mudanças sociais. Destaca-se ainda o facto de 10,3% das mulheres da amostra de *Psiquiatria* se ocuparem apenas de tarefas domésticas visto que revelaram esse desempenho como ocupação, papel social exclusivamente familiar, e limitado a uma condição profissional inactiva e consequentemente limitada financeiramente. Andrade et al. (2002) são coniventes com uma maior prevalência das perturbações mentais menores como resultado de condições sócio-económicas mais baixas.

Relativamente às possíveis oscilações entre resultados obtidos nas duas amostras para o género, não podemos deixar de realçar as diferenças existentes no tipo de intervenção destes dois serviços da área da saúde mental, e no tipo de utentes que os procura, tendo igualmente em atenção, neste tipo de comparações, que elas não se excluem, antes, se deveriam complementar.

REFERÊNCIAS

- Andrade, L., Walters, E.E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in a Catchment Area in the City of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 316-325.
- Andrade, L.H., Viana, M.C., & Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de psiquiatria clínica*, 33(2), 43-54.
- Angst, J. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European Depres I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 201-209.
- Antoniazzi, A.S., Dell’Aglia, D.D., & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Brasil: Natal, Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Barondes, S. (1993). *Molecules and mental illness*. New York: Scientific American Library.
- Blechman, E.A., & Brownell, K.D. (1988). Oxford. *Handbook of behavioral medicine for women*. Pergamon books, Inc.
- Bromet, E.J. (1999). *Mental Health Section Editor for Women and Health*. Edited by Goldman M, Hatch M. San Diego, *Academic Press*.
- Calais, S.L. (2003). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In M.E.N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 87-90). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27(4), 339-351.
- Caplan, P.J. (1995). *They Say You’re Crazy: How the World’s Most Powerful Psychiatrists Decide Who’s Normal*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Costello, E.J., & Angold, A. (2006). Developmental Epidemiology. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology* (pp. 41-75, 2nd ed.). New Jersey: John Wiley and Sons
- Dunn, E.J., & Steiner, M. (2000). The functional neurochemistry of mood disorders in women. In M. Steiner, K.A. Yonkers, & E. Eriksson (Eds.), *Mood disorders in women* (pp.71-82). London: Martin Dunitz.

- Gove, W.R., & Tudor, J.F. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78(4), 813-835.
- Horwitz, A.V., & Davies, L. (1994). Are Emotional Distress and Alcohol Problems Differential Outcomes to Stress? An Exploratory Test.” *Social Science Quarterly*, 75, 607-621.
- Instituto Nacional Estatística (INE). (2008). Indicadores sociais de 2006. Informação à comunicação Social em 12 fevereiro.
- Jenkins, R. (1985). Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychological Medicine*, Monography supplement 7.
- Ji, J.L., Kleinman, A., & Becker A.E. (2001). Suicide in contemporary China: A review of China’s distinctive suicide demographics in their sociocultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 1-12.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M., & Prescott, C.A. (2001). Gender differences in rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am. J. Psychiatry*, 158, 587-93.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, Suppl, 30, 8-21.
- Klerman, G., & Weissman, M. (1989). Continuities and discontinuities in anxiety disorders. Essays in Honor of Michael Shepherd, The scope of epidemiological psychiatry. *Routledge, London*, 181-195.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological Study. *The American Journal of Psychiatry Washington*, 158(7), 1091-1098.
- La-Vecchia, C., Lucchini, F., & Levi F. (1994). Worldwide trends in suicide mortality 1955-1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 53-64.
- Lehtinen, V., Katschnig, H., Kovess-Masfety, V., & Goldberg, D. (2002). Development in the treatment of mental disorders. The treatment of mental health problems. *USA, Chapp*, 6, 126-145.
- Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G., & Mazure, C.M. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychol. Med.*, 31, 593-604.
- Mas Hesse, J., & Amate, A.T. (1993). Mujer y Salud Mental. Mitos y realidades. Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Ponencia del XIX. Congreso de la Asociación de Neuropsiquiatría*.

- Radloff, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status. *Sex Roles*, 1(3), 249-265.
- Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Myers, J.K., Kramer, M.K., Robins, L.N., George, L.K., Karno, M., & Locke, B.Z. (1988). One month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiological studies. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-86.
- Romans-Clarkson, S.E., Walton, V.A., Herbison, G.P., & Mullen, P.E. (1988). Marriage, motherhood, and psychiatric morbidity in New Zealand. *Psychological Medicine*, 18, 983-990.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. (2000). Gender, Social roles, and mental Health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43(9/10), 605-628.
- Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J.E., & Day, R. (1986). Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine*, 16, 909-928.
- Sartorius, N. (1998). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, 170, 297.
- Timmreck, T.C. (1994). Introduction to Epidemiology. Boston, Jones and Bartlett Publishers.
- Tauss, W. (1967). A Note on the prevalence of mental disturbances. *Australian Journal of Psychiatry* 19(2), 21-123.
- Weijers, H.G., Wiesbeck, G.A., Wodarz, N., Keller, H., Michel, T., & Boning, J. (2003). Gender and personality in alcoholism. *Archives of Women's Mental Health, Wien*, 6, 245-252.
- Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1979). Sex differences and the epidemiology of depression. In E.S. Gomberg & V. Franks (Eds.), *Gender and disordered behavior: Sex Differences in psychopathology* (pp. 381-425). New York: Brunner/Mazel.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., & Canino, G.J., (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29(1), 9-17.
- Williams, K. (2003). Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender, Marriage, and Psychological Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, Dec 2003, 44(4), 470-487.
- World Health Organization. (2004). Política e prestação de serviços em saúde mental. Estratégias para obter mais saúde para todos: Política e Prestação de Serviços de Saúde: Abordagem à gestão integrada da doença; Relatório mundial de saúde, Orientações estratégicas, II: 178.
- Zakir, N.S. (2003). Mecanismos de coping. In M.E.N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 93-98). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

A UNIÃO FAZ A FORÇA:
A PREVENÇÃO DO VIH/SIDA ATRAVÉS DO JOGO “TÁ-SE BEM”

Cristiana Carvalho

Externato Cooperativo da Benedita

A infecção VIH/SIDA, enquanto problemática com elevados impactos sociais e económicos na vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade, é afirmada quer no panorama internacional (UNAIDS, 2008; United Nations, 2009), quer no nacional (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007; Ministério da Saúde, 2004) como uma área de actuação prioritária na prevenção e controlo da SIDA.

Face à dimensão que esta epidemia assume a nível mundial, as Nações Unidas adoptaram a “Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA” que define metas específicas para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, e estabelecem como meta, para 2015, inverter e começar a parar a propagação do VIH/SIDA (United Nations, 2009).

Esta realidade contribuiu para que em Portugal fosse criado o “Programa Nacional de prevenção e controlo do VIH/SIDA (2007-2010)”, com o intuito de dar resposta às propostas estabelecidas pelo “Plano Nacional de Saúde (2004-2010)”. As orientações estratégicas deste Plano, definidas para a Infecção por VIH/SIDA, indicam a necessidade de elaborar e implementar propostas técnicas na área da prevenção e tratamento desta infecção junto de populações específicas, que poderão estar expostas a mais riscos, nomeadamente, os jovens (Ministério da Saúde, 2004). Estas propostas deverão incidir, necessariamente, sobre diversos contextos de vida do indivíduo e incluir a participação de vários intervenientes (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, s.d.), para aumentar a eficácia das acções de prevenção.

FACTORES QUE POTENCIAM A EFICÁCIA
DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO VIH/SIDA

A investigação realizada aponta para a existência de uma maior eficácia da prevenção primária da infecção VIH/SIDA, quando integrada no quadro da promoção da saúde sexual e reprodutiva (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, s.d.) e sugerem a integração de abordagens preventivas nos programas de educação sexual (Despacho nº 60/2009; GTES, 2007).

Nesta linha de pensamento, a prevenção primária do VIH/SIDA foi definida como uma das áreas prioritárias de intervenção em educação e promoção da saúde em contexto escolar (Despacho nº 15 987/2006), integrada na abordagem da sexualidade e da prevenção dos comportamentos sexuais de risco (Despacho nº 60/2009; GTES, 2007).

Sendo a sexualidade um factor que pode influenciar directamente a saúde dos indivíduos (Dias, Matos, & Gonçalves, 2005), torna-se necessário investir em intervenções que optimizem as competências dos jovens, para a realização de escolhas informadas e seguras nesta matéria (Ministério da Educação, 2000).

Neste sentido, as abordagens direccionadas para prevenir o risco de infecção do VIH devem incluir *“componentes que optimizem a utilização do preservativo de um modo consistente e desenvolvam as capacidades de comunicação com os parceiros sexuais acerca da prevenção de VIH”* (O’Leary & Raffaelli, 1996, citadas por Dias, Matos, & Gonçalves, 2005, p. 136). As acções preventivas são mais eficazes quando intervêm nas normas de influência social, contribuindo assim, para que o grupo de pares se influencie mutuamente em comportamentos de saúde.

A avaliação de estudos sobre o VIH/SIDA demonstra que os programas educativos devem basear-se na *“teoria da aprendizagem social, no enriquecimento individual pelo treino e educação em métodos de aprendizagem pessoal (auto-eficácia para a utilização do preservativo, como responder à pressão social, oferecer oportunidades para praticar as competências em comunicação e negociação)”*, aumentando, desta forma, a eficácia dos programas e das intervenções (WHO, 1999, citado por Dias, Matos, & Gonçalves, 2005, p. 137).

A promoção das competências sociais, do auto-conceito positivo, da participação e do treino de resolução de problemas, assim como, da tomada de decisão são consideradas ferramentas fundamentais no fortalecimento dos recursos pessoais, quer no domínio social, afectivo, como no cognitivo, que optimizarão o funcionamento saudável e adaptado do indivíduo.

Embora seja reconhecida a fraca associação entre conhecimento, atitudes e comportamento (Grunseit et al., 1997, citado por Dias, Matos, & Gonçalves, 2005) e a pouca eficácia dos programas que se centram apenas nos conhecimentos e atitudes acerca da sexualidade e VIH, é fundamental dar resposta ao primeiro nível de actuação em educação sexual – a informação. Desde os primeiros estudos sobre esta temática, que se defende que a redução do risco depende da *“informação que as pessoas possuem sobre a transmissão e prevenção do VIH, da sua motivação para*

reduzir o risco e, posteriormente, das competências comportamentais para realizar actos específicos envolvidos na redução do risco” (Fisher & Fisher, 1992, citados por Patrão et al., 2008, p. 783).

Por outro lado, a investigação realizada indica que é necessário elaborar programas que procurem aumentar o nível de percepção da vulnerabilidade ao vírus, desenvolver expectativas positivas associadas à utilização do preservativo (diminuição do embaraço sentido na compra de preservativos), promover a percepção das normas sociais, capacitar para o planeamento de acontecimentos futuros e aumentar os níveis de auto-eficácia e confiança nas capacidades necessárias para a utilização do preservativo numa base consistente (DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996, citados por Dias, Matos, & Gonçalves, 2005; Hingson, Strunin, Berlin, et al., 1990; Rosenthal, Moore, & Flunn, 1991; Zimet, Bunch, Anglin, et al., 1992).

Quando se pretende promover eficazmente a gestão de comportamentos e escolhas dos jovens em saúde (GTES, 2007; Pinheiro, et al, 2006), de modo a que possam ocorrer mudanças efectivas, sustentáveis e duradouras, é necessário, segundo a investigação, intervir nos diferentes contextos de vida do indivíduo e promover a cooperação entre jovens, pais e professores (Matos, 2005; Pereira, 2009).

ESTRATÉGIAS ACTIVAS NA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Uma das ferramentas utilizadas na educação para a saúde e pela pedagogia lúdica é o jogo. Segundo Francia e Martínez (2000), os jogos contribuem para uma maior saúde física e mental porque facilitam uma vivência social aberta, integrada e festiva, assim como, evitam muitas doenças.

Um dos contributos que os jogos e as dinâmicas de grupo fomentam nas pessoas é a diversão, a competição saudável, a canalização das energias e da violência pessoal e social, aspecto importante para o bem-estar psicológico e social (Francia & Martínez, 2000).

A promoção da saúde na escola pode ser auxiliada pelo jogo e actividades lúdicas, o que permite promover a autoconfiança, o desejo de participação e o sentimento de pertença ao grupo, o desenvolvimento de comportamentos assertivos e atitudes livres e saudáveis (Silva et al., 1997).

De acordo com Ribeiro e Leal (2004, p. 143), “os processos participativos são vitais para o sucesso quando se pretendem atingir objectivos de

saúde/bem-estar ou educativos, isto é, quando se pretende criar condições para que as pessoas se tornem cidadãos responsáveis, interessados na conquista progressiva do bem-estar”. A utilização do jogo pode ser bastante benéfica, principalmente quando são jogos que apelam à cooperação porque facilitam a aprendizagem de valores como a comunicação, a cooperação, o respeito, a não-violência (Jares, 2007). Segundo Jares (2007, p. 13), os jogos cooperativos favorecem a prevenção de conflitos e geram *“um tipo de relações que facilitam a abordagem dos conflitos quando estes se apresentam”*. Desta forma, as estratégias lúdicas não competitivas facilitam as relações pedagógicas e humanas solidárias e divertidas, uma vez que, *“os jogos cooperativos proporcionam estratégias e recursos que facilitam a comunicação, o entendimento, o relaxamento, a cooperação e o prazer”* (Jares, 2007, p. 14), aspectos importantes na resolução de problemas e no bem-estar pessoal e social.

APRESENTAÇÃO DO MATERIAL TÉCNICO E PEDAGÓGICO “TÁ-SE BEM”

O material técnico e pedagógico “Tá-se bem” integra-se no Projecto de Prevenção da Infecção VIH/SIDA “Tá-se bem”, elaborado no âmbito da participação do Gabinete de Apoio ao Aluno “Espaço de Atendimento a Jovens na Escola” do Externato Cooperativo da Benedita, no Concurso Nacional *“A minha Escola pela Prevenção da Infecção VIH/SIDA”* (2008/2009).

O projecto “Tá-se bem”, constituído por oficinas de formação, procura promover a adopção de comportamentos preventivos face à saúde sexual e reprodutiva e à escolha de um estilo de vida mais saudável. Este projecto tem por base o conceito de “intervenções positivas” na área da promoção da saúde e incidi sobre conhecimentos, atitudes e competências face ao VIH/SIDA, ao uso do preservativo e à sexualidade, e também, sobre 9 factores protectores de saúde ou estilos de vida saudáveis.

O MATERIAL “TÁ-SE BEM”

O material “Tá-se bem” constitui a estratégia pedagógica de apoio à realização deste projecto. Este material é constituído por cartões com

perguntas que requerem o debate, a reflexão e/ou a dramatização em torno de situações que envolvem conhecimentos, crenças, atitudes, valores e comportamentos. Esta estratégia lúdica e pedagógica pretende também desenvolver comportamentos assertivos e promover competências pessoais e sociais.

Este material de intervenção tem como grupos-alvo: os alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário, os professores (especialmente os que desenvolvem intervenção em educação sexual) e os pais/encarregados de educação.

COMPONENTES DO JOGO “TÁ-SE BEM”

Temáticas

As temáticas do jogo são: as características da infecção VIH/SIDA (*“Conhecer... p’ra não ignorar”*); as vias de transmissão do VIH/SIDA (*“Distinguir... p’ra não baralhar”*); as formas de prevenção do VIH/SIDA e comportamentos de protecção (*“Proteger... p’ra não correr riscos”*); os direitos e deveres das pessoas seropositivas (*“Respeitar... p’ra não distinguir”*) e os estilos de vida saudáveis (*“Prevenir... p’ra não remediar”*). O jogo está organizado por objectivos, que se distinguem dos conhecimentos, das atitudes e das competências pessoais e sociais. Assim, o material procura aumentar e consolidar conhecimentos sobre as características da infecção do VIH/SIDA e as vias de transmissão do VIH/SIDA, as formas de prevenção e os comportamentos de protecção, os direitos e deveres das pessoas seropositivas e os estilos de vida saudáveis.

Ao nível das atitudes, procura desenvolver:

- Nos Alunos: aceitação positiva da sexualidade; aceitação positiva do preservativo como forma de prevenção de comportamentos sexuais de risco; uma atitude favorável na aquisição de preservativos; uma atitude preventiva face à infecção através da negociação com o parceiro sexual para a utilização do preservativo; uma atitude não discriminatória face a pessoas seropositivas; uma atitude não sexista e defensoras da igualdade de direitos e uma atitude de aceitação e não discriminação face às orientações sexuais.

- Nos Professores: uma atitude preventiva face à infecção/doença e promotora do bem-estar e da saúde (a incluir nos Projectos de Educação Sexual).
- Nos Pais e Encarregados de Educação: uma atitude positiva face ao diálogo sobre sexualidade entre pais e filhos.
- Por último, ao nível das competências pessoais e sociais (expressas em comportamentos), pretende promover a comunicação assertiva (auto-estima; auto-controlo; auto-eficácia) e a resolução de problemas e conflitos (tomada de decisão; resistência à pressão de pares “dizer não”)

Material

O jogo é constituído por um tabuleiro em forma de roda, 200 cartões (50 cartões para cada grupo), uma mala para transportar o jogo.

MÉTODO

Através de um estudo descritivo procurou-se avaliar a qualidade do material técnico e pedagógico “Tá-se bem”, para o qual foi necessário recorrer à construção de um instrumento apropriado, uma vez que, não se encontraram disponíveis instrumentos de avaliação para este tipo de materiais.

Participantes

A amostra seleccionada para este estudo correspondeu a jovens que frequentaram, no ano lectivo 2008/2009, o 3º ciclo do ensino básico e do secundário do Externato Cooperativo da Benedita. A amostra dos alunos do 3º ciclo corresponde aos jovens que frequentaram o 8ºano, sendo constituída por 112 alunos, dos quais 61 (54,5%) são alunos do sexo feminino e 51 (45,5%) são alunos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos. Quanto à amostra de alunos do secundário, esta é constituída por 49 alunos do 11º e 12º ano, dos quais 25 alunos (51%) são do sexo feminino e 24 (49%) são alunos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos.

Material

Para a avaliação final da intervenção foi construído um questionário, com base no nível I do Modelo de Avaliação de Donald Kirkpatrick (nível de satisfação).

O “Questionário de opinião sobre o jogo “Tá-se bem” foi elaborado com o objectivo de recolher a opinião dos jovens acerca do material técnico e pedagógico. Este instrumento apresenta uma escala de resposta que remete para a satisfação dos participantes, correspondendo a uma classificação que varia entre 1 e 5 pontos, sendo: 1 Ponto – “Muito insuficiente”; 2 Pontos – “Insuficiente”; 3 Pontos – “Suficiente”; 4 Pontos – “Bom” e 5 Pontos – “Muito Bom”.

Todas as subescalas são constituídas por itens positivos.

| <i>Dimensões – 4 Subescalas constituídas por 11 itens</i> | <i>Itens</i> |
|---|---------------|
| 1. Pertinência das temáticas presentes no jogo | 1; 2 |
| 2. Pertinência das questões colocadas no jogo | 3; 4; 7; 8; 9 |
| 3. Contributo para a resolução de situações reais | 5; 6 |
| 4. Grafismo e criatividade | 10; 11 |

Os participantes puderam responder também a três questões abertas, que pretendiam identificar os aspectos mais positivos e negativos em relação ao jogo e recolher sugestões e comentários.

Procedimentos e tratamento dos dados

Após terem sido sorteadas aleatoriamente as turmas do 8ºano, do 11ºano e do 12ºano procedeu-se à realização da oficina de formação, durante 80 minutos. Após esta intervenção, foram distribuídos pelos alunos os questionários, tendo sido preenchidos individualmente.

Os dados obtidos foram analisados através de um tratamento estatístico, recorrendo ao programa de análise de dados SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 15.0 para Windows.

DISCUSSÃO

Começando pela *pertinência das temáticas do jogo*, os jovens do 8ºano atribuem a pontuação máxima de “muito bom”, uma vez que, consideram

“(...) um tema muito interessante, que nos faz esclarecer dúvidas de forma divertida”, sendo para a maioria adequadas e importantes para os jovens *“o tema é importante para os dias de hoje”* e também é *“apropriado para nós jovens”*. Além disso, houve quem considerasse que *“podiam arranjar mais temas e doenças”*. Os jovens do 11º e 12º ano avaliam as temáticas entre “bom” e “muito bom”, tendo sido importante a forma como o tema foi abordado *“gostei do facto de o tema ser abordado através de um jogo”*. Outro aspecto que contribuiu para a sua avaliação positiva está relacionado com a *“forma clara e transparente”* com que o tema foi abordado. No entanto, poderia haver *“maior diversidade de temas por sessão”*.

Quanto à *pertinência das questões do jogo*, mais de metade dos alunos do 8º ano consideram as questões do jogo importantes e adequadas aos jovens, uma vez que *“tem questões que levam a grandes discussões de opinião”*. Além disso, ajudam a esclarecer algumas dúvidas, e a linguagem utilizada facilita a compreensão das questões, contribuindo para aprender de forma divertida *“ajuda a esclarecer algumas dúvidas e também é divertido”*. No entanto, *“como é um jogo que demora bastante tempo não podemos aproveitar ao máximo e não temos tempo para todos os cartões”*, sendo esta uma das principais reclamações dos jovens. Contudo, o tempo de resposta e a reflexão realizada pelos grupos às questões são fundamentais e necessárias para que se possa jogar o jogo. Para diminuir a frustração associada ao facto de não se acabar o jogo, deve-se seleccionar alguns cartões e aumentar o tempo das sessões *“podiam fazer sessões com as turmas de mais tempo”*. Os jovens do 11º e 12º ano consideram “bom” e “muito bom” as questões do jogo, quanto ao seu nível de importância e adequação, pois *“gostei das perguntas”* e, referem também o seu contributo para o *“esclarecimento de algumas dúvidas”*. A linguagem é de fácil compreensão e permite aprender de forma divertida. Também neste grupo o tempo é referido como um aspecto menos positivo *“menos tempo para cada pergunta”*.

No que respeita ao contributo para a resolução de situações reais, o jogo é avaliado pela maioria dos alunos do 8º ano como “muito bom”, pois *“(...) aprendemos mais e fala de situações que podem acontecer no dia-a-dia”*. A representação das situações pode assumir um papel facilitador na resolução de problemas *“gostei da parte em que representamos porque assim se nos acontecer uma situação parecida já pensamos sobre o assunto e temos mais opções”*. Para os jovens do secundário, a representação das situações que podem acontecer na realidade, também são relevantes na sua aprendizagem.

Por sua vez, o grafismo e a criatividade (e/ou originalidade) do jogo também são referidos e avaliados positivamente pelos jovens, pois *“está*

original... é divertido". A forma como o jogo foi construído também agradou aos alunos do 8ºano, que referem gostar da *"rodinha com uma seta"* e *"o jogo está bem e penso que aprende-se muita coisa"*, assim como, está *"bem estruturado para a nossa idade"*. Esta estrutura facilita a aprendizagem de forma divertida *"pois é bom para estarmos bem informados...acho que podiam vir cá fazer mais jogos"*. Na opinião dos alunos do secundário, as imagens do jogo são boas, embora a *"originalidade"* da *"estrutura do jogo"* sejam aspectos mais importantes. A realização deste trabalho permitiu confirmar e reforçar o que a prática já indicava como necessidades de intervenção, no que respeita ao uso de outras estratégias e metodologias facilitadoras, não só da transmissão de informação, mas também propícias à construção de valores individuais, tendo por base o modelo biográfico.

De acordo com o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, compete aos professores tornarem efectiva a sua implementação. Neste sentido, a prática e a investigação indicam que a eficácia das intervenções em saúde escolar, dependem grandemente das estratégias utilizadas pelos profissionais que, necessariamente, deverão ter em conta a participação activa dos jovens na construção do conhecimento.

É neste contexto, e atendendo às necessidades formativas destes profissionais, que se reveste da maior importância o investimento nestes materiais pedagógicos. Assim, considera-se significativo este estudo, no sentido de avaliar a qualidade deste material, que incidiu sobre as opiniões (nível de satisfação) de jovens e adultos, embora aqui só tenhamos dado enfoque aos jovens. Contudo, é fundamental reforçar a avaliação do impacto das intervenções formativas, através de instrumentos que permitam avaliar as mudanças alcançadas, quer nos conhecimentos, como nas atitudes, crenças e comportamentos.

Para tornar concretizável a avaliação do impacto das intervenções é necessário um trabalho continuado com os indivíduos, de modo a diminuir as intervenções pontuais, difíceis de provocar mudanças ao nível dos comportamentos. Torna-se também necessário envolver os diversos agentes educativos nos projectos de intervenção e programas de formação.

REFERÊNCIAS

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. (s.d). Áreas de Intervenção – Prevenção: Jovens. Obtido a 13 de Outubro de 2009, em <http://www.sida.pt/>

- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA – 2007/2010: Um compromisso com o futuro*. Obtido a 14 de Setembro de 2009, em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/53606923-CBCE-4FF6-B744-F123828354E1/0/ProgSida.pdf>
- Dias, S., Matos, M.G., & Gonçalves, A. (2005). Sexualidade e risco na adolescência. In M.G. Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 131-140). Faculdade de Motricidade Humana.
- Francia, A., & Martínez, Ó. (2000). *Jogos e Dinâmicas* (3ª ed.). Portugal: Paulus Editora.
- GTES. (2007). Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa. Obtido a 2 de Novembro de 2007, em www.dgidec.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Preliminar_ES_07_09_2007.pdf
- Jares, X. (2007). *Técnicas e Jogos Cooperativos para Todas as Idades*. Coleção Práticas Pedagógicas. Porto: Edições ASA.
- Ministério da Educação (2000). *A Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Obtido a 13 de Agosto de 2009, em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- Patrão, L.A., et al. (2008). A prevenção do VIH/SIDA em mulheres provenientes dos PALOP's: Fundamentação na literatura da importância da intervenção psicossocial (pp. 776-787). *Actas do II Congresso Nacional de Educação para a Saúde*: Universidade de Évora.
- Pereira, J.V. (2009). *Educação Sexual na Escola: Um Estudo sobre os Projectos de Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Supervisão Pedagógica e Formação de Professores, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pinheiro, M.R., Ribeiro, T., Barbosa, H., Carvalho, A., Jesus, A., & Gomes, S. (2006). Factores Psicossociais, Estilos de Vida e Comportamentos de Risco Face à Saúde: Que Relações Existem? *Actas da XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 277-288). Braga: Psiquibrios.
- Portugal, Ministério da Educação/Gab. do Secretário de Estado da Educação. (2006). Despacho N.º 15 987/2006 – 27 de Setembro. Obtido a 23 de Junho de 2009, em http://sitio.dgidec.min-edu.pt/saude/Documents/Despacho_27092006.pdf
- Portugal, Ministério da Educação. (2009). Lei n.º 60/2009. D.R. N.º 151 – 1.ª série de 6 de Agosto de 2009. Obtido a 10 de Agosto de 2009, em www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Not%C3%ADcias%20e%20destaques/Agosto%202009/Lei_educacao_sexual.pdf
- Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na Escola: Um direito dos alunos que urge satisfazer. *Revista O professor*, nº 85, III Série, 17-24. Obtido a 19 de

Julho de 2009, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3980/1/Educa%c3%a7%c3%a3o%20para%20a%20Sa%c3%bade%20%28p.p.17-24%29.pdf>

Silva, A., et al (1997). *Manual de utilização: Programa de Promoção e Educação para a Saúde*. Ministério da Educação.

UNAIDS. (2008). *Reporto n the global HIV/AIDS epidemic 2008*. Geneva. Obtido a 19 de Agosto de 2009, em http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

United Nations. (2009). *The Millennium Development Goals Report 2009*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs. Obtido a 27 de Agosto de 2009, em <http://www.un.org/millenniumgoals/reports.shtml>

GABINETE DE APOIO AO ALUNO
E AS INTERVENÇÕES EM CONTEXTO ESCOLAR

Cristiana Carvalho

Externato Cooperativo da Benedita

A educação sexual em meio escolar aparece, actualmente, integrada no contexto da promoção e educação para a saúde, como uma das áreas prioritárias de intervenção, de carácter obrigatório e transversal a todos os níveis de ensino (GTES, 2007; Despacho nº 15 987/2006; Despacho nº 60/2009). Este reconhecimento da sua importância na formação pessoal e social dos jovens (Ministério da Educação, 2000), implica a necessidade de uma melhor articulação entre os diversos agentes educativos, como pais, professores e os próprios jovens nas intervenções e acções realizadas sobre sexualidade (Matos, 2005; Pereira, 2000; Pereira, 2009).

Cada vez mais se reconhece a importância do envolvimento da comunidade para assumir um papel mais activo, graças ao poder de decisão que os sujeitos têm sobre o seu estilo de vida e a capacidade de manter e melhorar o seu bem-estar, sendo responsáveis pelas decisões tomadas no que toca à saúde (Antunes, 2008).

Neste sentido, a educação para a saúde, enquanto estratégia de promoção da saúde, contribui para a adopção de atitudes positivas no que respeita à saúde e possibilita a capacitação das pessoas para a realização de escolhas saudáveis, de modo informado, consciente, responsável e autónomo (Antunes, 2008).

A escola, surge como um contexto privilegiado para a realização de acções de promoção da saúde sexual e reprodutiva, proporcionando aos jovens a aquisição de ferramentas e de competências (literacia e “*empowerment*”), necessárias à tomada de decisão e à adopção de escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade (Ministério da Educação, 2000).

O contributo das ONG’s, como a Associação para o Planeamento da Família, no fortalecimento do acesso à saúde sexual e reprodutiva, as recomendações do Grupo de Trabalho de Educação Sexual e o reforço do Ministério da Educação com a recente lei nº 60/2009, foi determinante para garantir o acesso dos jovens à Educação para a Saúde e para tornar obrigatória a aplicação da educação sexual em meio escolar, a qual já se encontrava regulamentada por lei deste 1984.

Sendo a Educação Sexual parte integrante do processo de Promoção da Saúde e assumindo-se como contributo para a formação pessoal e social dos indivíduos e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva (Ministério da Educação, 2000) é considerada uma das temáticas centrais de intervenção.

Neste sentido, quer os relatórios do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (Relatório Preliminar e Final do GTES), quer a recente lei nº 60/2009 do Ministério da Educação, indicam que as escolas deverão eleger um Professor-Coordenador de Educação para a Saúde e devem criar um Gabinete de Apoio ao Aluno nas escolas de 3º ciclo e de ensino secundário, aberto uma manhã e uma tarde por semana, num sistema de confidencialidade.

A funcionar pelo segundo ano consecutivo, o “Espaço de Atendimento de Jovens na Escola” – Espaço AJE (Gabinete de Apoio ao Aluno), do Externato Cooperativo da Benedita, contou com a coordenação de um profissional das Ciências da Educação, com formação em Educação para a Saúde e Saúde Sexual.

Este Espaço de Promoção e Educação para a Saúde, destinado aos alunos do Externato Cooperativo da Benedita, tem como missão:

- Apoiar os jovens na promoção e educação da sua saúde e bem-estar;
- Proporcionar informação e formação nas áreas da promoção da saúde e na prevenção dos comportamentos de risco;
- Apoiar actividades culturais e de lazer para a promoção dos estilos de vida saudáveis;
- Desenvolver projectos educativos na área da saúde sexual e reprodutiva dos jovens em articulação com os projectos da Escola;
- Foi desenvolvida formação com alunos, professores e, actualmente, com pais.

AS NECESSIDADES DOS JOVENS QUE RECORREM AOS GABINETES DE APOIO AO ALUNO

Atendimentos

O Espaço AJE recebeu a visita de 351 alunos ao longo do ano lectivo 2008/2009, para os quais o atendimento foi diferenciado de acordo com as necessidades identificadas. Neste sentido, podemos diferenciar o atendimento prestado no Gabinete de acordo com as seguintes categorias: “apoio”, “informação” e “aconselhamento”.

À categoria “apoio” corresponde:

- o trabalho de coordenação do Grupo de Educação pelos Pares;
- os Projectos de Educação Sexual realizados pelos Professores no âmbito da Acção de *Formação*;

- o trabalho de coordenação do Projecto “Tá-se bem” com os alunos do 12ºB/C;
- o trabalho das turmas nas disciplinas de Área de Projecto, Formação Cívica e Filosofia sobre os seguintes temas:
 - Consumos de Substâncias Psicoactivas (1 turma),
 - Gravidez na Adolescência (1 turma),
 - Álcool (1 turma),
 - Tabagismo (1 turma).

À categoria “informação” corresponde:

- apresentação e divulgação dos serviços prestados pelo Espaço AJE;
- demonstração e explicação do preservativo feminino;
- participação em entrevistas realizadas por alunos (Homossexualidade e Adopção; O que é o Espaço AJE) (Quadro 1).

Quadro 1

Frequências absolutas – Categoria “Informação”

| Temáticas | N |
|---|----|
| Apresentação e divulgação dos serviços prestado pelo Espaço AJE | 60 |
| Demonstração e explicação do preservativo feminino | 53 |
| Participação em entrevistas realizadas por alunos | 5 |

À categoria “aconselhamento” corresponde aos casos individuais e/ou em grupo que requeriam aconselhamento sobre diversas temáticas que foram agrupadas em categorias (Quadro 2), sendo as raparigas que mais recorreram ao gabinete para pedir aconselhamento (Quadro 3).

Quadro 2

*Frequências absolutas e relativas das temáticas
– Categoria “Aconselhamento”*

| Temáticas | N | % |
|--|---|------|
| Contraceção | 9 | 26,5 |
| Consultas de Planeamento Familiar | 2 | 5,9 |
| Relações Sexuais (dor; menstruação) | 2 | 5,9 |
| Vacina do Cancro do Colo do Útero e Relações Sexuais | 6 | 17,7 |
| Comportamento sexual desadequado (atitude dos colegas) | 3 | 8,85 |
| Gravidez e Contraceção | 2 | 5,9 |
| Piercings e órgãos sexuais | 2 | 5,9 |
| Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis | 4 | 11,8 |
| Relacionamentos Amorosos e Vida Sexual | 2 | 5,9 |
| Anorexia e Distúrbios Alimentares | 2 | 5,9 |

Quadro 3

Distribuição do Género – Categoria “Aconselhamento”

| Género | N | % |
|-----------|----|-----|
| Masculino | 1 | 4 |
| Feminino | 24 | 96 |
| Total | 25 | 100 |

GABINETE DE APOIO AO ALUNO COMO CENTRO DE RECURSOS PARA PROFESSORES

Com a reabertura do Espaço de Atendimento a Jovens na Escola surgiu a ideia de alargar os serviços do Gabinete aos professores da escola, com o apoio de material pedagógico para as disciplinas curriculares disciplinares e não disciplinares. Neste sentido, o Espaço AJE foi reorganizado como Centro de Recursos.

Desta forma, com o apoio de algumas associações (APF, Abraço, IDT e CAD de Coimbra) que contribuem com material informativo e brindes, com a construção de materiais pedagógicos e lúdicos na área da Educação para a Saúde pela coordenadora do Gabinete e com a selecção e disponibilização de documentos e livros fundamentais, foi possível iniciar este Centro de Recursos.

Durante o ano, alguns professores requisitaram material como o Kit dos Métodos Contraceptivos, o CD “Esta Cena dava um Filme”, o Jogo “Escola Cool”, o Manual “Métodos e Técnicas Activas: as Dinâmicas de Grupo e as Estratégias Lúdicas”. Foi distribuído aos professores material informativo, como folhetos para a disciplina não curricular de Formação Cívica.

MATERIAL DISTRIBUÍDO NAS INTERVENÇÕES REALIZADAS EM CONTEXTO ESCOLAR

Ao longo do ano foi distribuído material aos alunos, quer nas actividades realizadas na escola, quer nas visitas ao gabinete e nos atendimentos. Desta forma, foram destruídos em média 220 folhetos informativos, 90 pulseiras verdes (com o slogan da campanha “Só há uma maneira de saber. Faça o teste VIH/SIDA”), 40 laços vermelhos (símbolo da luta contra a SIDA) e 240 marcadores de livros.

DIVULGAÇÃO DO GABINETE DE APOIO AO ALUNO

A divulgação do Gabinete na Escola decorreu ao longo do ano, nas sessões com as turmas e nas visitas que alguns professores promoveram no âmbito da Formação Cívica. A divulgação interna deste serviço teve o apoio do Folheto e do Cartaz de divulgação na Sala de Alunos e noutros locais estratégicos.

Com o intuito de continuar a divulgar as diversas iniciativas levadas a cabo pelo Espaço AJE, foi dinamizado, pelo segundo ano consecutivo, o blog do Gabinete (www.blogdoespacoaje.blogspot.com), disponibilizando desta forma informação relativa às actividades e projectos a decorrer na escola, quer a alunos, professores, auxiliares da acção educativa, pais e encarregados de educação, quer à comunidade geral.

INTERVENÇÕES PROMOVIDAS PELO GABINETE DE APOIO AO ALUNO:

Com jovens

O Gabinete promoveu o workshop “*Quem sou eu?*” com o objectivo de promover a auto e hetero-consciência através da identidade pessoal e social.

A comemoração do Dia Mundial de Luta Contra a Sida, campanha denominada por “Não te deixes APANHAR pela SIDA”, consistiu na desconstrução de alguns mitos relacionados com o VIH/SIDA. A Campanha envolveu 21 alunos do 8ºano e 7 elementos do Grupo de Educação pelos Pares da escola, como mediadores na actividade “Mito ou Realidade” realizada para os alunos do 3ºCiclo e do Ensino Secundário. Esta actividade permitiu o registo das respostas dos alunos participantes e a devolução da resposta correcta, num marcador de livros, acompanhado pelo laço vermelho e uma pulseira verde “*Só há uma maneira de saber. Faça o Teste VIH/SIDA*”.

Para a análise desta Campanha foi realizado o tratamento estatístico dos dados, através do *Programa Stastisical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 15,0 for Windows), que permitiu obter as frequências das respostas dos alunos. Assim, foi possível chegar a um total de 205 alunos,

apesar de haver a possibilidade de um mesmo aluno ter respondido a mais do que um dos questionários.

Foram realizadas oficinas de formação sobre os comportamentos protectores associados à contracepção “Prova dos 9”, com as turmas do 9ºano, nas disciplinas de Ciências da Natureza e Formação Cívica.

No âmbito do Concurso Nacional “A nossa escola pela não violência” sobre a Prevenção da Violência no Namoro entre Adolescentes, o Gabinete comemorou a Semana dos Namorados com a Campanha “*Eles & Elas... pela Igualdade*”. Esta actividade teve por objectivo identificar os conhecimentos dos jovens sobre a agressividade nas relações de namoro, conhecer as suas atitudes sobre a aceitabilidade de situações de agressividade nas relações de namoro e sensibilizar para a igualdade de género.

Esta campanha implicou a colaboração de diversas turmas do 8º e 9ºano, o que possibilitou aplicar a metodologia de educação pelos pares. Assim, foi possível chegar a um total de 761 alunos, apesar de haver a possibilidade de um mesmo aluno ter respondido a mais do que um dos questionários. Estes resultados puderam ser consultados na Exposição “Eles & Elas... pela Igualdade” na Sala de Alunos. Para a sua concretização foi fundamental a adaptação das escalas presentes na Tese de Mestrado na Especialidade de Sexologia “A Agressividade nas Relações de Namoro de Adolescentes: Génese, Aceitação e Justificação” da Mestre Susana Lucas.

No Dia Mundial da Saúde, o Gabinete promoveu a dinamização da Semana da Saúde, que consistiu na realização de oficinas de formação sobre Estilos de Vida Saudáveis para as turmas do 7º ano, através do recurso lúdico-pedagógico “Os 7+2 da Saúde”, que tem por base os factores protectores da saúde, encontrados no estudo de Alameda County. Este recurso consiste numa metodologia activa centrada no lúdico.

Para o Concurso Nacional “A minha escola e a Prevenção da Infecção do VIH/SIDA”, a coordenadora do Gabinete elaborou, implementou e avaliou o Projecto “Tá-se bem”, que contou com 23 alunos da turma do 12º B e C de Biologia, como mediadores inter-pares nas oficinas de formação dos alunos do 3ºciclo, do secundário e dos professores. Este projecto chegou a 112 alunos do 8º ano, 49 alunos do 11º e 12º ano, 9 professores e 3 pais e encarregados de educação.

Foi realizada animação na Sala de Alunos da Escola, com o intuito de promover actividades de Educação para a Saúde. A Actividade “Tô Fora!” teve por objectivo prevenir o consumo de substâncias psicoactivas através da promoção de competências pessoais e sociais. Contou com a colaboração de uma enfermeira. A actividade “Tá-se bem” consistiu na aplicação

do Jogo “Tá-se bem” no âmbito da prevenção da infecção do VIH/SIDA, com o objectivo de promover comportamentos de prevenção face à saúde sexual e reprodutiva.

Ao longo do ano foram realizadas algumas reuniões com o grupo de Educação pelos Pares “Agarra-te à Vida” com o intuito de preparar as actividades a implementar. Verificou-se que a dificuldade em conjugar os horários de todos os alunos e a pouca disponibilidade da Coordenadora (acumulação de tarefas) foi um entrave à maior dinamização deste grupo. No entanto, o grupo de Educação pelos Pares participou na preparação do Dia Mundial de Luta Contra a SIDA, quer na actividade “Mito ou Realidade”, quer na Exposição “Não te deixes APANHAR pela SIDA” e na oficina “Prova dos 9” com a elaboração dos materiais. Foi feita uma troca de prendas entre o grupo na época de Natal.

Com professores

Foi implementado o Projecto “*Professores de palmo e meio*” que consistiu na Formação sobre “*Métodos e Técnicas para as áreas curriculares não-disciplinares: das estratégias lúdicas às dinâmicas de grupo*” na qual participaram 10 professores da escola.

Esta formação pretendeu promover a utilização de metodologias activas e lúdicas e o (re)conhecimento de algumas técnicas e métodos possíveis de utilizar em áreas curriculares não-disciplinares. A sua metodologia activa centrou-se nas dinâmicas de grupo e nas estratégias lúdicas e pedagógicas. A Coordenadora do Gabinete de Apoio ao Aluno, no âmbito da Formação de Professores acredita pelo Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua, desenvolveu a acção de formação “*Educação para a Saúde: A Educação Sexual na Escola*” de 30h. Nesta acção participaram professores do Externato Cooperativo da Benedita, da Escola Secundária D. Pedro I com 2º e 3º Ciclos e da Escola Básica 2 – Frei António Brandão do Agrupamento de Escolas da Benedita, compondo um total de 17 formandos.

Esta acção de formação teve como objectivos ampliar conhecimentos sobre os principais conceitos, temas de intervenção e dispositivos legais em Educação Sexual, promover o debate sobre o papel dos profissionais na intervenção em Educação Sexual, experienciar metodologias e estratégias de intervenção em Educação Sexual e promover a estruturação de um programa de Educação Sexual dirigido a distintos grupos-alvo com supervisão pedagógica.

O Dia Internacional das Mulheres foi comemorado na sala de professores através da campanha de sensibilização denominada “Unidos pela Igualdade: Igualdade de Género, um Direito Humano”. Teve por objectivo a promoção da igualdade de género entre homens e mulheres. Neste sentido, foi consultada informação científica tendo como fonte a Associação para o Planeamento da Família (APF).

Com pais

A Sessão de Pais denominada por “Agressividade na Adolescência” foi realizada juntamente com duas psicólogas da escola, tendo sido apresentado alguns resultados da actividade “Eles & Elas... pela Igualdade”. Contou com a presença de 3 pais/encarregados de educação.

A Formação Parental realizada na escola consiste na aplicação de dois programas “Parentalidade Sábia” e “Pais+X” de 11 sessões cada, resultante da parceria estabelecida com um Projecto de Investigação de Doutoramento realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, em Psicologia da Educação na vertente da Formação com Pais.

Estes dois programas têm por base a potencialização das competências dos pais e contam com 9 pais em cada grupo.

AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS EM CONTEXTO ESCOLAR

Todas as intervenções foram avaliadas através de fichas de satisfação, com base no primeiro nível do Modelo de Avaliação de Donald Kirkpatrick, tendo uma escala de resposta que vai desde “Muito Insuficiente” a “Muito Bom”. Além disso, foi realizado o tratamento estatístico dos dados, através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), que permitiu obter as frequências das respostas.

Desta forma, foi possível depreender as metodologias de intervenção mais adequadas a utilizar em contexto escolar e avaliar o impacto e a qualidade dos recursos pedagógicos construídos como estratégias de intervenção.

Assim, confirmou-se a importância de trazer para o contexto de sala de aula as metodologias activas e dinâmicas, para que os alunos possam interagir uns com os outros, explorar pontos de vista diferentes, treinar

competências de comunicação, de tomada de decisão e resolução de problemas, colocar questões num ambiente que se deseja aberto e descontraído, aumentando a sua informação e a possibilidade de colocar em prática as suas competências.

Os Profissionais das Ciências da Educação em educação para a saúde

Enquanto Profissional das Ciências da Educação, considero necessário a integração destes profissionais nas escolas, nomeadamente os que se especializaram na área da Educação para a Saúde, que têm actuado em diversos contextos como mediadores, formadores, animadores, educadores em Educação e Promoção da Saúde, inserindo-se em Escolas, Centros de Saúde, Maternidades, Hospitais, Centros de Acolhimento de Crianças em Risco, ATL's, Centros de Dia para Idosos, onde contribuem para a Promoção da Saúde, através de métodos e técnicas activas, que são facilitadoras do processo de “empowerment” das pessoas e das comunidades, para que estas realizem escolhas e tomem decisões conscientes e responsáveis no que toca à sua saúde.

É fundamental o (re)conhecimento de que as Ciências da Educação contribuem para a construção de propostas educativas e/ou formativas, com o auxílio de métodos adequados aos formandos, com vista à obtenção de competências necessárias para a mudança, significando isto, a capacidade de intervir com públicos específicos em contexto de saúde, tendo em conta as suas necessidades e o contexto dos próprios indivíduos. Por esta razão, as Ciências da Educação habilitam estes profissionais para planificar, gerir, desenvolver e avaliar processos adequados de mediação nas transformações pessoais e sociais importantes para a saúde.

REFERÊNCIAS

- Antunes, M. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coleção de Ciências da Educação e Pedagogia. Coimbra: Edições Almedina.
- GTES. (2007). Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa. Obtido a 2 de Novembro de 2007, em www.dgidec.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Preliminar_ES_07_09_2007.pdf
- Matos, G. M. (Ed.). (2005). *Comunicação e Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa: Edições FMH.

- Ministério da Educação (2000). *A Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da educação.
- Pereira, G.M. (2000). Aprender a Escolher: Promoção da Saúde no Contexto Escolar. Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Universidade do Minho. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, I*, 147-158.
- Pereira, J.V. (2009). *Educação Sexual na Escola: Um Estudo sobre os Projectos de Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Supervisão Pedagógica e Formação de Professores, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Portugal, Ministério da Educação/Gabinete do Secretário de Estado da Educação (2006). Despacho N.º 15 987/2006 – 27 de Setembro. Obtido a 23 de Junho de 2009, em http://sitio.dgidec.min-edu.pt/saude/Documents/Despacho_27092006.pdf
- Portugal, Ministério da Educação (2009). Lei n.º 60/2009. D.R. Nº 151 – 1.ª série de 6 de Agosto de 2009. Obtido a 10 de Agosto de 2009, em www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Not%C3%ADcias%20e%20destaques/Agosto%202009/Lei_educacao_sexual.pdf

AVALIAÇÃO DAS ESCALAS DE
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE (EADS):
UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIOS DO AMAZONAS

*Denise Machado Duran Gutierrez¹ (ddgutie@vivax.com.br) /
Suely A. do N. Mascarenhas¹ / Antônio Roazzi² / José L. Pais-Ribeiro³ /
Mônica Gabriella de Albuquerque Areias Secco¹*

¹Universidade Federal do Amazonas; ²Universidade Federal de
Pernambuco; ³Universidade do Porto

O bem-estar psicossocial que caracteriza a qualidade de vida é direito de todos. A saúde também é um direito de todos. A ansiedade, a depressão e o estresse são doenças que prejudicam o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida. Sabe-se que o organismo humano é afetado de modo positivo ou negativo pelas circunstâncias do ambiente sócio-moral, econômico, político, religioso dentre outros. Todavia, em boa medida, o sujeito é autor de sua própria história podendo afetar de modo positivo ou negativo as circunstâncias de sua vida por meio de um processo educativo que o conduza a desenvolver novos aprendizados em todas as dimensões de sua existência. O comportamento individual para com a promoção e manutenção da saúde é aprendido ao longo do ciclo de vida nas relações formais e informais que se desenvolvem desde o contexto familiar, comunitário, escolar e social como um todo assim como todos os demais comportamentos. Se o comportamento é aprendido, pode ser desaprendido ou reaprendido a partir de outras aprendizagens significativas e reflexivas. O processo de educação para a saúde pode e deve acontecer em todos os contextos: pessoal, social e ambiental. As atitudes de zelar pela promoção e manutenção da própria saúde ou o contrário são comportamentos aprendidos podendo estar nas agendas das lideranças em educação para a saúde como forma de viabilizarem ações que favoreçam a prevenção e promoção da qualidade de vida e do bem – estar psicossocial em todos os contextos da convivência humana saudável (Ribeiro, 2005, 2007). Os fenômenos conhecidos como estresse, ansiedade e depressão são amplamente estudados pela psicologia da saúde bem com da doença. Nossa perspectiva de interpretação é que pode tratar-se de um único processo em diferentes estágios. A ansiedade seria o anúncio do estresse e o estresse o prenúncio da depressão (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) como degraus de uma mesma escada. Os cuidados com a saúde são aprendidos individual e coletivamente por meio de processos educativos formais e informais. Neste estudo analisamos a ocorrência dos fenômenos junto a universitários da Amazônia recorrendo à escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS)

de 21 itens (Ribeiro, Leal, & Honrado, 2004) com o objetivo de adaptar para o contexto do Brasil a EADS de 21 itens, de modo que se mantenham equivalentes à versão portuguesa. Nosso interesse nesta investigação, continuação de estudo anterior (Ribeiro, Mascarenhas, Honrado, & Leal, 2008) situa-se na perspectiva da psicopedagogia da saúde e suas interfaces com a psicologia da saúde e da educação para a saúde.

MÉTODO

Participantes

505 estudantes universitários participam desta amostra, sendo 62% do sexo feminino e 38% do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre o intervalo de 18 a 57 anos ($M=25,29$; $DP=7,37$). Estado civil: 74,7% são solteiros, 15,2% casados, 1,8% divorciados, 7,7% encontram-se em união estável, 0,6% são viúvos. 51,1% praticam atividades físicas e 48,9% não praticam atividades físicas. Quanto à declaração de etnia, 50,5% consideram-se pardos, 21,6% brancos, 10,5% negros, 1,6% indígenas, 0,4% caboclos, 0,2% brasileiro e 15% não declararam.

Material

Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir da aplicação das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). O instrumento é constituído por 21 itens. 7 itens medem o fenômeno da ansiedade, 7 itens avaliam o fenômeno da depressão e 7 itens diagnosticam o fenômeno do estresse. Os sujeitos avaliam a extensão com que perceberam o ocorrência dos fenômenos 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.

Procedimento

Os sujeitos foram escolhidos de modo aleatório e participaram voluntariamente da investigação após serem informados dos seus objetivos observando procedimentos éticos vigentes. O preenchimento individual da escala aconteceu em horário de aula cedido pelos professores. O tempo de resposta não excedeu 10 minutos.

O tratamento dos dados foi realizado com a utilização do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0 para *Windows*. Na verificação das propriedades psicométricas realizou-se a análise de fiabilidade dos itens, calcularam-se as médias e desvio padrão dos itens das escalas e avaliaram-se as diferenças de gênero entre as amostras de universitário do sexo masculino e do sexo feminino para os instrumentos em estudo.

RESULTADOS

A fiabilidade das Escalas EADS-21 junto à amostra em estudo (método *Alpha de Cronbach*) foi de 0,81 para a sub-escala que avalia o estresse, 0,80 para a sub-escala que mede o fenômeno da ansiedade e de 0,81 para a sub-escala que diagnostica a depressão, no seu conjunto a confiabilidade do instrumento é de 0,92. Os indicadores psicométricos verificados junto a esta amostra são considerados positivos para os padrões da investigação nas ciências humanas. De acordo com Gable e Wolf (1993), coeficientes de *alpha* superiores a 0,70, na avaliação de atitudes e fenômenos psicossociais e afetivos complexos, conferem elevada fiabilidade às escalas utilizadas.

Da análise da *Anova* realizada foram verificadas diferenças estatisticamente significativas com relação à variável de agrupação gênero nos itens: 12. *Senti dificuldade em me relaxar* ($F=4,13$; $p=0,04$), 17. *Senti que não tinha muito valor como pessoa* ($F=4,13$; $p=0,04$) e 18. *Senti que por vezes estava sensível* ($F=4,17$; $p=0,02$) favoráveis ao sexo feminino. No Quadro 1, estão registradas as cargas fatoriais verificadas para a totalidade dos itens da EADS 21, bem como a variância explicada para os três fatores que é de 51,33%.

Nos Quadros 2, 3 e 4 contata-se que os indicadores de valores de média e desvio padrão para cada sub-escala da EADS-21: ansiedade, estresse e depressão sugerem uma boa condição de saúde psicossocial dos integrantes da amostra. Não foram observadas diferenças significativas com relação à variável de agrupação gênero com relação aos fenômenos em avaliação no que se refere às pontuações de média e desvio padrão. Todavia, nos itens 12, 17 e 18 os valores do grupo de sujeitos do sexo feminino registram-se sensivelmente superiores que os observados na pontuação correspondente ao conjunto de integrantes a amostra do sexo masculino.

Quadro 1

Estrutura fatorial da EADS-21: Amostra n= 505/Amazônia

| Item | Características dos itens | F1: Ansiedade Cf | F2: Estresse Cf | F3: Depressão Cf |
|------|---|------------------------|-----------------------|------------------------|
| 19 | Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos. | 0,67 | | |
| 2 | Senti minha boca seca | 0,65 | | |
| 20 | Senti-me assustado/a sem ter boa razão para isso | 0,56 | | |
| 15 | Senti-me quase entrando em pânico | 0,52 | | |
| 7 | Senti tremores (por exemplo, nas mãos) | 0,50 | | |
| 9 | Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula | 0,50 | | |
| 4 | Senti dificuldade de respirar | 0,47 | | |
| 8 | Senti que estava utilizando muita energia nervosa. | | 0,68 | |
| 12 | Senti dificuldade de relaxar | | 0,63 | |
| 6 | Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações | | 0,61 | |
| 14 | Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo | | 0,59 | |
| 1 | Tive dificuldade de me acalmar | | 0,58 | |
| 18 | Senti que às vezes estava sensível | | 0,55 | |
| 11 | Dei por mim agitado/a | | 0,55 | |
| 21 | Senti que minha vida não tinha sentido | | | 0,75 |
| 17 | Senti que não tinha muito valor como pessoa | | | 0,72 |
| 16 | Não fui capaz de ter entusiasmo por nada | | | 0,72 |
| 10 | Senti que não tinha nada a esperar do futuro | | | 0,66 |
| 5 | Tive dificuldade de tomar a iniciativa para fazer coisas | | | 0,58 |
| 13 | Senti-me desanimado/a e melancólico/a | | | 0,55 |
| 3 | Não consegui sentir nenhum sentimento positivo | | | 0,50 |
| | Valor próprio do fator | 8,22 | 1,47 | 1,08 |
| | %Variância explicada do fator | 39,15% | 7,00% | 5,17% |
| | Variância total explicada: 51,33% | | | |

Quadro 2

Médias e desvio padrão n= 505: Ansiedade, Variável de agrupação, Gênero

| | 4. Sexo | N | M | DP |
|--|-----------|-----|------|------|
| 2 Senti minha boca seca | Feminino | 313 | 1,75 | 0,84 |
| | Masculino | 192 | 1,76 | 0,81 |
| 4 Senti dificuldade de respirar | Feminino | 313 | 1,63 | 0,85 |
| | Masculino | 192 | 1,56 | 0,85 |
| 7 Senti tremores (por exemplo nas mãos) | Feminino | 313 | 1,86 | 0,91 |
| | Masculino | 192 | 1,82 | 0,92 |
| 9 Preocupe-me com situações que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula | Feminino | 313 | 1,80 | 0,94 |
| | Masculino | 192 | 1,70 | 0,88 |
| 15 Senti-me quase entrando em pânico | Feminino | 313 | 1,60 | 0,87 |
| | Masculino | 192 | 1,53 | 0,79 |
| 19 Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos | Feminino | 313 | 1,91 | 0,97 |
| | Masculino | 192 | 1,82 | 0,90 |
| 20 Senti-me assustado/a sem ter boa razão para isso | Feminino | 313 | 1,86 | 0,94 |
| | Masculino | 192 | 1,73 | 0,86 |

Quadro 3

Médias e desvio padrão n=505: Estresse, Variável de agrupação, Gênero

| | 4. Sexo | N | M | DP |
|--|-----------|-----|------|------|
| 1 Tive dificuldade de me acalmar | Feminino | 313 | 1,88 | 0,85 |
| | Masculino | 192 | 1,80 | 0,84 |
| 6 Tive tendência de reagir em demasia em determinadas situações | Feminino | 313 | 1,87 | 0,82 |
| | Masculino | 192 | 1,97 | 0,92 |
| 8 Senti que estava utilizando muita energia nervosa | Feminino | 313 | 2,00 | 0,98 |
| | Masculino | 192 | 1,92 | 0,93 |
| 11 Dei por mim agitado/a | Feminino | 313 | 1,97 | 0,89 |
| | Masculino | 192 | 1,82 | 0,83 |
| 12 Senti dificuldade de relaxar | Feminino | 313 | 2,14 | 0,95 |
| | Masculino | 192 | 1,96 | 0,86 |
| 14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo | Feminino | 313 | 1,91 | 0,90 |
| | Masculino | 192 | 1,94 | 0,86 |
| 18 Senti que às vezes estava sensível | Feminino | 313 | 2,25 | 0,96 |
| | Masculino | 192 | 2,06 | 1,00 |

Quadro 4

Médias e desvio padrão n=505: Depressão, Variável de agrupação, Gênero

| | 4. Sexo | N | M | DP |
|---|-----------|-----|------|------|
| 3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo | Feminino | 313 | 1,73 | 0,90 |
| | Masculino | 192 | 1,65 | 0,86 |
| 5 Tive dificuldade de tomar iniciativa e fazer alguma coisa | Feminino | 313 | 1,98 | 0,88 |
| | Masculino | 192 | 1,97 | 0,87 |
| 10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro | Feminino | 313 | 1,49 | 0,83 |
| | Masculino | 192 | 1,57 | 0,93 |
| 13 Senti-me demasiado/a melancólico/a | Feminino | 313 | 2,02 | 0,94 |
| | Masculino | 192 | 1,92 | 0,95 |
| 16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada | Feminino | 313 | 1,58 | 0,84 |
| | Masculino | 192 | 1,66 | 0,88 |
| 17 Senti que não tinha muito valor como pessoa | Feminino | 313 | 1,74 | 0,97 |
| | Masculino | 192 | 1,57 | 0,87 |
| 21 Senti que minha vida não tinha sentido | Feminino | 313 | 1,61 | 0,96 |
| | Masculino | 192 | 1,52 | 0,84 |

DISCUSSÃO

Tomando em consideração a totalidade dos dados analisados neste estudo, é possível afirmar que os objetivos foram atingidos para esta fase da investigação. As propriedades psicométricas da EADS-21, replicando estudos anteriores, também junto à amostra amazônica em causa registrou

resultados fiáveis. No que se refere ao diagnóstico realizado quanto às condições de saúde psicológica dos integrantes da amostra, constata-se que pode ser considerado bom embora os três fenómenos (ansiedade, estresse e depressão) estejam presentes mesmo que em proporções estatisticamente aceitáveis. Os resultados sugerem a continuidade dos estudos neste domínio no sentido de ampliar a fonte de dados com sustentação empírica acerca deste domínio da psicologia da saúde em contexto universitário.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Congresso Nacional.
- 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. (2009). *Projeto de pesquisa: Avaliação do bem-estar subjetivo, otimismo e esperança de docentes e discentes do ensino superior do Amazonas*. Protocolo CEP/UFAM/CAAE 072.0.115.000-09, PIBIC-H-07/FAPEAM, Humaitá, UFAM.
- Ribeiro, J.L.P., 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.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P., Mascarenhas, S.A. do N., Honrado, A., & Leal, I. (2008). Escalas de ansiedade, depressão e estresse (EADS): Um estudo com estudantes universitários do Brasil (Amazônia). In Noronha, Machado, Almeida, Gonçalves, Martins, & Ramalho (Orgs.). *Actas XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica Formas e Contextos* (P.2.30, CDROOM, pp. 1-9). Braga, Universidade do Minho.
- ONU. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos*. Paris, ONU.
- WHO. (1948). *Official Records of the world Health Organization* no 2. United Nations, World health Organization. Geneve, interim comission.
- WHO. (1986). *Health promotion: Concepts and principles in action, a policy framework*, Geneve, WHO.

AVALIAÇÃO DE REPRESENTAÇÕES DE ESTUDANTES
DA UFAM ACERCA DA OPORTUNIDADE DE FREQUENTAR
A UNIVERSIDADE E SEUS FUTUROS IMPACTOS
SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E O BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL

*Denise M. Duran Gutierrez¹ / Antônio Roazzi² /
Iolete Ribeiro da Silva¹ / Suely A. do N. Mascarenhas¹ /
Rosenir de Souza Lira¹ / José L. Pais Ribeiro³ / Adriana Oliveira¹ /
Gilvania Plácito Braule¹ / Fabiana Mota Garcia¹*

¹Universidade Federal do Amazonas;

²Universidade Federal de Pernambuco; ³Universidade do Porto

Investigação apoiada pelo Projeto de Pesquisa Processo
401468/2009/MCT/CNPq

Neste texto estabelecemos algumas relações de aproximação e intercessão entre educação, psicologia e saúde numa perspectiva da educação para saúde, da psicologia da saúde e de uma psicopedagogia para a saúde. O conceito de saúde que adotamos situa-se numa perspectiva ecológica podendo ser considerado de certa forma um sinônimo de felicidade em sentido amplo como explica Ribeiro (2007; 2005) que não é possível entender o indivíduo isolando-o do meio que o envolve. Compreendemos que “a promoção da saúde pressupõe a fundamentação em valores de equidade e justiça social e a adoção de estratégias de empoderamento, participação e intersetorialidade, enfatizando-se, de modo particular, fatores e estratégias de sustentabilidade” (Lima, Barroso, & Campos, 2009, p. 73).

Nestas perspectivas, o recorte deste estudo de caráter transversal se dá a partir da análise de representações manifestadas por estudantes sobre a universidade, numa perspectiva de que uma titulação universitária exerce efeitos sobre as condições profissionais que poderão garantir melhores condições de ganhos econômicos e materiais e conseqüente bem-estar e saúde. Para sustentar as argumentações deste estudo, toma-se em consideração uma breve revisão de conceitos no âmbito da psicologia social e da psicologia da saúde. Sabe-se que dispor de saúde em suas diversas dimensões implica numa construção de conhecimentos, habilidades e atitudes individuais e coletivas ao longo da vida desde o nascimento. O comportamento humano é resultado de aprendizagens construídas na convivência em contextos sociais e culturais com os quais interagem de modo formal ou informal. Por outro lado, o bem-estar

psicossocial e a qualidade de vida perpassam pela conquista do bem-estar material (Galina, 2008; Jesus & Rezende, 2009; Ribeiro, 2009, Siqueira, 2009; Vieira, 2009). Cursar uma universidade pode ser um indicador que favoreça a consolidação de um perfil profissional que possibilite aos sujeitos condições para competir por um posto no mercado de trabalho que se traduza em garantia de satisfação das necessidades materiais para a sobrevivência e prosperidade. Como os estudantes universitários representam sua trajetória na universidade estabelecendo relações deste tempo com a sua vida? As representações em ultima instância determinam nossa reação, são mecanismos psíquicos que se transformam em processos sociais e públicos podendo ser entendidas como processos psicossociais (Moscovici, 2007). Este estudo em caráter piloto tem como objetivos: (a) analisar propriedades psicométricas do instrumento a partir do grupo amostral em estudo; (b) avaliar características psicométricas do instrumento em especial: análise de itens, fiabilidade e (c) contribuir com dados sistematizados acerca de uma nova técnica de avaliação psicológica que pode favorecer o diagnóstico do fenômeno das representações sociais de universitários (Moscovici, 2007; Ribeiro, 2008).

A palavra representar é um verbo cuja escrita, em português tem a mesma forma que sua expressão escrita em latim *representar*. Significa tornar presente; expor claramente; significar; ser a imagem ou a reprodução de; substituir. Bem como retratar, descrever, expor verbalmente ou por escrito, figurar como símbolo, interpretar (Bueno, 1985; Ferreira, 1995). Daí representação, também do latim “*re*”+“*prosentare*”=trazer de volta alguém ou alguma coisa, *exibi-la, manifestá-la*. É termo empregado em várias acepções (Avila, 1982). Para Currás e Dossil, (2001), o princípio da representação foi postulado inicialmente na representação escrita. Porém, posteriormente passou a “ser aplicado a toda expressão humana que afirma que cada movimento voluntário humano parte de seu modo pessoal de ver o mundo que o rodeia, orientando-se de acordo com o ideal pessoal de cada indivíduo” (p. 595). Na mesma publicação, registra-se a concepção de representação como “experiência conseqüente a uma estimulação sensorial armazenada na memória de longo prazo em forma de estrutura mental da informação, sendo uma estrutura do conhecimento que subjaz aos problemas cognitivos” (p. 666).

Neste estudo compartilha-se a concepção de representação social como interpretação e construção da realidade na perspectiva proposta por Vala (2004) quando afirma que “os indivíduos não se limitam a receber e processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social” (p. 457). Bem como a perspectiva registrada por Moscovici (2007, p.

32) onde afirma: “(...) no que se refere à realidade, essas representações são tudo o que nós temos, aquilo a que nossos sistemas perceptivos, como cognitivos, estão ajustados”.

O interesse no estudo das representações sociais de estudantes sobre universidade é relevante, uma vez que a partir deste diagnóstico pode ser possível ampliar a compreensão acerca de comportamentos de estudantes universitários no desenvolvimento de sua trajetória acadêmica. O que interessa atualmente a nossos estudos e investigações neste domínio das ciências humanas.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo de caráter transversal é aleatória. Esta composta por 335 sujeitos que participaram voluntariamente da investigação, sendo 208 (62,1%) do sexo feminino e 127 (37,9%) do sexo masculino com idades variando de 18 a 57 anos ($M=25,37$; $DP=6,70$). Destes 95,5% são estudantes da UFAM e 4,5% estudantes da UEA. Matriculados nos seguintes cursos: pedagogia 22,7%; Engenharia ambiental 21,5%; Biologia/Química 19,1%; Matemática/Física 14,6%; Agronomia 9,9%; Letras 5,1%; Tecnologia de desenvolvimento de sistemas 4,5%; Engenharia da produção 0,6%; Farmácia 0,6%; Sistemas de informação 0,6%; Química industrial 0,6% e mestrado em educação 0,3%. Quanto à etnia os sujeitos se auto-declararam como pertencentes à etnia parda 20%; branca 13,7%; negra 4,5%; brasileira 1,2%; cabloca 0,3% e não declaram etnia 60,3%.

Material

Para avaliar as representações de estudantes sobre a universidade recorremos a um instrumento próprio Questionário para Avaliação de Dimensões Contextuais e Cognitivas – Estudantes Universitários, Bloco 3 (Masca-renhas & Gutierrez, 2008), constituído por 7 itens repartidos numa escala Likert de 5 pontos.

Procedimentos

Observando procedimentos éticos da investigação em ciências humanas os estudantes foram informados dos objetivos da pesquisa e após assinatura do

TLE responderam ao questionário num único momento na presença dos investigadores que contaram com o apoio de colaboradores capacitados. O procedimento foi efetivado durante horário de aula cedido pelos professores o tempo de resposta variou de 10 a 20 minutos. Média 15 minutos. Os dados foram processados com o apoio do programa SPSS versão 15.0.

RESULTADOS

Os dados obtidos junto à amostra que integra este estudo apresentam um coeficiente de fiabilidade *alpha de cronbach* de 0,78. Indicador considerado suficiente para a investigação nas ciências humanas e sociais. Na sua totalidade as informações apuradas sugerem a ocorrência de representações positivas dos estudantes que integram a amostra sobre sua frequência à universidade. Da aplicação da ANOVA verificaram-se diferenças de gênero significativas favoráveis aos sujeitos do sexo feminino nos seguintes itens: (1) *Freqüentar a universidade/faculdade representa o início da realização dos meus sonhos e objetivos profissionais* ($F=3,29$; $p= 0,03$); (2) *Cursar a universidade federal representa a possibilidade de obter melhores condições de competição no mercado de trabalho* ($F=5,12$; $p=0,006$); (6) *A universidade possibilita a obtenção de uma visão crítica da realidade que transcende a mera aplicação da técnica* ($F=7,90$; $p=0,0001$) e (7) *Cursar uma universidade provê um sentimento de crescimento intelectual/social e maior liberdade* ($F=8,36$; $p=0,0001$).

Quadro 1

Média e desvio padrão dos itens relativos a representações sociais acerca da universidade: n= 335 estudantes, Amazonas 2009

| Itens | N | M | DP |
|--|-----|------|------|
| 1. Freqüentar a universidade/faculdade representa o início da realização dos meus sonhos | 335 | 4,52 | 0,73 |
| 2. Cursar a universidade federal representa a possibilidade de obter melhores condições de competição no mercado de trabalho | 335 | 4,24 | 1,04 |
| 3. Para minha família o fato de eu estar cursando uma universidade é motivo de tranquilidade diante do meu futuro profissional | 335 | 4,03 | 1,11 |
| 4. Penso que por cursar uma universidade poderei ocupar uma função de liderança junto ao mercado de trabalho no futuro | 335 | 3,97 | 1,04 |
| 5. O conhecimento obtido na universidade é relevante para a vida | 335 | 4,31 | 0,93 |
| 6. A universidade possibilita a obtenção de uma visão crítica da realidade que transcende a mera aplicação da técnica | 335 | 4,16 | 0,86 |
| 7. Cursar uma universidade provê um sentimento de crescimento intelectual/social e maior liberdade | 335 | 4,44 | 0,75 |

No que se refere às representações dos estudantes acerca do fato de frequentarem uma universidade de modo a exercer possíveis efeitos sobre suas condições profissionais para conquista de uma vida de realizações nas diversas dimensões que caracterizam o bem-estar psicossocial, verifica-se nos dados e informações registrados no Quadro 1, que em seu conjunto, os indicadores de média e desvio padrão são positivos, confirmando a importância do acesso à universidade bem como as condições para sua conclusão com sucesso para o projeto de vida dos participantes da amostra. Itens 1. *Frequentar a universidade/faculdade representa o início da realização dos meus sonhos* $M=4,52$; $DP=0,73$ e 7. *Cursar uma universidade provê um sentimento de crescimento intelectual/social e maior liberdade* $M=4,44$; $DP=0,75$ apresentam maiores pontuações confirmando a importância do acesso e sucesso ao e no cenário universitário para a trajetória de vida dos protagonistas.

DISCUSSÃO

A totalidade dos dados que analisamos neste texto confirmam a ocorrência de representações positivas dos estudantes universitários sobre a oportunidade de frequentar a universidade. Por outro lado confirmam a importância que o gênero feminino reserva às atividades de estudo coincidindo com a maioria das investigações que concluem sobre o avanço das mulheres nas carreiras universitárias nas última décadas. Os dados também constataam a relevância que a frequência à universidade apresenta para a conquista do bem-estar social por uma de suas vias que é a garantia de emprego melhor remunerado. Considerando que as proporções e características da amostra não favorecem generalizações, outros estudos podem ser empreendidos no sentido de ofertar a disponibilização de informações com sustentação empírica que possam apoiar a compreensão do fenômeno das representações em estudo neste segmento da população escolar.

REFERÊNCIAS

Ávila, F.B de (1982). *Pequena enciclopédia de moral e civismo* (3ª ed.). Rio de Janeiro: FENAME.

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Congresso Nacional.
- Bueno, F. da S. (1985). *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa* (11ª ed.). Rio de Janeiro: FENAME.
- Clément, E., Demonque, C. Love-Hansen, L., & Kahn, P. (1994). *Dicionário prático de filosofia*. Lisboa: Terramar.
- Currás, C.F., & Dosil, A.M. (2001). *Diccionario de psicología e educación*. Santiago de Compostela: Grafinova S.A.
- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de psicologia* (8ª ed.). Barcelona: Herder.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo factores cognitivos, afetivos e contextuais*, Porto, Porto Editora.
- Jesus, S.N. de, & Rezende, M. (2009). Saúde e bem-estar. In J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 11-29). Alcochete: Textiverso.
- Lima, V.G.P., Barroso, M.A.B., & Campos, N.Z.R. (2009). Efetividade das práticas de promoção da saúde, *Boletim Técnico do SENAC*, 35, 73-79.
- Machado, J.P. (2003). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (8ª ed., vol. V). Lisboa: Livros horizonte.
- Martí, I.C. (2003). *Diccionario enciclopédico de educación*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo factores cognitivos, afetivos e contextuais*. Porto: Porto Editora.
- Mascarenhas, S., Lira, R. de S. Gutierrez, D.M.D., Roazzi, A., Silva, A.Q. da, Burochovitch, E., Polydoro, S.A.J., Ribeiro, J.L.P., & Arza, N.A. (2009). *Projeto de Pesquisa: 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*. Processo 401468/2009-7/MCT/CNPq, Humaitá, UFAM.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais investigações em psicologia social* (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto Codex: Livpsic.
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.

- Siqueira, M.M.M. (2009). Bem-estar no trabalho In J.P. Cruz, S.N de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 249-264). Alcochete: Textiverso.
- Vala, J. (2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento do quotidiano In J. Vala & M.B. Monteiro (Coords.). *Psicologia social* (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, L.S. (2009). O trabalho dá saúde? In J.P. Cruz, S.N de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – contributos da psicologia da saúde* (pp. 267-284). Alcochete: Textiverso.

SAÚDE REPRODUTIVA: O NÃO USO E A FALHA NO USO DE MÉTODOS NA PERCEPÇÃO DE MULHERES AMAZONENSES

Denise Machado Duran Gutierrez / Kátia Lenz César de Oliveira

Universidade Federal do Amazonas

Este trabalho é parte de estudo multicêntrico realizado no contexto do Projeto “*Contracepção e planejamento reprodutivo na percepção de usuárias do Sistema Único de Saúde*” em 2004, na temática da Saúde da Mulher e financiado pelo Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento – UNFPA/BRASIL – Ministério da Saúde. Seguindo uma tendência histórica, porém acima da média nacional para a fecundidade no Amazonas as taxas de fecundidade se encontram em plena queda com diferenças importantes entre mulheres da capital e interior – 2,1 e 3,8 partos por mulher (IBGE, 2003). Embora o processo de urbanização e as mudanças sociais que ocorrem nas grandes cidades levem à queda significativa na fecundidade ainda há um número expressivo de gravidezes não desejadas/planejadas especialmente em mulheres do interior.

Nesse estudo pretendemos apresentar e discutir as razões apresentadas por mulheres de diferentes condições de urbanidade (urbano / rural) para o não uso ou a falha no uso de métodos anticoncepcionais.

MÉTODO

Participantes

Participaram como sujeitos da pesquisa 60 mulheres de diferentes níveis econômicos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) de três unidades de saúde: duas da capital (Manaus) com diferentes níveis de organização e complexidade dos serviços, e uma unidade mista do interior do Estado (Boa Vista do Ramos).

Material

Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento um extenso questionário, especialmente construído para esse fim, composto por questões em sua maioria fechadas, e, algumas, poucas abertas.

Procedimento

O procedimento de coleta de dados consistiu em aplicar-se o questionário individualmente para as mulheres em situação de sala de espera nas unidades de saúde, o que tomou cerca de uma hora e meia de aplicação. A análise estatística dos dados foi feita com utilização do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) com recursos da estatística descritiva (distribuição de respostas, frequências e porcentagens). Os dados de natureza qualitativa, derivados das questões abertas foram submetidos à análise hermenêutica-dialética (Minayo, 2006).

RESULTADOS

O não uso, ou a falha no uso de métodos contraceptivos, se apresenta fundamentado em várias racionalidades distintas: a falta de informação sobre o modo de uso dos métodos e a fisiologia da reprodução humana; barreiras afetivo-sociais para solicitar métodos nos centros distribuidores (medo e vergonha); impedimentos culturais ligados à ampla valorização indígena da reprodução e fertilidade humanas; e, finalmente, as concepções religiosas e fortes representações ligadas à valorização do *‘natural’* em saúde parecem embasar o não uso e a falha no uso dos métodos contraceptivos.

Dentre as mulheres entrevistadas 23 relataram que na época da gravidez indesejada não estavam utilizando nenhum método contraceptivo e cerca de 40 engravidaram durante o uso de método, o que indica as dimensões da ocorrência das gravidezes indesejadas.

Diante da pergunta *“já engravidou alguma vez sem querer?”* 41 das entrevistadas responderam que sim. Um pouco menos da metade destas afirmaram estar usando algum contraceptivo. Dentre as 26 que responderam não estarem usando método à época que engravidaram sem querer, 3 relataram que acharam que *“não engravidaria enquanto amamentava”*. Outra resposta que revela um freqüente engano das usuárias: *“aconteceu uma vez, usava pílula, mas suspendi o uso”*. Esta usuária acreditava que após a suspensão do uso da pílula o efeito seria prolongado, pois como assevera outra participante: *“pílula vai fazendo efeito aos poucos...”*. A influência do elemento *“tempo”* nas formas de uso do método gera confusão. Os dados sugerem que a mulher parte do

raciocínio ou impressão de que se a pílula demora a fazer seu efeito preventivo da mesma forma também demora em perder sua eficácia.

Entre as participantes que não estavam usando método no momento da entrevista grande parte (71%) estava impossibilitada organicamente para engravidar (16 estão grávidas, 2 em abstinência sexual, 1 nunca teve relações sexuais, 1 em menopausa), assim basicamente correm poucos riscos de sofrer a notícia inesperada de um filho (a mais, em alguns casos). Uma (1) participante está numa situação tranqüila em relação à surpresa de um filho, pois quer engravidar. Um último grupo, de 7 mulheres (25% dentre as que não usam métodos) sofre sérios riscos de engravidar involuntariamente. Diante do total de entrevistadas esta porcentagem equivale a 11%. É a partir das respostas destas últimas que desenvolveremos nossa discussão a seguir.

A Uma entrevistada diz que “*está de resguardo*”, no mínimo enganada de que esta condição de estar amamentado a protege de engravidar. Sabemos que a utilização de métodos depende não só de uma sólida base de informações, mas também e, sobretudo da convergência de aspectos representacionais que atuam confirmando ou não a validade do uso para aquela mulher. Nesse sentido temos o relato de Yon (2003) explicando como entre as mulheres indígenas peruanas o uso do método de ritmo (tabelinha) se tornou ineficaz devido ao fato das mulheres utilizarem uma outra racionalidade a partir da qual entendiam que haveria uma forte associação entre a menstruação e o período fértil, o que as levava a utilizar o método de modo inverso. Um equívoco semelhante, e aparentemente derivado das concepções prevalentes no senso comum entre as mulheres, aparece ainda em uma outra fala das entrevistadas a qual teve uma gravidez indesejada, afirma: “*Na época eu amamentava e não achava que engravidaria*”. O período da amamentação como um período livre de risco de gravidez é um elemento recorrente no discurso das participantes. Este momento parece ser vivido como um período em que a mulher está dedicada à amamentação do filho e a intensa vivência do papel de “*mãe*” com todo o sentido de mulher assexuada presente na imagem imaculada da mãe (Badinter, 1985);

B Duas dizem estar com problemas de saúde que seriam mais afetados com o uso dos métodos: Uma especifica que “*tem cisto no ovário*”. Ora, pergunta-se aqui: porque não usam um método com poucos efeitos colaterais como a camisinha? As respostas parecem vir de discussões em torno dos significados atribuídos aos métodos;

C Uma diz que “*não tem interesse*” e duas que “*tem medo*” (aliando-se àquelas que dizem “*ter vergonha de pedir o método*”) e uma não quis responder, apontando em 2 direções: (1) para diferenças culturais e valorativas acerca da contracepção, entre culturas ocidentais/urbanas e as das culturas indígenas, estas últimas também muito fortes por aqui, embora desvalorizadas no mercado simbólico, em especial dentro dos serviços de saúde. Silva (2004), em texto sobre povos indígenas da Amazônia e saúde reprodutiva, explicita que os povos indígenas daqui não reconhecem a necessidade de contracepção, não tendo nem sequer termos em seus idiomas de origem para referir-se a uma gravidez indesejada ou ao processo de prevenção da gravidez; ao contrário “*saúde reprodutiva significa muitos frutos, muita pesca, muita caça, muitos filhos*” (p. 240); (2) para razões de ordem menos objetiva – racional, relacionadas a uma pouca habilidade para assumir uma função de sujeito gerenciador autônomo de sua vida e ainda defensor de seus direitos. Isto faz sentido diante dos estudos de Carvalho (2001) apontando que no Brasil os sentidos e práticas em prol dos direitos humanos, seguem um percurso histórico tortuoso em relação ao modelo clássico; como aqui os direitos sociais chegaram antes do que os civis, temos como consequência o desenvolvimento de relações cotidianas paternalistas, em que uns assumem a função de herói e/ou filantropo e em contrapartida outros que se posicionam como passivos e subservientes. Contextos produtores de tais respostas e atitudes parecem se dar em relação à configuração das relações vividas, quer diante de parceiros e pessoas próximas, quer diante dos serviços de saúde.

O caso de uma participante do interior parece-nos emblemático quanto à não preocupação com o controle da natalidade pautado num discurso religioso. Ela tem 47 anos, mora na zona rural, trabalha na roça, é membro do Sindicato dos Trabalhadores Rurais e do Partido dos Trabalhadores, cor parda (provavelmente de ascendência indígena), estudou até segunda série do ensino fundamental. Diz não conhecer nem usar nenhum método para evitar filhos. Ao responder à pergunta se conversa com o marido sobre métodos, ela conta que “*ele disse que não adiantava a gente usar, porque eu não queria e nem ele. Porque Deus não deu mais, porque não era mesmo pra usar e nem ele*”. Quanto ao uso de camisinha diz que “*não gosta e tem medo*”, e ainda que o melhor método de evitar filhos “*é quando os dois, casal, não quer*”, parecendo se referir à abstinência sexual. Também na capital encontramos uma participante que sustenta um

discurso religioso e que parece ter estranhado durante uma boa parte de sua vida o controle rígido da natalidade. O uso de métodos é visto, por essas participantes, como subversão do que seria o ‘natural’ e ‘divino’, portanto irresistível, destino ao qual só se pode entregar.

Já para as entrevistadas que engravidaram usando método temos a seguir a lista de métodos que fracassaram em sua efetividade:

Quadro 1

Método que usava quando engravidou

| Método que usava quando engravidou | Amazonas | |
|------------------------------------|----------|------|
| | Nº | % |
| Pílula | 15 | 48,3 |
| Camisinha masculina | 10 | 32,2 |
| Injeções de Hormônio | 2 | 6,5 |
| Implantes e/ou adesivos hormonais | 1 | 3,2 |
| Tabelinha | 1 | 3,2 |
| Coito interrompido | 1 | 3,2 |
| Chá/ervas | 1 | 3,2 |
| Total | 31 | 100 |

As mulheres relatam que 48% das gravidezes indesejadas ocorreram durante o uso da pílula e 32% durante o uso da camisinha masculina. Isso parece apontar não para uma ineficácia propriamente do método, mas sim, possivelmente de suas formas de utilização. Exemplo de falas em que se pode verificar como isso se dá: “a camisinha furou” ou “estourou”, “a camisinha foi mal posta”, “ele me enganou cortando a camisinha”, “estava usando pílula e esqueci de tomar”, “quando parava de menstruar esquecia de colocar [o implante]”. Tais dados remetem a dificuldades de organização pessoal para que não ocorram esquecimentos no caso da pílula e dos implantes ou adesivos, o que de novo aponta para a pouca capacidade de auto-gerenciamento de suas vidas, provavelmente ligado à cultura pouco cidadã/participativa/ativa, mas também ao mau uso acidental ou intencional ou ainda a sabotagem por parte dos homens no caso da camisinha, o que delata as dificuldades de muitas mulheres advindas da opressão que seus parceiros lhes impingem em relação a contracepção e a outras atividades da família (Schariber, 2005). Yon (2003) explica como as relações de poder entre gêneros podem resultar na falência da eficácia de uso do método quando há, por exemplo, no caso de uso de tabelinha, a imposição do desejo masculino sobre a mulher exigindo relações sexuais em períodos de fertilidade.

Quanto às gravidezes não previstas os dados demonstram a situação de indesejabilidade de várias gravidezes em diversas situações dentro da história reprodutiva das mulheres. Quer a mulher já tenha tido filhos e não esteja querendo ampliar a prole; quer planeje ter filhos no futuro, mas não os queira no momento, uma parte bastante significativa das gravidezes é marcada por um caráter intrusivo e inesperado. Uma das entrevistadas chega a dizer que não queria a gravidez porque ficou com “*trauma*” ao ter sua primeira filha demonstrando as conseqüências adversas em termos de saúde psíquica que podem derivar de uma situação de gravidez indesejada.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam para o fato de que a falta de eficácia no uso de métodos contraceptivos se deve a uma ampla gama de elementos simbólicos, culturais, estruturais, organizativos que pesam nas vidas das mulheres usuárias dos serviços. Essa complexidade e abrangência de elementos apelam para a necessidade de se formularem intervenções em saúde reprodutiva da mulher sensíveis às especificidades sócio-afetivas e culturais de populações específicas e de se incrementarem ações de educação em saúde que consigam dialogar respeitosamente com várias racionalidades que embasam o não uso do método.

Cabe também pensarmos na necessidade de incorporar mais veementemente junto às ações técnicas dos serviços de contracepção uma clara e ampla intervenção política em prol de um modo de vida em que as usuárias possam mais se colocar como ativas autoras de suas histórias, sem perder a dependência relativa e saudável em relação a outros, ganhando assim poder diante de si mesmas, de seus parceiros e dos serviços de saúde

REFERÊNCIAS

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Carvalho, J.M. (2001). *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- IBGE. (2003). *Censo Demográfico, 2003*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 08 de abril de 2009.
- Minayo, M.C.S. (2006) *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (9ª ed.). São Paulo: HUCITEC.
- Schraiber, L.B. (2005). Equidade de Gênero e Saúde: O cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família no Recife. In Villela & Monteiro (Eds.), *Gênero e Saúde. Programa de Saúde da Família em Questão*. RJ: Ed. ABRASCO/UNFPA.
- Silva, J.R. (2004). Los derechos de los pueblos indígenas y su identidad en la perspectiva de la cultura de la salud reproductiva. In Valdeavellano & Riquelme (compiladores), *Foro internacional: Salud reproductiva en la Amazonía: Perspectivas desde la cultura, el género e la comunicación*. Lima: Minga Perú.
- Yon, C.L. (2003). Sistemas explicativos sobre el cuerpo y la salud e intervenciones en salud reproductiva. In Cáceres, Cueto, Ramos, & Vallenar (Coords.). *La Salud como Derecho Ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Ed. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

MULHER E VULNERABILIDADE A
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Edna Maria Peters Kahhale

PUCSP, Instituto Silvia Lane, SP/Brasil

Edital 045/2005 do CNPq, processo 403023/2005-0

Este relato expressa o processo de um trabalho coletivo de busca pela assistência integrada à pesquisa de qualidade. Toma como referencial teórico os parâmetros da Psicologia Sócio-Histórica articulada com as diretrizes e propostas do Plano Nacional para DST/HIV/AIDS (Brasil, 1999; 2007). Parte-se do entendimento de que o processo de adesão ao tratamento quando investigado integralmente, revela as formas que a pessoa estabelece na relação com a sociedade, com os outros e consigo próprio. Sendo o processo de adesão um desvelador do modo da pessoa que vive com HIV/AIDS estabelecer suas relações de gênero e de orientação sexual.

Objetivamos discutir como as mulheres expõem-se a situações de vulnerabilidade, em especial as infectadas pelo HIV de duas cidades do Brasil: São Paulo e Recife.

É importante atentar para o delineamento da epidemia de aids que se modifica ao longo dos anos. Percebe-se um aumento constante de mulheres infectadas pelo vírus HIV: em 1985 havia uma proporção de 27 homens para 1 mulher infectada, já em 2004, constatou-se uma proporção de 2 homens para 1 mulher (Brasil, 2004).

O plano Brasileiro (Brasil, 2007) discute sete principais focos de vulnerabilidade do gênero feminino: DST, violência sexual e doméstica, raça e etnia, juventude, pobreza, drogas e estigma e violação dos direitos humanos. Todos eles apontam para a desigualdade de gênero, econômica, social levando as mulheres a terem limitações de informações, diagnóstico e tratamento, dificuldades no acesso aos equipamentos de saúde e insumos de prevenção.

No processo de constituição de mulher e de homem ocorre um investimento continuado e produtivo dos sujeitos – ainda que nem sempre de forma evidente e consciente –, visando à determinação de suas formas de ver e ou vivenciar a sua sexualidade e seu gênero. Assim, apesar de todas as oscilações, contradições e fragilidades que marcam o investimento cultural de uma sociedade, ela busca, intencionalmente, ‘fixar’ uma identidade masculina ou feminina ‘normal’ e duradoura. Esse intento acaba articulando as identidades ditas ‘normais’ a um único modelo de

identidade sexual: a heterossexual que é concebida como natural, universal e normal. Nesse sentido, supõe-se que todos os sujeitos tenham uma inclinação *inata* para eleger como objeto de seu desejo, como parceiro de seus afetos e de seus jogos sexuais alguém do sexo oposto. Conseqüentemente, outras formas de sexualidade são constituídas como antinaturais, peculiares e anormais. (Paiva, 2000; Louro, 2001)

Esper (2008) salienta que a categoria de gênero está atada a uma construção sociocultural do feminino e do masculino, a cultura de gênero, que envolve as expectativas construídas socialmente sobre o que é ser homem e mulher para determinada cultura, ou seja, as características comuns, relações de poder, crenças, valores instituídos e socialmente expressos através de códigos de comportamentos veiculados, que expressam expectativas de condutas esperadas. Para Foucault (1986) a construção social do feminino preconiza uma passividade que vai compondo e sendo expressa pelo que é chamado de natureza feminina, praticamente equiparada a um instinto, endereçada aos cuidados dos filhos e da casa. O imaginário social preconiza a mulher como reprodutora atada ao universo familiar, cabendo-lhe a execução e supervisão de tarefas denominadas de trabalho doméstico; cabendo aos homens o domínio do espaço público no papel de provedor e chefe da família. “Essas crenças e valores a respeito dos gêneros vão se expressar nas relações de trabalho, no funcionamento das instituições sociais, na regulação da vida cotidiana, nas relações de poder, tanto individuais quanto coletivas entre homens e mulheres” (Esper, 2008, p. 39).

Segundo Borges e Schor (2007) os homens têm motivações diferenciadas das mulheres para o engajamento na vida sexual, e, aparentemente, essas motivações são fruto da construção de suas identidades masculinas baseada nas relações de gênero e nos sentidos pessoais construídos ao longo de sua vida. Isto posto podemos supor que a maneira de lidar com o HIV e a AIDS também se expressa diferente nas mulheres.

O poder diferenciado entre mulheres e homens também amplia a vulnerabilidade das mulheres, pois relega a sexualidade feminina ao silêncio, sobretudo, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual; e , também, sofrem discriminações, abandono e violência física e sexual, muitas vezes perdem seus maridos ou companheiros devido à aids. A viuvez pode significar a perda do lar, da herança, de posses, dos meios de subsistência e mesmo de seus filhos (Diniz, 2007; Schor, 1995; UNAIDS, 2006).

Na perspectiva dos papéis relacionados ao exercício da masculinidade no Brasil, noções como a de que os homens devem iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parceiras sexuais, “*controlar*” suas parceiras e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas, se constituem o centro da vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HIV/aids e outras DST. A reprodução de papéis tradicionais nas relações de gênero e das relações de poder entre os gêneros interfere na capacidade de negociação de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros (Diniz, 2007)

Gostaríamos de marcar e esclarecer que nossa prática refere-se à assistência e pesquisa integradas e não uma intervenção psicológica ou uma pesquisa com intervenção ou ainda pesquisa-ação participante (Thiollant, 1985). Partimos da concepção que a prática e a teoria são dimensões de um único processo na produção de conhecimento e da humanização (Bock & Gonçalves, 2009). Não queríamos somente pesquisar ou fazer uma intervenção que nos permitisse apreender o processo de quem vive com HIV/Aids mas que não pudesse ser incorporado no cotidiano do trabalho do psicólogo e das equipes de saúde. Defendemos que a assistência deve ser de tal ordem qualificada e avaliada que permita integrar a pesquisa como parte do processo e dos serviços.

O trabalho de assistência/pesquisa durou 18 meses (03/2006 a 08/2007). Acompanhamos o/as usuário/as segundo o protocolo do Brasileiro (Brasil, 1999): atendimento médico e psicológico a cada três meses, o que implicou em quatro atendimentos ao longo de um ano com profissionais variados. Os participantes somam um total de 160, sendo 69% de São Paulo e 31% de Recife; (61% homens e 39% mulheres, tanto em SP e Re), seguindo o padrão Brasileiro da epidemia do HIV/Aids.

De acordo com Kahhale (2001, 2003) a sexualidade é um processo simbólico e histórico, que expressa a constituição da identidade do sujeito, e também, como ele vive as questões da intimidade (público e privado), da significação das normas, da moral e da ética do grupo no qual se insere. Portanto, a expressão sexual é multideterminada, dinâmica e histórica tanto individual como coletivamente.

Dessa forma, viver com o vírus HIV/AIDS recoloca a questão da sexualidade numa dimensão contraditória entre intimidade e publicização, ou seja, o desenvolvimento e prática da sexualidade exigem uma relação de intimidade; por outro lado, o próprio diagnóstico do HIV muitas vezes torna pública a prática sexual da pessoa. O direito de preservar a própria intimidade, como direito de cada um, acaba sendo comprometido, em

função da própria gênese da infecção, que a expõe. Ao mesmo tempo, deixa implícita toda construção das relações de gênero e de orientação sexual vivida pelo seropositivo. O diagnóstico positivo para HIV explicita, pondo a nu as facilidades e dificuldades da prática de sexo seguro, da negociação de práticas consensuais prazerosas, da inserção da opção sexual nas redes de relações afetivas e sociais presentes na nossa sociedade.

Por outro lado, as estratégias preconizadas no serviço público de saúde normalmente pressupõem um mundo idealizado, onde todos são iguais e livres para tomar decisões sobre a própria vida, ignorando a pauperização e feminização da infecção pelo HIV, que a literatura vem assinalando. Percebemos que as informações e os conhecimentos programados a partir dessa visão idealizada, não são suficientes para evitar a proliferação da epidemia e para garantir um processo de adesão ao tratamento de forma a garantir a eficácia do mesmo. É necessário atentar para o fato que as relações de gênero e práticas sexuais colocam-se como questões importantes em relação tanto à vulnerabilidade quanto à adesão ao tratamento.

Nesse sentido, a assistência/pesquisa alcançou alguns resultados que são reveladores de como as relações de gênero compõem a vulnerabilidade para infecção pelo HIV e o quanto pode atravessar o processo de adesão ao tratamento.

Em relação ao processo de feminização da aids a análise da amostra aponta para um maior percentual de pessoas infectadas, com relações estáveis há mais de 10 anos (40% São Paulo e 43% Recife) reforçando a idéia que a epidemia avança no sentido de mulheres heterossexuais com relações estáveis, tendo sido infectadas por seus parceiros. Essas mulheres provavelmente se sentiam protegidas por trás da união duradoura e estável, não exigindo de seus parceiros o uso de preservativos nas relações sexuais. O fato de 82% relatar não ter sido infectada por transfusão de sangue, e somente 6% se declarar usuário de drogas, dá a dimensão do potencial da infecção se dar por via sexual. O alto percentual encontrado (cerca de 50%) da não utilização de preservativos, reforça essa idéia de falsa proteção, em casais que estão há algum tempo juntos e aponta para a vulnerabilidade de reinfecções e para a não adesão total ao tratamento.

No entanto, em relação a esta prática um dado chama a atenção, pois 67% das mulheres paulistas acompanhadas exigem que os companheiros usem preservativos contra apenas 47% das pernambucanas. Isto pode estar expressando que a dificuldade de acesso à educação, as vivências em uma

sociedade que valoriza os papéis tradicionais femininos, a expectativa de submissão ao parceiro, presentes maciçamente na cultura nordestina Brasileira, agravam e dificultam a comunicação e o poder de negociação de sexo seguro.

Outro dado preocupante relacionado às expectativas de papéis de gênero é que as práticas sexuais de risco, ou seja, múltiplos parceiro/as e o não uso de preservativo, são relatadas por 48% dos homens paulistas. É um número que expressa uma das dimensões do gênero masculino como aquele que atesta sua masculinidade pela variedade na parceria sexual, legitimada pela aceitação social da infidelidade masculina.

Quanto às diferenças de gênero em relação ao grau de escolaridade, trabalho e condições de vida os homens da pesquisa apresentaram um grau de escolaridade maior que as mulheres indicando, que as oportunidades sociais são oferecidas diferentemente aos gêneros e de forma discriminatória para as mulheres, que inclusive apresentaram índices de analfabetismo (4%). Temos que considerar que o fator de escolaridade é importante para a compreensão das formas de infecção e prevenção, bem como da importância da adesão ao tratamento.

O fato de ter acesso ao meio letrado influencia positivamente na possibilidade de dominar e compreender a administração do esquema medicamentoso dos ARV. A compreensão dos esquemas medicamentosos, por si só, não é garantia da utilização de suas prescrições, mas é um fator facilitador, principalmente se considerarmos que uma parcela das pessoas infectadas se esquivam de conversas sobre o adoecimento com outras pessoas com receio de ser estigmatizada socialmente, privando-se de informações adicionais que poderiam ser facilitadoras. Portanto, o isolamento social que a falta de instrução traz, pode-se constituir em fator de aumento da vulnerabilidade, pois priva a pessoa de acesso amplo a informações adicionais.

Comparando-se o grau de escolaridade entre as duas amostras femininas (S. Paulo e Recife) as paulistas que cursaram até o 2º grau (44%) são com quase o dobro das de Recife (29%), o que pode indicar uma dupla discriminação vivida pela mulher nordestina Brasileira: pelo gênero e pela falta de oportunidade relacionada à sua região de moradia, já que a região nordeste exibe uma desigualdade em relação tanto ao poder aquisitivo quanto ao acesso à escola, menor que a região sudeste do Brasil.

Além do aumento de mulheres diagnosticadas, “(...) o diagnóstico e o acesso ao tratamento ocorrem em estágios mais avançados da doença, quando se compara a população masculina e feminina que chega aos

serviços”(Santos et al. 2002, p. 13). Esse dado se reproduziu na amostra feminina de São Paulo que tem metade das mulheres com tempo entre diagnóstico e tratamento entre 3 e 10 anos.

Outro dado que chama a atenção e pode ter relação com diagnósticos tardios é que as mulheres pesquisadas (São Paulo: 80% e Recife: 68%) adoecem mais do que os homens. Esse aspecto também pode estar espelhando fatores de não adesão ao tratamento e reinfeção pelo não uso de preservativos. Vale salientar também a hipótese de que essas mulheres aderiram às expectativas sociais para o papel feminino de cuidadora, primando pelo cuidado da família em detrimento de sua própria saúde. São dados que constam da história de como adoeceram e relacionados a diagnósticos mais tardios que as colocam em situação de vulnerabilidade. As pessoas que vivem com HIV e aids sabidamente correm o risco de reinfeção, caso não façam uso de preservativo em todas as relações sexuais, este risco afeta todos os tipos de pessoas e casais tanto os soro concordantes como os discordantes, no entanto, aqueles têm sua vulnerabilidade aumentada. Metade (52%) dos usuários não utiliza proteção nas relações sexuais tendo ou não companheiro fixo. Agora, se considerarmos o total dos participantes que não têm um companheiro fixo e analisarmos o uso do preservativo, este quadro fica agravado; 66% não faz uso de preservativo nas relações sexuais.

Quando analisamos as razões apresentadas sobre o uso do preservativo encontramos núcleos de significação que expressam quão difícil e contraditória é a vivência da sexualidade permeada pelo HIV e por um objeto que dificulta a intimidade sexual de pessoas com tantas dificuldades na conjugalidade, expressas principalmente, na falta de diálogo e de conversas abertas sobre o corpo, sexo, desejos, preferências e interdições. Conversas livres de estereótipos de gênero e de orientação sexual para possibilitar a inclusão de um terceiro – o preservativo – na intimidade sexual.

Segundo Tamayo et al. (2001), o uso do preservativo é um comportamento bastante complexo que implica em dimensões pessoais, interpessoais e situacionais. É visto como quebra da harmonia e do ritmo do encontro sexual e afeta negativamente a disposição sexual.

A proposta de uso do preservativo muitas vezes é interpretada como falta de confiança no parceiro. Poucas vezes é interpretada como preservação da saúde pessoal e do parceiro. Trabalhar sobre o uso do preservativo como auto cuidado e prevenção secundária deve incluir as vivências, valores e sentimentos, as relações de gênero expressas na comunidade e

em cada usuário de maneira que a inclusão de um terceiro (o preservativo) nas práticas sexuais possa ser incorporado de maneira agradável, criativa e integrativa para cada parceiro sexual.

Agradecimentos

Dra. Edna Kahhale (PUCSP), auxiliada na coordenação em S.P. por Dr. Gilberto Turcato (UNIFESP) e em Recife pelas Dra. Albenise Lima (UNICAP) e Dra. Magda Oliveira (Hospital Correia Picanço). A equipe responsável em S.P.: Cynthia Christovam, Elisa Esper, Leonardo Pereti, Mara Salla, Patrícia Santos, Solange Souza, Tatiana Anéas da PUCSP e Thiago Souza (I.T. MAUÁ). Esta equipe contou com a colaboração de Maria A. Mello (PUCSP); e dos Drs. Gisele Gosuen, Marli Campos, Paulo Ferreira, Rosimeire Gabriel e Simone Tenore da UNIFESP. A equipe responsável em Recife: Dra. M. Cristina Amazonas, André Silva e M. Irene Lima Neta da UNICAP. Esta equipe contou com a colaboração de Arabela Moraes, Cristiana Santiago, Dr. Demetrius Montenegro e Erimar Moura do Hospital Correia Picanço.

REFERÊNCIAS

- Bock, A.M., & Gonçalves, M. (Orgs.). (2009). *A dimensão subjetiva da realidade*. São Paulo: Cortez.
- Borges, A.L., & Schor, N. (2007). Homens adolescentes e vida sexual: Heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 225-234.
- Brasil. (1999). *Política Nacional de DST/aids: Princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde – *Boletim Epidemiológico*, XXIII(1), Out.
- Brasil. (2007). *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, Março.
- Diniz, C.S.G. (2007). Gênero e prevenção das DST/aids. In BRASIL – *Plano Integrado de enfrentamento da feminilização na epidemia de AIDS e outras DST* (Março/, p. 15).
- Esper, E.M.B. (2008). *Relações de gênero e o trabalho profissional realizado por homens e mulheres no espaço doméstico: Reflexos na instrumentalidade e expressividade, na saúde e na qualidade de vida*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Foucault, T.M. (1986). *La voluntad de saber*. Mexico: Siglo Vinteuno.
- Ibge. (2007). Pesquisa Nacional de Amostra por domicílio – PNAD.
- Kahhale, E.M.P. (2001). Subsídios para Reflexão sobre Sexualidade na Adolescência. In A. Bock, M. Gonçalves, & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia Sócio-Histórica: Uma Perspectiva Crítica em Psicologia* (pp. 119-192). São Paulo: Cortez.
- Kahhale, E.M.S.P. (2003). Gravidez na Adolescência: Orientação Materna no Pré-Natal. In Ozella (Org.). *Adolescências Construídas: A Visão da Psicologia Sócio-Histórica* (cap. 2). São Paulo: Editora Cortez.
- Louro, GL.(2001). *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade* (2ª ed., pp. 7-34). Belo Horizonte: Autêntica.
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com camisinha*. São Paulo: Ed. Summus.
- Santos, N., Buchalla, C.M., Fillipe, E.V., Gugamelli, L., Garcia, S., & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36(4 supl), 12-23.
- Schor N. (1995). *Adolescência e anticoncepção – Conhecimento e uso* [Tese de Livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades Axiológicas e Uso de Preservativo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14(1).
- Thiollent, M. (1985). *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez Ed.
- UNAIDS. (2006). *Keeping the Promise: An Agenda for Actions on Women and AIDS*. The Global Coalition on Women and AIDS, UNAIDS.

RELAÇÕES FAMILIARES (CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE) DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Edna Maria Peters Kahhale

PUCSP e Instituto Silvia Lane, SP, Brasil

Falar de relações familiares implica em explicitar o que se entende por família. Os estudiosos da área vêm debatendo as transformações de configuração desta instituição social ao longo do desenvolvimento do capitalismo. Foge aos objetivos deste texto este debate, no entanto, assumiremos que a família é a instituição social responsável pela divisão e reprodução sexual e do trabalho, o que significa constituir-se um grupo heterogêneo, em termos de gerações e gêneros, instituição especializada “na e para a reprodução quotidiana e geracional de seres humanos” (Bilac, 1995). A família é um espaço de pessoas, empenhadas umas com as outras, com relações familiares também construídas em relação com outras esferas, como Estado, mercado, associações, movimentos... É o melhor lugar inventado para “fazer gente” (Mioto, 2001). Com a permanência de fortes laços intra-grupo familiar, podem desenvolver-se, internamente à família elevadas transferências materiais e imateriais (Campos, 2004).

Os laços de solidariedade intra-grupo familiar expressam-se nas relações de conjugalidade e de parentalidade. As relações de conjugalidade referem-se às relações afetivo-sexuais entre dois adultos, que podem ser ou não relações igualitárias, promover ou não a autonomia e desenvolvimento de cada um dos membros do par. As relações de parentalidade expressam relações de duas ou mais gerações diferentes, são relações desiguais, onde a geração adulta provê o acolhimento e suporte afetivo e econômico das gerações jovens; e a transmissão dos valores e significados sociais do grupo social onde se inserem, enfim, responsável pela socialização das novas gerações. Como as pessoas vivendo com HIV e aids experienciam estas duas dimensões é o foco deste texto.

RELAÇÕES DE CONJUGALIDADE

Como se configura o atravessamento do HIV na vida amorosa, nas relações de parceria sexual e afetiva? Este atravessamento se expressa na qualidade da relação do casal e até na escolha de viver só (sem relações de

conjugalidade). A análise apresentada aqui parte de uma assistência aliada à pesquisa que acompanhou, com entrevistas individuais semi-dirigidas, 160 pessoas (61% homens e 31% mulheres) vivendo com HIV e aids em São Paulo (69%) e Recife (31%) – Brasil, durante 18 meses, atendidas em ambulatorios especializados. Em relação à conjugalidade: 44% era solteira e 57% casada (ou já tinha sido). Mas olhando pelo sexo verificamos que os homens são a maioria solteira (55% SP e 53% Re); enquanto as mulheres são a maioria casada, viúva ou separada (74% SP e 57% Re). O discurso obtido durante a assistência/pesquisa foi analisado em núcleos de significados e sentidos (Esper e Kahhale, 2006; Aguiar e Ozella, 2006; Aguiar et al, 2009).

ESTAR SÓ, SEM COMPANHEIRO/A

Como se configuram as relações amorosas das pessoas que moram sem uma parceria fixa (de 40 a 54% dos homens e de 50 a 61% das mulheres)? Ou seja, porque estas pessoas estão sós ou optaram por viverem sozinhas. Esta opção reflete tanto dimensões pessoais como sociais, indicando as contradições vividas e presentes no cotidiano. As dimensões pessoais envolvem núcleos de significação tais como “fugir de vínculos”, “gosto de ficar só”, “gosto de variedade”, “sosseguei” que caminham numa direção de *estou em paz comigo*.

Aprofundemos os significados e sentidos pessoais de “fugir de vínculos” e “gosto de ficar só”, que expressam duas vivências contraditórias e muito próprias de parte deste grupo, independentemente do sexo e da orientação sexual: para alguns expressa uma opção ou condição de conduzir-se na vida, indicado dificuldade de desenvolver relações estáveis por não querer partilhar espaços e objetos pessoais; não apresenta relação direta com a infecção pelo HIV. Para outros é uma expressão de luto ou punição pela infecção de HIV.

Também como dimensão pessoal os núcleos de significação “gosto de variedade” e “sosseguei” indicam um jeito próprio de construir relações amorosas e sexuais. Parece que a dificuldade de desenvolver vínculos expressa-se na busca pela variedade e diversidade nas relações, pela busca do novo, pela superficialidade do encontro: *“Eu não sei ficar com uma só pessoa, eu não sou bonita, mas sou muito cobiçada.”*. Por outro lado, temos as pessoas que optam por “ficar só, “gostam de ficar só” como

decorrência de um processo de luto pelo HIV (diagnóstico e perda do/a companheiro/a), onde o viver com HIV levou a uma nova configuração da relação de conjugalidade: “Depois que fiquei viúva quero dar um tempo. No momento não quero saber de ninguém “(M).

As dimensões sociais expressam um sofrimento pela solidão, que pode se apreendido nos núcleos de significação “sinto falta de alguém”, “é difícil”, “tenho medo de infectar o outro”, “HIV gerando medo ou dificuldade de enfrentar o outro”. Estes núcleos expressam quanto o viver com HIV e aids gera sofrimento e restrições na construção de relações de conjugalidade. São pessoas que a opção por estar só é atravessada pelo HIV, não diríamos que realmente é uma opção, pois se configura como uma circunstância frente à qual se sentem impotentes, sem condições de responder às exigências sociais de como adulto, constituírem família ou uma relação afetiva sexual estável. A expectativa de uma parceria amorosa tem como critério as questões de gênero, numa visão do feminino, da mulher como cuidadora da família, da casa, do companheiro. Esta visão está presente tanto nos homens hetero e homossexuais, ou seja, a visão oitocentista da mulher permanece no imaginário dessas pessoas quando sonham em ter uma parceria amorosa, construindo uma relação de conjugalidade. Vejamos estas falas: “Gostaria de encontrar um “macho” para quem pudesse lavar, cozinhar e dar só umas chupadas, não faço questão de transar.”(HSH). “Sinto falta de uma mulher que cuide de mim, que faça a comida e arrume a casa. (...)” (HSM).

Temos também a compreensão de alguns usuários de que “relações afetivas homossexuais são menos duradouras”, pois não veem possibilidade do casal constituir família, enquanto parentalidade. É como se a orientação sexual ditasse as possibilidades da composição familiar, opondo sexo com amor e reprodução; reafirmando assim os estereótipos sociais sobre a homossexualidade como só busca de prazer, descompromisso das relações vinculares conjugais e parentais, negando as conquistas sociais da adoção por familiares monoparentais e homoeróticas. A fala a seguir exemplifica a questão: “Estou tentando outros relacionamentos, mas não tem dado certo. (...) Acho mais fácil encontrar um parceiro para uma relação duradoura entre os casais heterossexuais, pois estes perduram em função da possibilidade de terem filhos e constituírem família. Sendo que na relação homo, quando acaba a paixão, não se tem mais motivos para continuar” (HSH).

QUALIDADE DA RELAÇÃO DO CASAL

Aqueles usuários que mantêm uma relação afetiva sexual fixa, estas são estáveis, pois para a maior parte (40% na população geral; 37% em São Paulo e 50% em Recife) a relação dura há mais de 10 anos. Agora, se olharmos para a questão do gênero, as mulheres apresentam-se em número maior em relações mais duradouras (59% em São Paulo e 50% em Recife). Analisemos a qualidade dessas relações conjugais: alguns casais já enfrentavam problemas de comunicação, de interesses divergentes e falta de objetivos comuns anteriores ao diagnóstico de HIV, ou seja, a qualidade já estava comprometida. Outros casais a partir do diagnóstico de HIV ou do adoecimento e/ou morte do companheiro, defrontaram-se com as questões da traição e da infecção. A forma como estes casais estavam no momento da assistência revela a dinâmica e as possibilidades contraditórias disponíveis ao ser humano.

Para alguns homens heterossexuais a qualidade do relacionamento era boa ou melhorou com o diagnóstico do HIV: “A relação está boa, conversamos bastante sobre HIV, um gosta do outro, dá carinho, a parte sexual está boa. Conversamos sobre a vida, trabalho, é boa e prazerosa” (HSM).

A maioria dos casais é soro discordante (66% no geral, 70% em São Paulo e 53% em Recife). Vejamos nesta fala como a qualidade do relacionamento melhorou com o diagnóstico do HIV: “Gostamos muito um do outro, o sexo entre nós é super bom e ela aceitou a doença. Depois que estou com ela nunca mais sai com mulher nenhuma” (HSM). Esta fala evidencia que na concepção deste homem, sua mulher o rejeitaria devido à infecção pelo HIV e à infidelidade, como ela permaneceu com ele, inclusive aceitando o diagnóstico, apoiando e cuidando dele, a visão dele do relacionamento conjugal se altera, inclusive na direção de fidelidade.

A proporção de casais soropositivos é baixa no geral, variando de 28% a 32%. Em Recife há incidência maior entre os homens (58%) de casais soropositivos concordantes. Isto porque em Recife há mais homens com relações estáveis do que as mulheres.

Algumas mulheres qualificam como boa a relação conjugal porque o parceiro desempenha o papel masculino de provedor e cuidador da família, vejamos uma fala: “Ele é atencioso, fala que nem criança comigo e sempre me liga. Ele tem um carinho por mim e eu tenho um carinho por ele”.

No entanto, a maioria dos casais apesar de estarem juntos há um bom tempo apresentam dificuldades na construção desta relação a dois, ou se anulam como sujeitos, ou usam o Outro para se constituir e suportar as

dificuldades de viver com HIV e aids. As relações são atravessadas pela traição, pela violência física e verbal, pelas implicações somáticas da infecção pelo HIV. Há dificuldade de se constituir como sujeito com potência para construir alternativas de enfrentamento, cumprem na relação conjugal papéis tradicionais de masculino e feminino, sem questionamento e com muito sofrimento psíquico. Vejamos as falas naquelas relações que se mantiveram com o diagnóstico de HIV, que denotam traição e violência, com reprodução sistemática de violência doméstica e de gênero: “Eu administro a vida do meu marido, cozinheiro, limpo, ..., e ele demonstra o carinho através da brutalidade.”

Um núcleo que merece análise refere-se ao papel da mulher como cuidadora, mantenedor das relações de conjugalidade apesar da má qualidade da relação, do pouco investimento masculino e da baixa gratificação do relacionamento. Parece que a força da construção social de cuidadora atribuída à mulher fala mais forte do que a carência emocional e de apoio que ela sofre. Talvez esta seja mais uma dimensão das diferenças de gênero, onde a mulher ainda se vê como a bondosa, mãe, cuidadora, as questões de gênero feminino ainda persistem como sendo próprio da mulher padecer no paraíso. “Está boa [relação]. (...)fico muito preocupada com meu marido, pois ele quase morreu. Quando fico nervosa, eu o culpo por estar assim. Tenho mágoa dele, porque se ele me passou, ele me traiu. Mas não vou olhar para o que foi, porque tenho que viver. Nunca vou deixá-lo” (M).

Outras relações se mantêm pelo ocultamento de si e do Outro sobre a soropositividade, assim a relação se configura pela falta de comunicação aberta e franca entre o casal, demonstrando a dificuldade de algumas mulheres falarem sobre a infecção: “[a relação está] Boa, em termos porque ele não sabe e tenho que esconder. Incomoda-me a situação de não saber como chegar e contar para ele. Pensei em contar indo os dois fazer exame”.

Ou a relação é construída para sustentar a fragilidade do soropositivo, utilizando o Outro como âncora ou força para viver, núcleo que notamos em mulheres e HSH. Outros casais, a partir do diagnóstico de HIV e ou do conhecimento de traição, interrompem a convivência. Esta interrupção por traição é mais claramente relatada por HSH e não por mulheres, que apesar da traição permanecem com seus companheiros e se separam por razões distintas, tais como uso de drogas lícitas e ilícitas.

Os núcleos de significados analisados até este momento estão inseridos no seguinte contexto. A maioria dos cônjuges sabe da soropositividade (84%),

no entanto temos em São Paulo quase $\frac{1}{4}$ das mulheres (23%) que não contaram sobre sua infecção pelo HIV aos seus companheiros fixos. E quais as razões para contar ou não sobre o HIV, além das já exemplificadas? Para a metade dos usuários a razão do relato é o companheirismo entre o casal (46% dos homens e 60% das mulheres), seguida pela descoberta do companheiro. A principal razão para não contar sobre o HIV a/o companheira/o é a falta de coragem, seguida do receio de abandono. É interessante notar que todas as mulheres de Recife que não falaram sobre a soropositividade ao companheiro não o fizeram por conta da discriminação associada ao HIV, fato que não é relatado nem pelos homens das duas cidades e nem pelas mulheres de São Paulo. São as mulheres de Recife que têm dificuldade de manter relações estáveis, sentem-se discriminadas e tem menor possibilidade de reflexão devido a baixa escolaridade e dificuldade de acesso aos bens da cultura. Neste caso, o saber popular machista acaba prevalecendo. Porque mesmo que os homens tenham infectado suas companheiras, elas a princípio, – se os companheiros não foram ainda diagnosticados, – ficam na dúvida se estes não vão alegar que a infecção foi por traição delas, isentando-os de sua responsabilidade na relação do casal. As relações sexuais extraconjugais (homo ou heterossexuais) são mais comuns entre os homens do que entre as mulheres.

Parentalidade

Analisaremos como as pessoas vivendo com HIV e aids e acompanhadas por nós pensam e constroem o sentido e significados de ser pai e ser mãe. 61% do total da amostra possuía filhos. Aqui temos uma distinção de gênero: 83% (SP) e 89% (Recife) das mulheres possuíam filhos, que variava de um até sete. 44% (SP) e 50% (Recife) dos homens possuíam filhos, que variava de um a três. No entanto, a maioria tinha um filho (70% das mulheres e 34% dos homens em Recife; 40% das mulheres e 43% dos homens em São Paulo).

A maioria das crianças não é soropositiva somente 8% o são; e 9% dos usuários perderam filhos com aids. Em São Paulo, os homens têm uma perda maior de filhos decorrentes da AIDS (até quatro filhos), enquanto que em Recife não há diferenciação de gênero, pois homens e mulheres têm perdas de até dois filhos. As mulheres de São Paulo tiveram mais filhos mortos pela aids do que as de Recife. A perda destes filhos foi a razão para o diagnóstico de soropositividade dos pais.

A transmissão vertical nos casos dos primeiros filhos não foi diagnosticada durante o pré-natal e também não impediu que novas crianças fossem geradas e infectadas, o que levou à perda por parte de algumas mulheres de até três filhos e por parte de um homem de quatro filhos (todos de São Paulo).

Alguns pontos merecem análise para entendermos a morte dessas crianças, por exemplo, as mulheres podem ter iniciado tardiamente o pré-natal ou mesmo não o terem feito; os equipamentos de saúde não tinham qualificação ou recursos necessários para o diagnóstico de HIV, ou ainda, durante o trabalho de parto também não se fez uma avaliação para o HIV (nas mulheres que não tinham feito pré-natal), apesar de preconizado no Programa Nacional para HIV/AIDS.

A maioria da população investigada apesar de estar em idade reprodutiva não pretende ter filhos, mesmo aqueles que não os têm. Talvez tenha relação com a orientação sexual dos homens (HSH), com a falta de informação sobre as possibilidades reprodutivas dos soropositivos e pelas perdas pela AIDS. Somente 15% gostariam de ter filhos neste momento da vida.

Analisando o significado dos filhos obtivemos três núcleos de significação: filhos sustentando as relações de conjugalidade; os filhos ajudando enfrentar a solidão, pela falta da relação de conjugalidade e filhos como cuidadores dos pais, auxiliando no tratamento. Estes núcleos indicam a dificuldade destas pessoas fazerem a transição das relações de conjugalidade para a de parentalidade, assumindo a proteção e desenvolvimento das novas gerações partilhando decisões e tarefas educativas. Fragmenta-se e desconfigura-se na prática a relação de parentalidade ou porque o casal não consegue dialogar e tomar decisões conjuntamente ou porque o adulto se infantiliza e provoca uma inversão na relação, com cobranças para os filhos cumprirem o papel de cuidadores.

DISCUSSÃO

A partir da análise de todos os núcleos discutidos, notamos que a conjugalidade e parentalidade não se baseiam numa relação de confiança, fidelidade, comunicação aberta e construtiva necessárias para uma relação igualitária. A configuração da conjugalidade e da parentalidade explicita questões postas socialmente sobre os significados destas relações, que

demandam ações dos equipamentos de saúde nas três dimensões que a categoria de vulnerabilidade (Ayres, 1997, 2004) abarca.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, W.M.J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos Brasília: *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(2), 222-245.
- Aguiar, W.M.J., Liebesny, B., Marchesan, E.C., & Sanchez, S. (2009). Reflexões sobre sentido e significado. In A. Bock & M. Gonçalves (Orgs.), *A dimensão subjetiva da realidade* São Paulo: Cortea.
- Ayres, J.R.C.M. (1997). Vulnerabilidade e AIDS: Para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico: AIDS – Vulnerabilidade*, C.R.T. – DST/AIDS, XV(3), 2-4.
- Ayres, J.R.C.M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 8(14) 73-92.
- Bilac, E. (1995). Família: Algumas inquietações. In M. Carvalho (Org.), *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez.
- Campos, M. (2004). Fortalecendo famílias. In M. Wanderley & I. Oliveira. *Trabalho com famílias* (2v, texto 6, pp. 78-92). São Paulo: IEE-PUCSP.
- Esper, E.M., & Kahhale, E.M.P. (2006). *Pesquisa Qualitativa e/ou Quantitativa em Psicologia: Novas possibilidades metodológicas* (impresso).

PROGRAMA BOLSA PERMANÊNCIA: POLÍTICA DE
ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL PROPORCIONANDO INCLUSÃO
SOCIAL E MELHORES CONDIÇÕES DE BEM-ESTAR
PSICOSSOCIAL A ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO AMAZONAS/HUMAITÁ, BRASIL.

Elaine Loeblin (nanyloeblin@hotmail.com) / Suely Mascarenhas

Universidade Federal do Amazonas/IEAA

O município de Humaitá está localizado ao Sul do Estado do Amazonas, na zona geográfica do Rio Madeira, com distância de 370 km da capital Manaus por vias aéreas a 955 km via fluvial, no entroncamento de duas rodovias federais BR-319 sentido Humaitá – Porto Velho (capital de Rondônia), e Manaus, BR-230 sentido aos municípios Lábrea-AM e Apuí-AM. É uma cidade centenária, consolidada a partir da fase áurea da borracha na região amazônica, ou seja, sua colonização foi de caráter exploratório, mas o que se percebe é um afastamento histórico do Estado, no que se refere à responsabilidade de satisfação de necessidades humanas como geração de renda, saúde, educação, assistência social, habitação etc.

A Universidade Federal do Amazonas começa a ser mais presente na história deste município a partir da implantação das Unidades Acadêmicas Avançadas que foram implantados no interior do Estado. No ano de 2006 a partir do projeto de interiorização da UFAM e ampliação de acesso ao Ensino Superior estimulado pelo Governo Federal, chamado REUNI, foi implantado em Humaitá o Instituto de Educação, Agricultura e Ambiente, oferecendo atualmente seis cursos em nível de graduação.

Toda essa realidade é possível a partir das legislações brasileiras que garante aos cidadãos o mínimo necessário para a subsistência e dignidade humana. A Constituição Federal do Brasil em Seu capítulo III, seção I que trata da Educação, ressalta em seu Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (Brasil, 1988).

Segundo o Art. 206, o ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: – I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola. É a partir desse princípio que é estimulado a criação em 2007 do Plano Nacional de Política Estudantil, pela ANDIFES (Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior).

O objetivo do Plano Nacional de Política estudantil é garantir o acesso, a permanência e a conclusão de curso dos estudantes das IFES, na perspectiva da inclusão social, da formação ampliada, da produção de conhecimento, da melhoria do desempenho acadêmico e da qualidade de vida; garantir que recursos extra-orçamentários da matriz orçamentária anual do MEC destinada às IFES sejam exclusivos à assistência estudantil (MEC, 2007).

Após a aprovação do plano supracitado a Universidade Federal do Amazonas foi estimulada a criar as suas políticas de assuntos estudantis que visa melhorar o acesso e a permanência de acadêmicos nos cursos de graduação. A preocupação principal gira em torno da conclusão do ensino superior, sendo assim foi criado nas cinco unidades acadêmicas do interior (Benjamin Constant, Coari, Humaitá, Itacoatiara e Parintins) no Estado do Amazonas o Programa Bolsa Permanência através da portaria do Gabinete do Reitor nº 1.166/2007 que busca garantir a permanência de alunos em situação de vulnerabilidade socioeconômica vinculados aos cursos de graduação permanentes.

Os beneficiários do Programa Bolsa Permanência não devem possuir vínculos empregatícios, não possuir outras modalidades de bolsa, devem pertencer à família em situação sócio econômica vulnerável, bom desempenho acadêmico e participação em projetos de pesquisa e extensão. No campus de Humaitá da Universidade Federal do Amazonas, o programa conta no ano de dois mil e nove com trezentos bolsistas, recebendo mensalmente a importância de cem reais, que visa contribuir nas despesas com alimentação, moradia, transporte, lazer e educação.

O presente trabalho tem como objetivo analisar os fatores sócios econômicos dos acadêmicos beneficiários do Programa Bolsa Permanência na UFAM/Humaitá, haja vista que este é fator fundamental para a manutenção da saúde que inclui o bem estar físico, mental, espiritual e social. Assim o processo educativo deve perpassar estes quatro princípios como fatores interdependentes e essencial para o bom desempenho acadêmico.

MÉTODO

Participantes

Na amostragem deste trabalho, participa 264 estudantes beneficiários do Programa Bolsa Permanência 2009 da UFAM-Humaitá, devidamente

matriculados nos cursos de graduação, sendo que 13,6% são do curso de agronomia, 10,6% biologia/química, 17,4% engenharia ambiental, 17,8% Letras, 14,4% matemática/física e 25,4% pedagogia. A idade varia de 16 a 45 anos, havendo maior incidência de 14,4% na idade de 21 anos. Quanto ao estado civil, 81,4% são considerados solteiros, 7,6% casados, 8,3% conviventes, 0,4% divorciados e 0,8% outros. No que se refere ao gênero 67,4% feminino e 30,7% masculino, 95,9% dos beneficiários possuem naturalidade Amazonense, sendo que somente 3,1% são originários de outros Estados do Brasil.

Material

Os dados foram obtidos através das análises de questionários socioeconômicos utilizados pelo Serviço Social da Unidade para seleção e manutenção de dados cadastrais dos estudantes beneficiários. O questionário conta com 8 dimensões dividido em 24 itens.

Procedimento

Os questionários utilizados como fonte de dados foram retirados dos arquivos do Serviço Social da Unidade Acadêmica no Município de Humaitá-AM, no qual se encontram arquivados desde a seleção para o programa, que ocorreu no Mês de Novembro de 2008. No qual os candidatos ao programa preenchem para ser analisado os fatores sócio econômicos que se encontram inseridos.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Na verificação realizaram-se análises estatísticas de frequência e porcentagem das amostras, conforme objetivos do trabalho.

RESULTADOS

No Quadro 1 trata da composição familiar, no qual a porcentagem de 47,0 % das famílias são formadas tendo como membros Pai, Mãe, Filhos 19,7% Mãe e Filhos 2,3% Avós, Netos 8,0% Pai, Mãe, Filhos e Netos e 21,6% Outros significa outras formas de arranjos e estruturas familiar dos estudantes.

Quadro 1

Composição Familiar da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|-------------------------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Pai, mãe, filhos | 124 | 47,0% | 47,7% |
| | Mãe e filhos | 52 | 19,7% | 20,0% |
| | Avos, netos | 6 | 2,3% | 2,3% |
| | Pai, mãe, filhos, netos | 21 | 8,0% | 8,1% |
| | Outros | 57 | 21,6% | 21,9% |
| | Total | 260 | 98,5% | 100,0% |
| Total | 264 | 100,0 | | |

O Quadro 2 refere-se a quantidades de pessoas do núcleo familiar dos beneficiários do Programa Bolsa Permanência, onde é possível observar que 1,1% dos domicílios conta apenas com membro, 7, 2% com 2 pessoas, 14,0% com 3 pessoas, 21,2% com 4 pessoas, 25,0% com 5 pessoas 10,6% com 6 membros, 8,7% com 7 membros 4,2% com 8 pessoas, 3,4% com 9 pessoas, 1,9% com 10 pessoas, 0,8% com 11 pessoas e 0,4% com 15 pessoas.

Quadro 2

Quantidade de Pessoas no núcleo familiar da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|-------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | 1,00 | 3 | 1,1% | 1,2% |
| | 2,00 | 19 | 7,2% | 7,3% |
| | 3,00 | 37 | 14,0% | 14,2% |
| | 4,00 | 56 | 21,2% | 21,5% |
| | 5,00 | 66 | 25,0% | 25,4% |
| | 6,00 | 28 | 10,6% | 10,8% |
| | 7,00 | 23 | 8,7% | 8,8% |
| | 8,00 | 11 | 4,2% | 4,2% |
| | 9,00 | 9 | 3,4% | 3,5% |
| | 10,00 | 5 | 1,9% | 1,9% |
| | 11,00 | 2 | 0,8% | 0,8% |
| | 15,00 | 1 | 0,4% | 0,4% |
| | Total | 260 | 98,5% | 100,0% |
| Total | 264 | 100,0% | | |

O Quadro 3 se refere à Renda Mensal Familiar dos beneficiários do Programa Bolsa Permanência, sendo que 17,4% possuem renda mensal menor que um salário mínimo 39,0% possui renda mensal de um salário mínimo 39,4% varia de dois a quatro salários mínimos 2,7% possui a renda igual ou superior a cinco salários mínimos mensal.

Quadro 3

Renda Mensal Familiar da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|--|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Menos de 1 salário mínimo | 46 | 17,4% | 17,7% |
| | 1 salário mínimo | 103 | 39,0% | 39,6% |
| | 2 a 4 salários mínimos | 104 | 39,4% | 40,0% |
| | Igual ou superior a 5 salários Mínimos | 7 | 2,7% | 2,7% |
| | Total | 260 | 98,5% | 100,0% |
| Total | | 264 | 100,0% | |

O Quadro 4 se refere ao vínculo empregatício do Pai dos estudantes integrantes do programa Bolsa Permanência 2009 na UFAM/Humaitá, onde é possível perceber que 25,6% possui vínculo formal, 52,0% vínculo informal, 12,8% são aposentados pensionistas do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS e 8,8 % encontram-se desempregados.

Quadro 4

Vínculo Empregatício do Genitor da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|----------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Formal | 32 | 12,1% | 25,6% |
| | Informal | 65 | 24,6% | 52,0% |
| | INSS | 16 | 6,1% | 12,8% |
| | Nenhum | 11 | 4,2% | 8,8% |
| | Total | 125 | 47,3% | 100,0% |
| Total | | 264 | 100,0% | |

A tabela supracitada demonstra a tendência mundial de flexibilização da economia e de vínculos empregatícios, onde tem apontado para o aumento da informalidade e terceirização de acordo com Laurell (2002) a precária situação do emprego e o baixo nível do salário ou de outras formas de renda – que constituem o mecanismo regular de satisfação das necessidades sociais – traduzem-se em graves deficiências nas condições básicas de vida: alimentação, habitação, saneamento básico, educação e saúde. Desta forma grandes parcelas da população não têm suas necessidades sociais básicas atendidas, nem conta com proteção contra as contingências sociais.

No Quadro 5 será abordado sobre o vínculo empregatício da Mãe dos estudantes integrantes do programa Bolsa Permanência 2009 na UFAM/Humaitá, detectou-se que 25,8% possui vínculo formal, 31,6%

vínculo informal, 8,4% são aposentados pensionistas do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS e 34,4 % encontram-se desempregadas, tendo como função as atividades domésticas de residência.

A prevalência da informalidade demonstrado no Quadro 5 traz a tona grandes preocupações presentes e futuras nas mais variadas formas de relações sociais, haja vista que esse contexto demonstra a “precariedade das condições de manutenção da própria existência e dos seus dependentes, a ausência de cobertura por morte, morbidade, invalidez, aposentadoria e etc.” Mota (1998).

Quadro 5

Vínculo Empregatício da Genitora da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|----------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Formal | 49 | 18,6% | 25,8% |
| | Informal | 60 | 22,7% | 31,6% |
| | INSS | 16 | 6,1% | 8,4% |
| | Nenhum | 65 | 24,6% | 34,2% |
| | Total | 190 | 72,0% | 100,0% |
| Total | | 264 | 100,0% | |

O Quadro 6 ressalta sobre a escolaridade do genitor da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá. Os dados estatísticos demonstram que 17,6% não possui escolaridade, 37,6% possui ensino fundamental incompleto, 16,0% detém ensino fundamental completo, 6,4% ensino médio incompleto, 12,0% possui ensino médio completo, 3,2% ensino superior incompleto, enquanto que 7,2% possui ensino superior completo.

Quadro 6

Escolaridade do Genitor da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|-------------------------------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Sem Escolaridade | 22 | 8,3% | 17,6% |
| | Ensino Fundamental Incompleto | 47 | 17,8% | 37,6% |
| | Ensino Fundamental Completo | 20 | 7,6% | 16,0% |
| | Ensino Médio Incompleto | 8 | 3,0% | 6,4% |
| | Ensino Médio Completo | 15 | 5,7% | 12,0% |
| | Ensino Superior Incompleto | 4 | 1,5% | 3,2% |
| | Ensino Superior Completo | 9 | 3,4% | 7,2% |
| Total | | 264 | 100,0 | |

O Quadro 7 ressalta sobre a escolaridade do genitor da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá. Os dados estatísticos demonstram que 12,5% não possui escolaridade, 27,5% possui ensino fundamental incompleto, 15,1% detém ensino fundamental completo, 5,2% ensino médio incompleto, 26,6% possui ensino médio completo, 1,6% ensino superior incompleto, enquanto que 12% possui ensino superior completo.

Quadro 7

Escolaridade da Mãe da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|-------------------------------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Sem Escolaridade | 24 | 9,1% | 12,5% |
| | Ensino Fundamental Incompleto | 52 | 19,7% | 27,1% |
| | Ensino Fundamental Completo | 29 | 11,0% | 15,1% |
| | Ensino Médio Incompleto | 10 | 3,8% | 5,2% |
| | Ensino Médio Completo | 51 | 19,3% | 26,6% |
| | Ensino Superior Incompleto | 3 | 1,1% | 1,6% |
| | Ensino Superior Completo | 23 | 8,7% | 12,0% |
| Total | | 264 | 100,0% | |

O Quadro 8 é referente às condições de moradia do núcleo familiar dos estudantes participantes do Programa Bolsa Permanência, foi possível diagnosticar que 93,1% possuem casa própria, 5,8% residência alugada enquanto que 1,2% moram em domicílio cedido.

Quadro 8

Condições de moradia das Famílias da amostra de estudantes integrantes do programa bolsa permanência UFAM/Humaitá

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|--------------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Casa Própria | 242 | 91,7% | 93,1% |
| | Casa Alugada | 15 | 5,7% | 5,8% |
| | Casa Cedida | 3 | 1,1% | 1,2% |
| Total | | 264 | 100,0% | |

DISCUSSÃO

Percebe-se que o Programa Bolsa Permanência na UFAM/Humaitá tem contribuído significativamente no processo educativo e do bem estar

psicossocial dos acadêmicos que possui acesso ao ensino superior, apresentando junto com o núcleo familiar situações de vulnerabilidade social. Apesar de o programa ainda estar em processo inicial de implantação e apresentar limitações tem alcançado parcialmente os objetivos traçados na fase de planejamento.

Com os resultados dos dados socioeconômicos analisados, observa-se que os beneficiários estão de acordo com os princípios e diretrizes que regem o programa bolsa permanência, ou seja, trata-se de um público alvo que possui características de dependência de incentivo financeiro para permanecer e concluir o curso de graduação.

Assim o programa se torna viável para universidade, pois tem minimizado os desgastes psicossocial da classe discente, já que encontram nos benefícios deste uma segurança parcial de manutenção na universidade e melhor perspectiva na qualidade de vida e nos fatores determinantes do fator saúde tais como: alimentação, a moradia, educação, transporte e lazer.

REFERÊNCIAS

- Brasil, Constituição Federal do, 1988. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm, acesso em 11/11/2009 as 08:00.
- Laurell, A.C. (Org). (2002). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo* (3ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Mota, A.E. (1998). *A nova fabrica de consensos: Ensaio sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social*, São Paulo: Cortez.
- Plano Nacional de Assistência Estudantil, ANDIFES (2007). Disponível em http://www.sac.ufscar.br/assistencia_estudantil.pdf Acesso em 10/09/2009 as 15:30
- Portaria 1.1667 de 27 de Junho de 2007. Gabinete do Reitor da Universidade Federal do Amazonas.

PERFIL DAS PARTURIENTES ATENDIDAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE HUMAITÁ-AMAZONAS, BRASIL

Elaine Loeblin¹ (nanyloeblin@hotmail.com) / Bruna Basso¹ / Ireniza Silva²

¹Universidade Federal do Amazonas/IEAA;

²Secretaria Municipal de Saúde/Hospital Regional de Humaitá – AM

No Brasil, desde a década de 80 a saúde pública é baseada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente na década de 90 às ações é regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 que no seu Art. 2º ressalta que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

§1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1990).

Ao abordar a temática Saúde se faz necessário levar em consideração as múltiplas formas e relações no qual essa é dependente, haja vista que não se trata de fenômeno unívoco e independente, mas fruto de uma cadeia de relações que precisam caminhar em conjunto para se obter o sucesso. Diante disso a LOS garantiu que:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Brasil/MS, 1990).

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil/MS, 1990).

O Sistema Único de Saúde possui caráter, descentralizador, hierarquizado, regionalizado no qual na contemporaneidade as grandes discussões e avanços têm sido em torno do planejamento, execução e avaliações das ações de forma humanizada.

Diante do exposto, a gênese da temática saúde da mulher no Brasil como campo de saúde publica é concomitante ao surgimento e avanço do Sistema Único de Saúde. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando,

sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (Brasil, 1984 citado por Brasil/MS 2007).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde. (Brasil/MS, 2007).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 1984 citado por Brasil/MS, 2007).

Assim, se faz necessária reflexão sobre as praticas educativas, considerando o objetivo de fortalecimento da mulher como sujeito da saúde, que contraria a concepção de usuário-paciente, que silencia porque outros falam por ele. A concepção de integralidade do PAISM implica reconhecer as limitações do conhecimento biomédico para responder aos graves problemas da população feminina, por deixar em plano secundário, aspectos humanos e sociais do processo saúde doença, e acrescentamos, os efeitos do simbólico sobre o corpo e adoecimento. Implica trabalhar conteúdos que incluem, mas ultrapassa, o nível estrito dos conhecimentos produzidos sobre determinada patologia ou cuidados preventivos (Bravo et al., 2006).

O campo Saúde da Mulher como política publica ganhou grande relevância teórica, técnica e operacional na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, no qual foi destacado sobre assistência integral à saúde da mulher na perspectiva do Sistema Único de Saúde.

No relatório Final da conferencia, dentre as ações no campo da saúde ocupacional foi colocado em foco à necessidade da atenção a gestante e puerpera, conforme ressaltado nos itens abaixo relacionados:

- respeitar a gestante, dando-lhe trabalhos menos pesados;
- respeitar o resguardo do pós-parto e do pós-aborto espontâneo ou provocado;
- promover atendimento nos serviços de saúde em horários compatíveis com as jornadas das trabalhadoras (Brasil/MS 1986).

Em se tratando de saúde da mulher historicamente este campo é marcado por programas que envolvem gravidez, parto e pós parto, deixando a mercê as outras áreas e necessidades que exige a temática, em seu âmbito pleno.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam à mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (Ávila; Blander, 1991, citado por Brasil/MS 2007).

O foco principal do presente texto é referendar sobre a garantia da assistência integral à saúde da mulher, dentre estas principalmente a assistência ao pré-natal e puerperal que deve ser organizada, para atender as reais necessidades da população feminina em período gestacional e puerperal, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes, dos meios e recursos disponíveis para cada caso, ou seja, respeitando as diversas particularidades da realidade local.

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início a gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (Saúde, 2006).

Assim, como as Políticas de Saúde e a de Atenção a Mulher ao longo do tempo vão sofrendo alterações, na mesma perspectivas os perfis, forma de acesso, características socioeconômica das mulheres foram modificando-se. Exigindo adoção de novas formas e características das políticas específicas, já que ao final dos anos 1960, e principalmente durante a década de 1970, as transformações em curso na sociedade brasileira – fortes deslocamentos migratórios do campo para a cidade, levando a uma intensificação e diversificação da urbanização; avanços no processo de assalariamento da economia brasileira e engajamento crescente da mulher no mercado de trabalho urbano; disseminação de um modelo econômico voltado para o

consumo de bens duráveis em íntima associação com a generalização das relações de mercado e elevação dos custos de reprodução familiar e social – levaram as importantes mudanças no comportamento reprodutivo (IBGE, 2009).

Diante das várias transformações contemporâneas que esta sofrendo a sociedade brasileira e consequentemente as formas de gestão das políticas públicas o presente trabalho tem como objetivo geral analisar o perfil das parturientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde no Município de Humaitá-AM/BRASIL.

MÉTODO

Participantes

Participam 353 Parturientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde no Município de Humaitá-AM/Brasil, no período de Janeiro a Junho de 2009. No qual em alguns casos envolvem partos ocorridos em domicílio realizados por parteiras tradicionais credenciadas pelo Ministério da Saúde, em outros casos são partos realizados em hospitais. As idades das participantes possuem variação entre 13 e 43 anos, com uma média de 23,7 anos e um desvio padrão de 6,1 anos. No que se refere ao estado civil, 80,2% declararam-se solteiras, 19,3% casadas, 0,3% viúvas e 0,3% não declarado.

Material

Os dados apresentados neste texto são resultantes da análise de 353 formulários denominados Declarações de Nascidos Vivos expedidos pelo ministério da saúde e preenchido por profissionais da área, logo após o nascimento da criança e entregue aos pais ou responsáveis, haja vista que este formulário é fator dependente para a realização do registro cível do recém-nascido, ou seja, da comprovação de existência formal ao Estado brasileiro. Trata-se de uma pesquisa quantitativa com delineamento transversal realizado no município de Humaitá-AM, situado na região norte do Brasil.

O tratamento dos dados foi realizado com a utilização do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0

para *Windows*. Constatando-se a credibilidade dos dados, calcularam-se as médias, desvio padrão, frequência e porcentagens estatísticas.

RESULTADOS

Realizando análise da ANOVA foi possível identificar diferenças significativas com relação à variável de contraste local de residência da mãe (área urbana, área rural e área ribeirinha) no que se refere ao estado civil da mãe ($F=7,14$; $p=0,001$), à escolaridade da mãe ($F=64,90$; $p=0,0001$), número de filhos nascidos vivos ($F=22,11$; $p=0,0001$), número de acesso a consulta de pré-natal ($F=4,23$; $p=0,0001$), raça cor ($F=3,32$; $p=0,03$), bem como o tipo de parto ($F=5,69$; $p=0,004$).

O Quadro 1 salienta sobre o Local de residência das parturientes atendidas pela rede SUS no município de Humaitá-AM, no qual 71,1% moram em área urbana, 20,1% em área ribeirinha e 8,8% em zona rural. A realidade apresentada em Humaitá não difere das demais regiões do País, haja vista que nos últimos anos, a consolidação da estrutura urbana no País, após intensos fluxos migratórios de natureza rural-urbana e mesmo de pequenos núcleos urbanos para os centros maiores, fez com que mais de 80% da população residisse em áreas urbanas. Neste sentido, a intensa urbanização decorrente foi, sem dúvida, um importante fator de assimilação de valores e comportamentos racionalizadores, do ponto de vista da adequação de novos padrões familiares às transformações social e econômica. Concomitantemente, os movimentos migratórios correlatos, ao deslocarem milhões de pessoas de áreas tradicionais e inseri-las em áreas de intensa dinâmica social e econômica, contribuíram para a generalização destes novos valores. (IBGE, 2009).

Quadro 1

*Local de Residência das Parturientes
atendidas pela rede SUS no município de Humaitá-AM*

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|-----------------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Zona urbana | 251 | 71,1% | 71,1% |
| | Zona ribeirinha | 71 | 20,1% | 20,1% |
| | Zona rural | 31 | 8,8% | 8,8% |
| Total | | 353 | 100,0% | 100,0% |

O Quadro 2, ressalta sobre o Número de Filhos Nascidos Vivos em Gestações anteriores, no qual detectou-se que 35,4% apresentaram 0 filhos, 20,7 tiveram apenas 1 filho nascido vivo em gestação anterior, 17,8 possuem dois filhos, 11,3 com três filhos, 4,2 possuem quatro filhos, 3,4 com cinco filhos, 2,0 com seis filhos, 1,7% possuem sete filhos, 0,8% oito filhos, 0,8% nove filhos, 0,3% possuem dez filhos, 0,3% possuem onze filhos, 0,6% doze filhos e 0,6% catorze filhos.

Quadro 2

Número de Filhos Nascidos vivos em gestações anteriores das Parturientes atendidas pela rede SUS no município de Humaitá-AM

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|-------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | ,00 | 125 | 35,4% | 35,4% |
| | 1,00 | 73 | 20,7% | 20,7% |
| | 2,00 | 63 | 17,8% | 17,8% |
| | 3,00 | 40 | 11,3% | 11,3% |
| | 4,00 | 15 | 4,2% | 4,2% |
| | 5,00 | 12 | 3,4% | 3,4% |
| | 6,00 | 7 | 2,0% | 2,0% |
| | 7,00 | 6 | 1,7% | 1,7% |
| | 8,00 | 3 | 0,8% | ,8% |
| | 9,00 | 3 | 0,8% | ,8% |
| | 10,00 | 1 | 0,3% | ,3% |
| | 11,00 | 1 | 0,3% | ,3% |
| | 12,00 | 2 | 0,6% | ,6% |
| | 14,00 | 2 | 0,6% | ,6% |
| Total | | 353 | 100,0% | 100,0% |

No Quadro 3 é abordado sobre a escolaridade das parturientes atendidas pela rede SUS no município de Humaitá-AM, 5,4% não possui escolaridade, 21,0% tem de 1 a três anos de escolaridade, 30,3% de quatro a seis anos, 41,4 %sete anos ou mais, enquanto que ignorado apresenta 0,3%.

Quadro 3

Escolaridade das Parturientes atendidas pela rede SUS no município de Humaitá-AM

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|----------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Nenhuma | 19 | 5,4% | 5,5% |
| | de 1 a 3 | 74 | 21,0% | 21,3% |
| | de 4 a 6 | 107 | 30,3% | 30,8% |
| | 7 e mais | 146 | 41,4% | 42,1% |
| | Ignorado | 1 | 0,3% | ,3% |
| | Total | 347 | 98,3% | 100,0% |
| Total | | 353 | 100,0% | |

O Quadro 4 aborda sobre o incidência de partos normais e partos cesáreos ocorridos na rede SUS do município de Humaitá, foi possível diagnosticar que 61,1% dos partos atendidos foram vaginal enquanto que 38,9% foram partos cesáreos.

Quadro 4

Tipo de Partos das Parturientes atendidas pela rede SUS no município de Humaitá-AM

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|
| Válidos | Vaginal | 215 | 60,9% | 61,1% |
| | Cesareo | 137 | 38,8% | 38,9% |
| | Total | 352 | 99,7% | 100,0% |
| Total | | 353 | 100,0% | |

DISCUSSÃO

Através do presente estudo é possível perceber que a política de assistência à saúde da mulher tem avançado e evoluído historicamente, principalmente após a criação e implantação do Sistema Único de Saúde, a criação do Programa Planejamento Familiar e consequentemente de Assistência ao Pré-natal são extremamente significante para a saúde da mulher e da criança no período gestacional, contribuindo na redução do índice de mortalidade materna, bem como dos recém-nascidos, aumentando significativo o número de filhos nascidos vivos.

A prevalência de puérperas na área urbana, se da em decorrência do fenômeno de êxodo rural que o Brasil tem apresentado, concentrado maior parte da população nos centros urbanos, enquanto que a maior incidência de ocorrência de partos normais se da em decorrência dos esforços do Ministério da Saúde que tem investido fortemente, através de campanhas sobre a importância e benefícios a saúde mulher da a realização de partos normais. No Município de Humaitá no Estado do Amazonas, apesar das dificuldades geográficas e distancia das demais regiões do país, tem apresentado grandes avanços no que se refere à saúde da mulher e assistência no período gestacional, porém após análises dos dados verifica-se a necessidade urgente e maciça de investimentos em educação, haja vista que apesar de o nível de escolaridade ter aumentado ainda não se alcançou o patamar necessário para construir uma nação denominada como desenvolvida.

REFERÊNCIAS

- Bravo, Maria Inês, Vasconcelos, Ana Maria de, et al. (2006). *Saúde e Serviço Social*. 2ªed. São Paulo, Cortez-UERJ, Rio de Janeiro
- Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. IBGE. (2009). *Estudo e Pesquisas. Informações Demográficas e Socioeconômicas*, 25. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf Acesso em 10/11/2009 as 15:00.
- Brasil, *Lei Orgânica da Saúde de 19 de Setembro de 1990*. Presidência da República, Casa Civil. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm Acesso em 12/11/2009 as 09:00.
- Brasil – Ministério da Saúde, *Manual Técnico Pré-Natal e Puerperio: Atenção Qualificada e Humanizada*. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf Acesso em 02/10/2009 as 16:00.
- Brasil, *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília DF, 2007, Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_Princ_Diretr.pdf. Acesso no dia 12/11/2009 11:00.
- Brasil, *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004-2007*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília DF, 2007, Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_PA.pdf. Acesso em 12/11/2009 as 11:00.

QUALIDADE DE VIDA E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Elizabete Borges / Teresa Rodrigues Ferreira

Escola Superior de Enfermagem do Porto

O trabalho é parte integrante da vida em sociedade. A importância que a actividade laboral representa na ocupação da vida do homem, do seu empenho e das suas expectativas é cada vez maior, desempenhando um papel decisivo no mundo relacional. A interacção com a actividade profissional tem hoje grande importância não só pela capacidade económica, mas também como factor condicionante do nível de saúde do trabalhador.

O desenvolvimento tecnológico tem conduzido a uma transformação do trabalho e das condições da sua realização com exigências ao nível de novas formas de organização. Assim, os riscos para a saúde no mundo laboral caracterizam-se por uma pluralidade e diversidade de factores, entre outros, os inerentes à organização, às características do trabalho e ao trabalhador.

O contexto do trabalho dos enfermeiros apresenta alterações evidentes a nível organizacional e individual, encontrando-se associado a elevados níveis de stresse (O'Brien-Pallas et al., 2008). Estas transformações revelam consequências nas diferentes componentes do profissional de enfermagem (física, psicológica, social e espiritual) e condicionam a percepção de qualidade de vida destes profissionais.

Ainda que, a qualidade de vida seja caracterizada como um conceito dinâmico, inerente ao factor tempo, experiências e acontecimentos vivenciados (Santos, 2007). Ribeiro (2005, p. 60) refere que as definições de qualidade de vida “são susceptíveis de se confundir com outros conceitos como sejam a Saúde, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (ou que está dependente de determinada doença), o Bem-estar, a Satisfação ou a Felicidade”.

Os estudos sobre a qualidade de vida em enfermeiros apontam para um conjunto de factores responsáveis pelo processo de saúde – doença – qualidade de vida. Desde factores associados à organização do trabalho como o ambiente físico, o planeamento, conteúdo e controlo do trabalho, o meio social, os factores inerentes ao próprio trabalhador, nomeadamente traços de personalidade, relações interpessoais, a factores associados à gestão como a supervisão, os papéis desempenhados, a progressão na carreira e a gestão participativa.

Perante situações que ultrapassam os processos adaptativos (estratégias de coping) estes profissionais podem apresentar consequências que perturbam a sua qualidade de vida.

Este estudo teve como objectivos descrever a qualidade de vida nos enfermeiros e identificar a relação entre factores psicossociais e qualidade de vida dos enfermeiros.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo integrado no paradigma de investigação quantitativa.

Participantes

A população alvo são Enfermeiros/Alunos de Cursos de Pós-Licenciatura. A amostra é constituída por todos os enfermeiros ($N=151$) que aceitaram participar no estudo.

Material

Para além do questionário que elaborámos para recolha de dados psicossociais, utilizámos como instrumento SF36. O Short-Form (SF 36) é um instrumento de avaliação da qualidade de vida, constituído por 36 itens. Este instrumento integra oito dimensões: funcionamento físico, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, desempenho social, funcionamento emocional, saúde mental (Ribeiro, 2005). O coeficiente Alfa de Cronbach para as diferentes dimensões, na amostra em estudo, apresentou valores compreendidos entre 0,68 e 0.90.

RESULTADOS

Dos resultados preliminares obtidos salientamos que numa amostra de 151 enfermeiros 84,8% eram do sexo feminino. Com uma idade média de 33,1 anos ($DP=5,65$). A média de tempo de serviço na profissão foi de 10,3 anos. Trabalhavam em média 44,8 horas por semana, 65,6% eram enfermeiros graduados e 73,3% pertenciam ao quadro de pessoal da instituição. 24,3% dos enfermeiros exerciam funções de chefia ou de responsabilidade de serviço. Dos participantes 32,5% identificaram como muito stressante a sua actividade profissional.

No que se refere, aos principais resultados obtidos através do SF36, as subescalas que apresentam valores mais elevados foram a Função Física ($M=73,34$; $DP=26,60$) e a Dor Física ($M=70,16$; $DP=22,98$) sendo o valor médio mais baixo a Saúde em Geral ($M=50,17$; $DP=20,31$). O recurso à análise estatística paramétrica permitiu-nos identificar diferenças significativas entre variáveis psicossociais e grupos. Através do Teste t e e Mann Whitney encontramos diferenças estatisticamente significativas entre subescalas e as variáveis sexo, classes de idade, categoria profissional e motivação com o serviço.

Na comparação entre grupos (sexo masculino e feminino) e a subescala Função Social constatamos que o sexo masculino apresenta uma maior percepção de Qualidade de Vida nesta dimensão, relativamente ao feminino com a $M=92,74$, $U=1004,500$, $Z=-2,12$; $p<0,03$.

Relativamente à idade dos enfermeiros concluímos que os enfermeiros com idade inferior aos 31 anos apresentam melhor percepção de qualidade de vida no domínio da Função Física $t(145-176)=-2,013$; $p=0,04$, $M=78,07$ ($DP=19,13$) do que os que têm idade igual ou superior aos 32 anos. No que se refere à categoria profissional os enfermeiros percebem melhor a sua Função Física $t(138-148)=3,06$; $p=0,006$, $M=80,76$ ($DP=18,34$) do que os enfermeiros graduados – categoria superior.

Quanto à satisfação dos enfermeiros com o local de trabalho actual revelamos diferenças significativas em três subescalas do SF36: a Saúde Mental, a Saúde em Geral e a Dor Física são percebidas como mais favoráveis na sua Qualidade de vida, pelos enfermeiros que estavam satisfeitos com o serviço actual (não tinham pedido nem pensaram na transferência de serviço) com os resultados estatísticos de $t(145)=2,90$; $p=0,004$, $M=65,38$ ($DP=19,97$); $t(145)=2,28$; $p=0,02$, $M=65,38$ ($DP=19,97$); $t(143)=2,21$; $p=0,02$, $M=76,25$ ($DP=21,61$) respectivamente, do que os que não estavam satisfeitos com o actual local de trabalho (aqueles que já tinham pedido ou pensado em pedir transferência de serviço).

DISCUSSÃO

O trabalho de enfermagem evidencia um conjunto de múltiplos factores condicionantes da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. A exposição à sobrecarga de trabalho, a interacção doença-doente-família e as situações de stress são responsáveis pela saúde em geral dos enfermeiros. Os resultados obtidos apontam para o papel decisivo que os Serviços de

Formação e de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho devem assumir na promoção da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Aguir, V., Pons, R.M., Echegaray, M.C., Ramos, D.B., & Sanchez, F. (2000). Estressores laborales y bienestar psicológico: Impacto en la enfermería hospitalaria. *Rol Enf*, 23, 506-511.
- Araújo, T., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C.O., & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Saúde Pública*, 37(4), 424-433.
- Archibald, C. (2006). Job satisfaction among neonatal nurses. *Pediatric Nursing*, 32(2), 176-179.
- Bianchi, E.R. (2008). Stress and Brazilian operating room nurses. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(3), 101-106.
- Borges, E. (2006). O Sofrimento dos enfermeiros em pediatria. In P. Marques, J.C. Carvalho, P. Sousa, E. Borges, & S. Cruz (Eds.), *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem* (pp. 248-340). Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João.
- Bulhões, I. (1998). *Riscos do Trabalho de Enfermagem* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Folha Carioca Editora, LTDA.
- Carapinheiro, G., & Lopes, N.M. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Franco, G.P., Barros, A.L., & Martins, L.A. (2005). Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Latino-am. Enfermagem*, 13(2), 139-144.
- International Council of Nurses (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições de trabalho=Cuidados de qualidade, Instrumentos de informação e acção*. Genebra: Author (Tradução do original em Inglês Positive practice environments: Quality workplaces=Quality patient care) da Ordem dos Enfermeiros.
- O'Brien-Pallas, et al. (2008). Creating work environments that are violence free. In Needham et al., *Workplace Violence in the Health Sector* (pp. 30-42). Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Ribeiro, J.L. (2005). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J.L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica: Representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.

VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO

Elizabete Borges / Teresa Rodrigues Ferreira

Escola Superior de Enfermagem do Porto

O aparecimento da violência no local de trabalho associa-se às primeiras relações interpessoais no trabalho. Porém, os estudos de Leymann (década de 80) e de Hirigoyen (nos anos 90) foram fundamentais para o desenvolvimento da investigação, nesta área.

Na bibliografia consultada constamos a não existência de consenso relativamente ao termo que designa este fenómeno. Encontramos, entre outros: Mobbing, Bullying, Harassment, Acoso moral, Harcèlement moral, acoso psicológico, acoso moral, psicoterrorismo, assédio moral ou psicológica violência psicológica (Guimarães & Rimoli, 2006; Luís Graça, 2004). Dada a multiplicidade de termos existentes para a descrição do fenómeno optaremos ao longo do nosso estudo pela utilização do termo – violência psicológica. Segundo Einersen (2005, p. 1) este fenómeno define-se como *“as a situation in which, over a period of time, one or more persons are persistently on the receiving end of negative actions from one or several others in a situation where the one at the receiving end has difficulties defending against these actions.”*

A violência psicológica evidencia consequências a nível individual, organizacional e na sociedade (Organização Mundial de Saúde-OMS, International Council of Nurses-ICN, Public Services International-PSI, International Labour Organisation-ILO, 2005). Actualmente, é reconhecido como agente de stress ocupacional (O'Brien-Pallas et al., 2008).

Os enfermeiros nas organizações de saúde constituem uma população sujeita à violência psicológica, sendo alvo, de inúmeros estudos internacionais (O'Brien-Pallas, 2008; Abe, 2008). O estudo deste fenómeno, em Portugal é relativamente recente (Araújo, McIntyre, & McIntyre, 2008; Ferrinho et al., 2003; Sá, 2008).

O fenómeno da violência psicológica pode ser de diferentes tipos os quais variam consoante a proveniência do agressor: o vertical, o ascendente, o horizontal e o misto. Sendo, contudo, o mais frequente o vertical, seguindo-se o horizontal (Guimarães & Rimoli, 2006; Piñuel & Zabala, 2005).

Para a identificação do diagnóstico de violência psicológica no trabalho existem três critérios adoptados por um grande número de investigadores Europeus e que são: a existência de uma ou mais condutas de violência psicológica internacionalmente reconhecidas pela investigação como tal, a duração do processo acontece no mínimo há mais de seis meses e a

frequência dos comportamentos ser uma ou mais vezes por semana (Luna, 2003).

Pela dimensão deste problema, com repercussões a nível do trabalhador (componente física, psicológica, social, espiritual e económica), da organização e da comunidade, têm sido apresentadas estratégias de prevenção ou redução por diferentes investigadores, de que é exemplo o programa de combate à violência no trabalho “Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in The Health Sector – The Training Manual” (ILO, ICN, OMS, PSI, 2005).

Este estudo teve como objectivos identificar factores ou variáveis psicossociais que se associam há violência psicológica no trabalho dos enfermeiros.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo integrado no paradigma de investigação quantitativa.

Participantes

A população alvo são Enfermeiros/Alunos de Cursos de Pós-Licenciatura da Escola Superior de Enfermagem do Porto. A amostra é constituída por todos os enfermeiros ($N=151$) que aceitaram participar no estudo no ano lectivo 2008/2009.

Material

Para além do questionário que elaborámos para recolha de dados psicossociais, utilizámos como instrumento de colheita de dados o Negative Acts Questionnaire-Revised NAQ-R (Einarsen & Raknes, 1997), versão portuguesa (Araújo, McIntyre, & McIntyre, 2004). É um questionário constituído por 23 itens e avalia o Bullying nos domínios da Intimidação, Exclusão, Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e Subvalorização do Trabalho. É pedido ao participante que numa escala frequencial de 1 a 5 pontos assinale, a frequência para cada item (actos negativos no contexto laboral), reportando-se aos últimos seis meses. O item 23 apresenta uma definição de “bullying” e solicita ao participante, que tendo presente o conceito mencionado e reportando-se aos últimos seis meses, assinale numa escala de

5 pontos a frequência do fenómeno. Na amostra em estudo obteve-se para o NAQ-R o coeficiente Alfa de Cronbach de 0.86.

RESULTADOS

Dos resultados obtidos salientamos que numa amostra de 151 enfermeiros 84,8% eram do sexo feminino. Com um intervalo de idades entre 24 e 54 anos e idade média de 33,1 anos ($DP=5,65$). Relativamente ao estado civil 57,3% dos enfermeiros eram casados e 55,6% não tinham filhos. A média de tempo de serviço na profissão foi de 10,3 anos. Trabalhavam em média 44,8 horas por semana, 65,6% eram enfermeiros graduados, 73,3% pertenciam ao quadro de pessoal da instituição, 78,7% exerciam a sua actividade profissional no contexto hospitalar e 18% nos Cuidados de Saúde Primários. Dos participantes 24,3% exerciam funções de chefia ou responsabilidade de serviço e 20,4% dos enfermeiros referiram não estar satisfeitos com o local de trabalho.

Da nossa amostra 9,4% (14) inquiridos assumiram terem sido vítimas de violência psicológica, nos últimos seis meses. O principal resultado dos actos negativos que os enfermeiros consideraram corresponder à sua experiência nos últimos seis meses foi: “Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências-10.6%.” Os resultados obtidos associam-se a áreas como a da violência individual, subvalorização e sobrecarga/rendimento de trabalho. A presença destas dimensões em contexto laboral corrobora o referenciado por diferentes autores como Cantasiano, Depolo, e Domínguez, (2007), Einarsen, Matthiesen, e Skogstad (1998), Meseguer de Pedro, Mariano, et al. (2007).

Encontramos resultados estatisticamente significativos na comparação de médias através do teste t de Student entre as sub-escalas do NAQ-R e as variáveis psicossociais estado civil, idade, tempo de serviço na profissão, categoria profissional e ter pedido (ou pensado em pedir) transferência de serviço.

Os enfermeiros com estado civil solteiro/divorciado e com idade igual ou superior a 32 anos, apresentavam em média ($M=12,24$; $M=12,16$) maior percepção dos actos negativos associados a exclusão social do que os casados ($M=11,19$), $t(146)=-2,16$; $p=0,03$ e dos que têm idade igual ou inferior aos 31 anos ($M=11,04$), $t(144)=-2,31$; $p=0,02$.

Relativamente à categoria profissional os enfermeiros graduados apresentavam percepção dos actos negativos associados a exclusão social

$t(137,160)=-3,36$; $p=0,0001$ ($M=12,17$) e de intimidação $t(147)=-2,08$; $p=0,03$ ($M=10,13$), do que os enfermeiros $M=10,57$ e $M=9,32$, respectivamente.

Os enfermeiros com tempo de serviço igual ou superior a 10 anos referem mais percepção sobre actos negativos associados a exclusão social $t(147)=-2,36$; $p=0,01$, $M=12,13$, do que enfermeiros com tempo de serviço inferior a 10 anos ($M=11,01$).

Os enfermeiros que pediram (ou pensaram em pedir) transferência de serviço mencionaram maior percepção dos actos negativos associados a exclusão social $t(84-814)=-2,04$; $p=0,04$ ($M=11,92$) e Subvalorização do trabalho $t(124,324)=-2,94$; $p=0,004$ ($M=3,42$) do que os enfermeiros que não pediram (ou pensaram em pedir) transferência de serviço $M=10,83$ e $M=2,72$, respectivamente.

Estes resultados corroboram com literatura consultada (Quine, 2001; Einersen, 2005; Abe, 2008) de que as pessoas sós, com maior categoria profissional, maior tempo de serviço na profissão e maior insatisfação com o local de serviço onde trabalham são mais vulneráveis/ sensíveis à percepção de violência no trabalho

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos sugerem que a violência psicológica com as suas consequências (trabalhador, família e organizacional) carece de avaliação efectiva do fenómeno, do desenvolvimento de políticas a nível da prevenção primária, com responsabilidade acrescida para os serviços de saúde ocupacional.

REFERÊNCIAS

- Abe, K., & Henly, S. (2008). Measuring Bullying (Ljime) among Japanese Hospital Nurses: Dimensionality of the Revised Negative Act Questionnaire (NAQ-R). In NEEDHAM et al., *Workplace Violence in the Health Sector* (pp. 272-273). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.

- Cantasiano, G.T., Depolo, M., & Domínguez, F.M. (2007). Acoso Laboral: Meta-análises y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicothema*, 1, 88-94.
- Di Martino, V. (2008). Violence at work. In NEEDHAM et al., *Workplace Violence in the Health Sector* (pp. 59-60). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Fornés Vives, J (2002). Mobbing: La Violencia psicológica como fuente de estrés laboral. *Revista de Enfermería Global*, 1, 1-10.
- Einarsen, S. (2005). The nature, causes and consequences of bullying at work: The Norwegian experience. *Pistes*, 7(3), 1-14.
- Einarsen S., Matthiesen S., & Skogstad A. (1998). Bullying, burnout and well-being among assistant nurses. *Journal of Occupational Health and Safety*, 14, 563-568.
- Ferrinho, P., et al. (2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. Consultado em 2008 em <http://www.ago.pt/index.php/artigos/68-patterns-of-perceptions-of-workplace-violence-in-the-portuguese-health-care-sector.html>
- Guimarães, L.A.M., & Rimoli, A.O. (2006). *Mobbing* (Assédio Psicológico) no Trabalho: Uma Síndrome Psicossocial Multidimensional. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22.
- Hirigoyen, M.F. (2002). *O Assédio no Trabalho. Como Distinguir a Verdade*. Lisboa: Pergaminho.
- International Council of Nurses; World Health Organization; Public Services International (2005) – [CD-ROM]. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. The Training Manual*.
- Graça, L. (2004). *Factores de risco psicossocial no trabalho: Assédio moral e outras formas de violência*. Disponível em [www: URL:http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos188.html](http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos188.html)
- Leyman, H. (1996). Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (“Mobbing”) en el Trabajo. In *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15, 165-184.
- Meseguer de Pedro, M., et al. (2007). Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predictors del mobbing. *Psicothema*, 19(2), 225-230.
- Luna, M. (2003). *Acoso Psicológico en el Trabajo (Mobbing)*. Madrid: Ediciones GPS: Madrid.
- O’Brien-Pallas, et al. (2008). Creating work environments that are violence free. In Needham et al., *Workplace Violence in the Health Sector* (pp. 30-42). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.

- Piñuel, & Zabala, I. (2005) – *Mobbing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Bilbao: Sal Terrae.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6, 73-84.
- Sá, L., & Fleming M. (2008). Bullying, Burnout, and Mental Health Amongst Portuguese. In *Nurses Issues in Mental Health Nursing*, 29, 411-426.

INFLUÊNCIA DO GÊNERO NA QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Elisabete Nave Leal^{1,3} / José Pais Ribeiro¹ / Mário Oliveira² / Nogueira da Silva² / Rui Soares² / José Fragata² / Rui Ferreira²

¹Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, UP; ²Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de Santa Marta; ³Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, IPL.

A Insuficiência Cardíaca (IC) é um problema da Saúde Pública: é uma síndrome com elevada morbilidade e mortalidade, identificada como causa principal de internamento hospitalar após os 65 anos na Europa. Prevê-se que a prevalência da IC possa aumentar em cerca de 50% a 70% até ao ano de 2030. É a derradeira fase da maioria das doenças cardíacas, aspecto que, associado aos progressos terapêuticos e ao aumento da esperança média de vida, faz com que a prevalência e incidência da IC continuem a aumentar. A doença afecta já cerca de 2% da população na Europa. Em Portugal, a prevalência foi de 4,36%, afectando cerca de 260.000 indivíduos. Esta é aproximadamente igual entre homens e mulheres, apresentado estas últimas um ratio ligeiramente superior (Ceia, 2000). O enorme impacto social e económico desta síndrome reflecte-se na qualidade de vida (QV) dos doentes e seus familiares. Apesar da diversa investigação centrada na intervenção terapêutica na IC que tem como *outcome* a QV, o impacto do género nas dimensões da QV permanece controverso. O presente estudo teve como objectivo avaliar a influência do género na QV dos doentes com IC submetidos a terapêutica múltipla.

MÉTODO

Participantes

128 doentes, 98 homens e 30 mulheres, com fracção de ejeção ventricular esquerda (FEVE) <35%, em classe II-IV da *New York Heart Association* (NYHA). A idade dos homens era de 61,45±12,22, com 6,61±3,77 anos de escolaridade, 74,5% casados e 72,4% reformados, maioritariamente com IC de etiologia isquémica (55,1%). Apresentavam como comorbilidades na sua maioria a diabetes (29,6%) e hipertensão arterial (29,6%). O FEVE

era $25,41 \pm 6,35$, encontrando-se a maioria em classe III da NYHA (52%). A idade das mulheres era de $63,10 \pm 11,72$, com $6,80 \pm 4,54$ anos de escolaridade, 56,7% casadas e 80% reformadas, com IC na sua maioria de etiologia isquémica (40%). Apresentavam como comorbilidades na sua maioria a hipertensão arterial (46,7%). O FEVE era $24,76 \pm 5,81$, encontrando-se a maioria em classe III da NYHA (70%).

Material

Para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, recorreu-se à versão portuguesa do *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ). É constituída por 23 itens distribuídos por 5 domínios: limitação física, sintomas, qualidade de vida, auto-eficácia e limitação social. O domínio da limitação física mede em que extensão os sintomas da ICC limitaram algumas das actividades diárias dos doentes num período de duas semanas. O domínio sintomas insere-se no número de vezes que os sintomas de ICC, como cansaço, dispneia ou edema das extremidades ocorreram num período de duas semanas e se houve alterações destes sintomas no referido período de tempo. O domínio auto-eficácia mede a capacidade do doente para perceber como pode evitar o agravamento dos sintomas e o que fazer caso tal se verifique. O domínio qualidade de vida avalia a percepção do doente acerca do seu gosto em viver ou o desânimo devido à sua doença cardíaca. O domínio limitação social avalia como é que a ICC afecta o estilo de vida dos doentes. Para facilitar a interpretação dos resultados, os autores constituíram dois somatórios: o primeiro denominado de estado funcional, que compreende os domínios da limitação física e sintomas, excluindo a questão referente à estabilidade dos sintomas e o segundo, denominado de sumário clínico, que compreende o somatório do estado funcional, domínios de qualidade de vida e limitação social. *Scores* mais elevados indicam melhor estado de saúde (Nave Leal et al., in press).

Procedimento

Num primeiro momento, o questionário de QV foi preenchido durante o internamento, previamente à intervenção. Posteriormente os doentes foram submetidos a transplante cardíaco (8), terapêutica de ressincronização cardíaca (52), implantação de cardioversor-desfibrilhador (44), cirurgia valvular com revascularização do miocárdio (14) e optimização

farmacológica (10). O questionário de QV foi novamente preenchido em dois momentos distintos: na consulta externa de *follow-up* no 3º e 6º mês subsequentes à intervenção clínica.

RESULTADOS

Antes da intervenção as mulheres referenciaram maior limitação na actividade física e menor auto-eficácia (Quadro 1).

Quadro 1

*Diferenças entre grupos para o KCCQ
com base no género antes da intervenção*

| Dimensões do KCCQ | Masculino M | Feminino M | t | p |
|-------------------|-------------|------------|------|------|
| Limitação física | 61,93 | 47,82 | 2,34 | 0,02 |
| Sintomas | 62,11 | 54,19 | 1,31 | NS |
| Auto-eficácia | 83,33 | 71,67 | 2,01 | 0,04 |
| Qualidade de vida | 42,94 | 38,89 | 0,63 | NS |
| Limitação social | 62,24 | 60,55 | 0,24 | NS |
| Estado funcional | 63,14 | 53,86 | 1,61 | NS |
| Sumário clínico | 59,72 | 52,48 | 1,29 | NS |

Nota. NS-Não significativo.

Nos dois momentos de avaliação após a intervenção, não houve diferenças entre homens e mulheres nos domínios e somatórios do KCCQ (Quadros 2 e 3).

Quadro 2

*Diferenças entre grupos para o KCCQ
com base no género ao 3º mês de seguimento*

| Dimensões do KCCQ | Masculino M | Feminino M | t | p |
|-------------------|-------------|------------|------|----|
| Limitação física | 83,40 | 75,46 | 1,42 | NS |
| Sintomas | 80,96 | 80,09 | 0,18 | NS |
| Auto-eficácia | 91,76 | 87,93 | 0,95 | NS |
| Qualidade de vida | 73,90 | 67,24 | 1,07 | NS |
| Limitação social | 83,24 | 80,60 | 0,46 | NS |
| Estado funcional | 83,17 | 79,50 | 0,75 | NS |
| Sumário clínico | 81,91 | 78,01 | 0,78 | NS |

Nota. NS-Não significativo.

Quadro 3

*Diferenças entre grupos para o KCCQ
com base no género ao 6º mês de seguimento*

| Dimensões do KCCQ | Masculino <i>M</i> | Feminino <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------------|--------------------|-------------------|----------|-----------|
| Limitação física | 84,17 | 79,12 | 0,98 | <i>NS</i> |
| Sintomas | 82,07 | 75,66 | 1,28 | <i>NS</i> |
| Auto-eficácia | 88,97 | 84,44 | 0,86 | <i>NS</i> |
| Qualidade de vida | 75,57 | 72,84 | 0,44 | <i>NS</i> |
| Limitação social | 85,63 | 83,10 | 0,46 | <i>NS</i> |
| Estado funcional | 84,07 | 78,58 | 1,17 | <i>NS</i> |
| Sumário clínico | 82,26 | 77,53 | 0,96 | <i>NS</i> |

Nota. *NS*-Não significativo.

DISCUSSÃO

A QV nos doentes com IC, não parece diferenciar-se com base no género. Resultados similares foram encontrados em vários estudos (Frazén, Saveman, & Blomqvist, 2007; Heo, Moser, & Widener, 2008; Zambroski, Moser, Bhat, & Ziegler, 2005). Noutros, surgem relatos de diminuição da QV global e da actividade física e status social em mulheres com IC (Gott et al., 2006; Riedinger, Dracup, Bretch, Padilla, Sarna, & Ganzs, 2001). De facto, se observarmos a literatura, constatamos que os resultados dos estudos versando a influência do género na QV na IC são contraditórios. Johansson, Dalhstrom, e Brostrom (2005) num artigo de revisão sobre quais os factores e intervenções que influenciam a QV na IC, referem que este facto se deve a três factores:

- a) a heterogenidade das amostras: as diferenças iniciais entre géneros desaparecem ao ajustarmos a NYHA, a FEVE, a idade e o estado civil;
- b) o uso de diferentes instrumentos para medir a QV. Não sabemos se estes instrumentos são capazes de detectar diferenças entre os géneros ou mesmo se é possível compará-los;
- c) os factores que parecem influenciar a QV nas mulheres (sintomas, saúde física e estado funcional) podem ter influência nos homens. Estes podem não os considerar relevantes e considerar outros como importantes para a sua QV.

A amostra era desproporcional quanto ao género. De facto, os estudos acerca do impacto desta síndrome na QV, na sua maioria possuem

amostras reduzidas de mulheres, tornando difícil comparar resultados com base no género. Se a nível nacional a proporção de mulheres com IC é superior à masculina, a pouca representatividade das mulheres nas investigações, parece-nos desproporcional. Lindenfeld, Krause-Steirauf, e Salerno (1997), levantam a questão de que uma maior incidência da disfunção diastólica nas mulheres, justificaria a sua ausência da maioria dos estudos onde a disfunção sistólica é critério de inclusão. No presente estudo este critério foi aplicado como factor de inclusão.

Concluindo, parece-nos que o género por si só não determina QV nesta população. No entanto pode contribuir para a relevância dos factores percepcionados como importantes para este construto. As características desta síndrome nas mulheres parecem ser um factor determinante para a dimensão dos grupos femininos estudados e para os valores de QV reportados.

REFERÊNCIAS

- Ceia, F. (2000). Notícias da cardiologia portuguesa – Insuficiência cardíaca em Portugal: (A) Estudo ÉPICA; (B) Inquérito Nacional Hospitalar. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 19(supl IV), 126-127.
- Frazén, K., Saveman, B., & Blomqvist, K (2007). Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 112-120.
- Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S., Seamark, D., Gariballa, S., et al. (2006). Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and Ageing*, 35, 172-177.
- Heo, S., Moser, D., & Widner, J (2008). Gender differences in the effects of physical and emotional symptoms on health related quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 45(12), 1807-1815.
- Johansson, P., Dahlstrom, U., & Brostrom, A. (2006). Factors and interventions influencing health related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 5-15.
- Lindenfeld, J., Krause-Steirauf, I., & Salerno, J.(1997). Where are all the women in heart failure? *Journal American College of Cardiology*, 30, 1417-1419.

- Nave Leal, E., Pais Ribeiro, J., Oliveira, M., Nogueira da Silva, J., Soares, R., Fragata, J., et al. (in press). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire na miocardiopatia dilatada com insuficiência cardíaca congestiva. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.
- Riedinger, M., Dracup, K., Bretch, M., Padilla, G., Sarna, L., & Ganzs, P. (2001). Quality of life in patients with heart failure: Do gender differences exist? *Heart and Lung*, 30, 105-116.
- Zambroski, C., Moser, D., Bath, G., & Ziegler (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 198-206.

UMA DÉCADA DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE ESCOLAR

Elsa Mourato Antunes / Carla Silva Mendes

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998, publicou o documento Saúde 21: uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS, estabelecendo na sua meta n.º 13, que, em 2015, 50% das crianças que frequentem o Jardim-de-infância e 95% das que frequentem a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde (OMS, 1998).

Promover a saúde na escola é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde, através do desenvolvimento de projectos que visem contribuir para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis (Mendes & Antunes, 2006). Para tal, é essencial que a escola assente a sua intervenção em três vertentes fundamentais – currículo, ambiente saudável e seguro e na interação escola/família/meio (DGS, 2006). Uma escola promotora de saúde tem de obrigatoriamente, incluir a prática da educação para a saúde no currículo, cuja abordagem deverá ser realizada em espiral, ao longo de vários anos lectivos, através da utilização de metodologias pedagógicas activas. Por outro lado, viver num ambiente limpo e saudável é um direito humano fundamental com grande impacto na saúde das crianças e dos jovens. A escola deve promover a segurança e um ambiente saudável, condições estas, implícitas no “currículum escondido”, isto é, o que a escola “ensina” para além do currículum académico. Por fim, mas não menos importante, uma escola que se proponha promover a saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade, desde as decisões sobre o projecto, ao envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, dos voluntários, das empresas, dos parceiros diversos, até à sua execução e avaliação.

As actuais políticas de saúde nacionais referem que a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efectivos, o que faz com que o nosso Programa de Saúde Escolar (DGS, 2006), constitua uma prioridade nacional, como refere o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004).

O Programa Nacional de Saúde Escolar consubstancia-se num conjunto de estratégias ou *Agenda de Saúde Escolar*, baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população juvenil. A implementação deste Programa é realizada por equipas de profissionais de saúde dos Centros de Saúde, preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos em estreita colaboração e articulação com os profissionais da educação, no que se designa por *processo pedagógico de conjunto* (DGS, 2006).

Os serviços de saúde devem privilegiar uma intervenção personalizada, de monitorização da vigilância da saúde das crianças e jovens, complementando-a com o trabalho por programas e projectos dirigidos aos problemas de saúde prioritários e às preocupações das escolas. Neste contexto a intervenção feita através do programa de Saúde Escolar reforça as acções da promoção da saúde e prevenção da doença pelo que constitui, um dos programas com mais ganhos em saúde na população infanto-juvenil (Antunes, 2006).

A nossa experiência de 10 anos em Saúde Escolar, demonstrou-nos que este trabalho de parceria Escola – Centro de Saúde deve assentar numa metodologia de projecto e numa abordagem salutogénica da promoção, o que requer:

- A constituição de uma equipa responsável pelo projecto, que integre profissionais da saúde e da educação.
- O diagnóstico de experiências anteriormente realizadas na escola e dos recursos existentes, como por exemplo, professores ou outros profissionais com formação e materiais educativos.
- A identificação dos apoios necessários ao seu desenvolvimento (formação, materiais, parcerias).
- A integração do Projecto/Programa no Projecto Educativo da Escola.
- A formação dos professores e outros profissionais, para que consigam actuar de forma adequada e coerente face às dúvidas e manifestações das crianças e jovens relativas aos temas abordados nos projectos.
- Uma abordagem pedagógica sistemática de temas ligados à saúde em contexto curricular, disciplinar e não disciplinar e extracurricular, numa lógica interdisciplinar, privilegiando o espaço turma e as diferentes necessidades de crianças e jovens.
- A promoção de actividades de informação, formação e apoio às famílias.
- Articulação e estabelecimento de parcerias entre a escola e outras entidades da comunidade.

Ao longo do tempo anteriormente referido, desenvolvemos um conjunto de projectos de promoção da saúde, em parceria com a comunidade educativa. Apresentamos sumariamente três desses projectos:

“Promover a Saúde a Brincar” – Projecto que utiliza uma estratégia de intervenção lúdica e dinâmica através da utilização de um jogo. A sua utilização visa colaborar com os professores no desenvolvimento de temas relacionados com a promoção da saúde e prevenção dos comportamentos de risco, nomeadamente: alimentação saudável, prevenção do consumo de substâncias; prevenção de acidentes, educação sexual; prevenção da violência, entre outros. Simultaneamente, permite o treino de competências sociais e de cidadania. Este instrumento destina-se a alunos da Pré-Primária, e do 1º e 2º ciclos do Ensino Básico, mas também pode ser adaptado e utilizado em outras faixas etárias (Mendes e Antunes, 2004).

“Amor Amizade e Afectividade” – Projecto que contemplou a realização de um estudo que avaliou os conhecimentos dos jovens sobre sexualidade e planeamento familiar e que nos permitiu planear e operacionalizar um projecto de intervenção nesta área. Os objectivos deste projecto foram: Identificar o número de jovens que já iniciaram a sua actividade sexual, avaliar os conhecimentos que os jovens possuem sobre planeamento familiar, e planificar um projecto de intervenção de acordo com o nível de conhecimentos sobre sexualidade e planeamento familiar.

O Programa contemplou sessões de formação dirigidas aos professores, sobre os seguintes temas: Relações Interpessoais, Expressão da Sexualidade, Alterações anatómicas e fisiológicas do corpo e a Saúde Sexual e Reprodutora. Com a colaboração da equipa de saúde escolar, os professores após esta formação, trabalharam os mesmos temas com os alunos ao longo do ano lectivo, recorrendo a diversas técnicas, nomeadamente: caixa de perguntas; jogos de apresentação ou “quebra gelo”; utilização de histórias e casos reais ou fictícios; trabalho em pequenos grupos; tempestade de ideias; dramatizações e visionamento de filmes. Pretendeu-se com estas técnicas aumentar a participação dos jovens nas sessões de formação levando-os a questionar, a debater ideias sobre os diversos temas trabalhados ao longo das sessões e sobretudo serem capazes de fazerem escolhas conscientes e informadas ajudando-os a reflectir sobre a informação recebida e a encontrar as suas próprias respostas na área da sexualidade.

“*Crescer Com Direitos*” – Projecto de formação dos professores para a detecção e encaminhamento das crianças em risco. Este projecto nasceu da necessidade sentida pela equipa de saúde escolar em dar resposta a situações de crianças em risco detectadas em meio escolar. Os objectivos do projecto foram o de promover as competências sociais das crianças; prevenir comportamentos de risco, e detectar e encaminhar nas escolas as crianças em risco. Foram desenvolvidas diversas actividades de prevenção que se traduziram em dois programas de formação: um para detecção precoce de crianças em risco dirigido a professores, auxiliares da acção educativa e pais, e outro programa de formação dirigido às crianças que teve com base o treino de competências sociais.

Consideramos que esta metodologia de trabalho permitiu-nos intervir simultaneamente sobre o indivíduo, o grupo e o ambiente, contribuindo para redução do risco e da vulnerabilidade perante a doença, a alteração dos padrões de morbimortalidade e a promoção da saúde. Este trabalho, regular e contínuo junto de cada escola, como recurso próximo e disponível dos professores e auxiliares de acção educativa e dinamizadores da articulação com as famílias e comunidade, possibilitou-nos sem dúvida, contribuir para uma escola promotora de saúde.

É o trabalho em conjunto que faz com que as nossas escolas constituam locais saudáveis onde se goste de estar, e onde se adquiram competências básicas para uma vida com sucesso.

Desta forma, estaremos todos a ajudar os nossos jovens a crescerem todos os dias, habilitando-os a construir o seu projecto de vida. Basta que se promova um programa de saúde escolar efectivo, que não podemos esquecer “(...) é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde” (OMS, 2002).

REFERÊNCIAS

- Antunes, E. (2006). *A intervenção do psicólogo clínico no programa de Saúde Escolar do Sistema de Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- DGS. (2004). *Plano nacional de saúde 2004/2010. Volume I – Prioridades*. DGS, Ministério da Saúde. Lisboa.

- DGS. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. DGS, Ministério da Saúde. Lisboa.
- Mendes, S., & Antunes, E. (2004). Promover a Saúde em Saúde Escolar. In José Pais Ribeiro & Isabel Leal (Eds.), *Actas do V Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança* (pp. 141-149). ISPA. Lisboa.
- Mendes, S., & Antunes, E. (2006). Promover a saúde a “Brincar”. In José Carvalho Teixeira (Ed.), *Actas da V Conferencia Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários – Psicologia, Promoção da Saúde e Prevenção* (pp. 75-88). Lisboa: ISPA.
- OMS. (1998). *Saúde 21: Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*. Lisboa: Lusociência.
- OMS. (2002). *Relatório mundial de saúde 2001: Saúde mental: Nova compreensão, nova esperança*. Lisboa: DGS.

O ENVOLVIMENTO EMOCIONAL DOS PAIS
E AS PREOCUPAÇÕES PARENTAIS

Filipa Crespim (filipacrespim_13@hotmail.com)

A parentalidade é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do seu filho (Bayle, 2005). Neste sentido, vários são os autores que têm observado um reportório específico de emoções e comportamentos da mãe imediatamente a seguir ao parto, designando-os por preocupação materna primária (Winnicott, 1956), bonding (Klaus & Kennell, 1976) ou ligação materna (George & Solomon, 1999).

Klaus e Kennell (1976) introduziram o termo bonding para dar conta de um vínculo único, específico e duradouro que se estabelece desde dos primeiros contactos entre mãe e o bebé, na dependência do equipamento hormonal materno. No entanto, não foram os primeiros a observar a existência deste vínculo, Winnicott (1956) já tinha observado, nos momentos seguintes ao parto, a presença de uma disposição particular em relação ao bebé na generalidade das mães, designando-a por preocupação materna primária. Stern (1995) refere-se a uma constelação materna e mostra que, ao longo da gravidez, a mãe elabora uma representação do bebé que facilita o envolvimento afectivo e a adequada interacção com a criança. A mãe, também, elabora uma representação de si enquanto mãe, que será construída ao longo da gravidez e que será influenciada pela relação que teve com os seus pais (Stern, 1995).

A ligação materna tem sido descrita como um processo mais ou menos gradual de envolvimento emocional com o filho, que se estabelece e se constrói a partir daquilo que acontece durante a gravidez e, particularmente, no e após o parto, com privilégio para os primeiros momentos que se seguem à nascença (Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco, e Pais, 2005). Assim, ao contrário do que se acreditava, o bonding não é um dado imediato que acontece sempre e ao longo do primeiro contacto da mãe com o bebé (Robson & Kumar, 1980), pois vários estudos demonstraram que algumas mulheres uma semana após o parto não sentiam qualquer afecto pelo filho (Fleming, Rubble, Krieger, & Wong, 1997; Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco, & Pais, 2005). Por sua vez, a parentalidade masculina difere, em parte, da feminina pois a mulher pode sentir o filho a crescer dentro de si, dar à luz e amamentar, daí que a formação do vínculo entre pai e filho tende a ser lenta, consolidando-se

gradualmente após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança (Maldonado, Dickstein, & Naboum, 1997).

Cada vez mais os investigadores têm vindo a assinalar a importância de atender à vinculação na perspectiva dos pais, pois a parentalidade implica a organizar das emoções de forma empática relativamente às preocupações e aos resultados necessários ao bem-estar e ao desenvolvimento da criança.

No que se refere às preocupações parentais desconhece-se se estão mais relacionadas com questões do desenvolvimento infantil ou se mais relacionadas com as vivências dos pais, ligadas à parentalidade e à resolução dos seus próprios conflitos infantis (Castro, 2000). Muitas vezes, os pais partilham as suas preocupações com professores e pediatras, que na maioria das vezes ao querer tranquilizá-los, acabam por dar respostas evasivas e de banalização do problema. Estas respostas servem apenas para acentuar sentimentos de culpabilidade e de incompetência face às questões apresentadas pelos seus filhos (Brazelton, 1992; Cramer, 1991; Diniz, 1997; Winnicott, 1995).

A educação parental deverá, desta forma, passar pelo relacionamento com um profissional disposto a ouvir e com quem os pais possam expor as suas preocupações (Castro, 2000), pois deve partir-se do pressuposto que a maioria dos pais deseja agir em relação aos seus filhos e que, habitualmente, agem correctamente por instinto desde que confiem na sua intuição (Winnicott, 1995). Desta forma, deve incentivar-se os pais a acreditarem em si mesmos de modo a procurarem auxílio especializado quando surge um problema, a partir daí deve partir-se do que a pessoa sente, pensa ou faz para que exista um melhor entendimento da questão. E desta forma devolver a convicção que são capazes de fazer uma análise correcta das questões e de terem comportamentos adequados, levando ao reforço da sua confiança (Diniz, 1997).

MÉTODO

Participantes

A população do estudo é constituída por 70 pais de crianças, com idades compreendidas entre os 9 meses e os 12 anos, a frequentar a creche e jardim-de-infância Castelo da Fantasia e o Agrupamento de Escolas Frei

Gonçalo Azevedo. Obteve-se 35 crianças do sexo masculino, sendo as restantes do sexo feminino. Dos 70 participantes, 42 têm filhos em idade não escolar e 28 em idade escolar (com idade igual ou superior a 6 anos).

Material

A escala de Bonding é composta por 12 itens de auto-relato, cotados numa escala tipo Lickert consoante a emoção a que o item se refere está “nunca”, “pouco”, “bastante” ou “muito” presente na relação dos pais com a criança. A escala é constituída por 3 subescalas: bonding positivo, bonding negativo e bonding not clear. A escala possui uma consistência interna razoável, com um Alpha Cronbach de 0,70, e pode considerar-se que todos os itens são bons, uma vez que a exclusão de algum item não aumenta significativamente o Alpha de Cronbach.

A escala de Preocupações Parentais é composta por 37 itens divididos por 5 subescalas: Problemas familiares e preocupações, Desenvolvimento infantil, Preparação, Medos e Comportamentos negativos. A escala possui seis possibilidades de resposta, em escala tipo Lickert, entre preocupo-me muitíssimo, bastante, razoavelmente, pouco, nada ou não se aplica. Os itens da escala são sensíveis e a escala possui alta consistência interna, com um Alpha de Cronbach de 0,81.

Procedimento

Foram contactadas as instituições tendo em vista as respectivas autorizações para efectuar o estudo. Posteriormente, as escalas de Bonding e Preocupações Parentais foram distribuídas aos pais, por intermédio das coordenadoras dos jardins-de-infância, das educadoras e pelas professoras do ensino básico. Foi-lhes explicado o objectivo do estudo de forma a puderem esclarecer alguma dúvida dos pais. As escalas e a carta de consentimento informado foram entregues em envelope aberto e, posteriormente, fechados para garantir a confidencialidade.

De seguida procedeu-se à cotação das duas escalas. No que se refere à escala de Bonding os itens são cotados no sentido em que quanto mais presente estiver a emoção, mais elevado é o resultado. Nas subescalas o resultado corresponde ao somatório das pontuações obtidas nos itens que a constituem, sendo que o resultado é tanto mais elevado quanto mais presente a dimensão que avalia. Já no que diz respeito ao resultado total que se obtém pela subtracção do resultado das subescalas “Bonding

Negativo” e “Bonding not Clear” ao resultado da subescala “Bonding Positivo”, é tanto mais elevado quanto melhor o bonding dos pais. Na escala de Preocupações Parentais, o score de cada escala é obtido pelo cálculo da média aritmética simples dos itens que as constituem e o score total da escala é dado pela média de todos os itens. Por fim, procedeu-se ao tratamento estatístico através do SPSS.

RESULTADOS

Os resultados da investigação permitem concluir que a generalidade dos pais exhibe um elevado envolvimento emocional positivo com os filhos, sendo frequente sentirem-se muito “alegre” com a criança. Verifica-se, ainda, que os pais exibem, em geral, alguma emoção não claramente relacionada com o bonding em relação ao filho. Quanto ao envolvimento emocional negativo constata-se a sua ausência na maioria dos pais. Não obstante, e embora raras as intensas emoções negativas, observa-se algum envolvimento emocional negativo em 5,6% dos pais.

Percebeu-se, também, que existem resultados mais elevados de envolvimento emocional positivo em relação ao sexo feminino do que em relação masculino. Contudo, a presença de alguma emoção não claramente relacionada com o bonding, apesar de pequena, é mais frequente com os filhos do sexo feminino.

A partir da investigação, ainda, constatou-se que os pais tendem a ter resultados mais elevados na subescala de envolvimento emocional positivo com os filhos em idade não escolar, e um envolvimento emocional negativo, ligeiramente maior, com as crianças em idade escolar, embora as diferenças não sejam muito grandes. Os pais manifestam, ainda, mais emoções não claramente relacionadas com o bonding em relação às crianças em idade escolar.

No que se refere às preocupações parentais, verificou-se que a subescala com a média de preocupação mais elevada foi a subescala de Problemas familiares e Preocupações escolares. Contrariamente às expectativas que as preocupações incidiriam mais sobre as problemáticas específicas do desenvolvimento infantil, até pela maioria das crianças ter idade inferior a seis anos, verificou-se que os pais se preocupam mais com questões genéricas ligadas à parentalidade.

O facto de em média os pais se mostrarem bastante preocupados com os problemas familiares e preocupações escolares, parece apontar mais para questões de parentalidade do que relativas à própria criança. As preocupações escolares, de facto, podem estar relacionadas com a criança, uma vez que face aos seus conflitos esta pode suscitar preocupações dos pais. Porém, podem estar ligada a questões de parentalidade, pois a resposta dos pais será preponderante para a sua resolução (Castro, 2000). De seguida, surge a subescala Medos como alvo de preocupação dos pais, o que deverá ser ponderado, pois sabe-se que a preocupação excessiva reforça o sintoma e, por outro lado, que a questão dos medos é algo específico das crianças com menos de seis anos de idade, que constitui o maior grupo da investigação. No entanto, ressalta-se o facto dos pais, em média, apenas considerarem que se preocupam razoavelmente, quer no que se refere às crianças com a referida idade quer nas que têm idade superior à mesma.

A subescala Desenvolvimento infantil, também, constitui motivo de preocupação dos pais, o que pode ser justificado pelo facto dos pais ficarem angustiados face à recusa alimentar da criança ou às suas queixas físicas, enquanto forma de expressar os seus conflitos internos. Isto poderá ter como consequência um padrão de comportamento parental que tenderá a reforçar estes comportamentos.

Na subescala Preparação, parece que os pais se preocupam mais com a morte e com a morte de alguém próximo não só em relação aos filhos, mas também em relação a eles próprios e à dificuldade que possam ter em aceitar estas ideias e em partilha-las no seu seio familiar.

A subescala considerada menos preocupante para os pais é a de Comportamentos negativos, sendo que a questão que menos os preocupa é a da criança se sujar muito. Sendo que 58,6% dos pais admite que as crianças apresentam este comportamento, 44,3% preocupam-se pouco ou nada, o que em certa medida pode considerar-se benéfico se atender-se à necessidade de exploração que as crianças têm, o que dificulta manterem-se limpas. No entanto, o facto de 42,4% dos pais considerarem este comportamento inexistente nos filhos é preocupante, pois poderá corresponder à necessidade da criança agradar aos seus modelos adultos, inibindo a sua curiosidade natural.

Os comportamentos negativos reenviam para a autoridade parental e, por isso, questiona-se, por um lado, se os pais estão de facto preocupados com os seus filhos e, por outro, com a intenção que atribuem a estes comportamentos ou se estão preocupados com a sua função parental e com

o facto de poderem sentir que não conseguem controlar os filhos. Esta questão reenvia para as vivências infantis dos próprios pais, levando-os a confrontarem-se com o modelo dos seus próprios pais e com a forma como vivenciaram essa autoridade parental.

Em toda a escala, a questão que mais preocupa os pais é a criança sofrer maus tratos, no entanto parece ser uma preocupação desajustada, compreensível se pensar-se que os sentimentos negativos em relação à criança poderão ser expressos desta forma, através dos receios de que lhe possa suceder algo.

As diferenças relativamente ao sexo da criança são ligeiras, à excepção da subescala Comportamentos negativos. Nesta subescala a preocupação manifestada pelos pais em relação a este tipo de comportamento é mais elevada no que se refere ao sexo masculino do que ao feminino. As diminutas diferenças podem ser justificadas com a hipótese da escala não apresentar uma capacidade discriminativa quanto a esta característica.

No que se refere às diferenças nas preocupações conforme a idade, apenas existem diferenças ligeiras, o que parece ir ao encontro da perspectiva de que não será tanto a criança que provocam directamente a intensidade da preocupação mas, antes, a forma como os pais sentem essas questões.

A partir da investigação percebeu-se que a subescala Bonding not clear tende a influenciar os resultados da subescala Medos, isto é, as emoções não claramente relacionadas com o Bonding interferem nos medos manifestados pelos pais. Nas restantes subescalas não existem diferenças significativas. Os resultados encontrados na investigação podem estar, por um lado, relacionados com o número de participantes ser reduzido e, por outro, pelo facto do estudo se basear no relato dos pais, pelo que os resultados podem estar positivamente enviesados pela desejabilidade social. A juntar ao que foi referido, pode acrescer-se a fraca sensibilidade e, consequentemente, a pouca discriminação dos itens da escala Bonding, que apenas foi objecto de escolha por se encontrar aferida à população portuguesa. Não será apenas a partir de uma escala, com tão poucos itens, que se possa aceder ao envolvimento emocional dos pais. A escala parece ser mais indicada para ajudar os técnicos a identificar situações em que haja dificuldades de ligação emocional ao filho.

Os resultados obtidos neste trabalho vão de encontro à ideia que a parentalidade, e tudo o que nela se insere, acarreta a elaboração de fantasias e sentimentos, o reviver a própria infância e dos papéis parentais, colocando em jogo a relação que os actuais pais tiveram com os seus próprios pais.

Considerações finais: É a família que regula os contactos com o mundo exterior e, desta forma, as crises podem modificar esta acção de regulação levando-a a uma maior abertura ou a fechar-se sobre si (Bayle, 2005).

A família permite desenvolver intelectual, afectiva e socialmente a criança a ter uma representação de si própria, a desenvolver a auto-estima e a controlar as emoções. Mas para ser capaz de o fazer é necessário a família, em especial os pais, serem contentores. Um meio facilitador para dar uma base segura, com uma mãe suficientemente boa, com uma preocupação materna primária, com bons momentos de holding e de handling. Assim, os primeiros anos de vida são os alicerces da vida futura (Bayle, 2005).

Por sua vez, pode considerar-se que as preocupações parentais não se centram fundamentalmente sobre as questões específicas do desenvolvimento da criança, isto é, não será tanto o comportamento, a personalidade ou determinado sintoma que a criança apresenta que condiciona a preocupação parental. Provavelmente, o que leva os pais a preocuparem-se em excesso ou, pelo contrário, a não se preocuparem é a forma como actuam os seus próprios conflitos internos infantis, na relação agora assumida de parentalidade (Castro, 2000).

Pode pensar-se numa taxonomia parental quanto às preocupações parentais, pois encontram-se pais para os quais qualquer questão que lhes seja colocada, não constitui motivo de preocupação, enquanto outros pais consideram que a grande maioria das questões colocadas é sentida como preocupante. Existem, ainda, pais que apresentam uma maior adequação relativamente às preocupações sentidas como inerentes ao desenvolvimento do seu filho e à parentalidade. Acresce referir que os primeiros grupos de pais parecem estar centrados em si próprios e nas suas dificuldades para pensarem naquela criança na sua individualidade própria (Castro, 2000).

Parte da desadequação da preocupação dos pais no que se refere ao desenvolvimento dos seus filhos pode, eventualmente, resultar, por um lado, da projecção dos seus conflitos infantis não resolvidos e reactivados, sintomas considerados normais e, por outro, das exigências ligadas às expectativas dos seus filhos fazerem aquisições precoces, o que é visto como comprovação da boa parentalidade. Pode, desta forma, ponderar-se se os pais estão mais preocupados com as questões de parentalidade e da infância em geral do que os seus filhos. Assim, a intervenção nesta área deverá ter mais em conta as diferentes características dos pais do que propriamente das crianças (Castro, 2000; Figueiredo et. al, 2005).

Sugere-se que se continue a apostar na investigação nesta área, pois percebe-se que as relações pais-filhos, bem como as preocupações que os pais manifestam, são influenciadas pela forma como estes sentiram a sua própria infância. E, assim, melhorar a qualidade deste tipo de relações para os pais se sentirem capazes e, conseqüentemente, contribuir para um desenvolvimento harmonioso e saudável das crianças.

REFERÊNCIAS

- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal & C. Faria (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Brazelton, T.B. (1992). *O que todo o bebé sabe*. São Paulo: Martins Fontes.
- Castro, S. (2000). *Preocupações Parentais: Proposta de uma escala de avaliação*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Cramer, B. (1991). *Profissão: Bebê*. Lisboa: Terramar.
- Diniz, J.S. (1997). *Este meu filho que eu não tive – Adopção e os seus problemas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.
- Fleming, A.S., Rubble, D., Krieger, H., & Wong, P.Y. (1997). Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and puerperium in human mothers. *Hormones and Behavior*, 31, 145-158.
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 649-670). New York: The Guilford Press.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: Mosby Company.
- Maldonato, M.T., Dickstein, J., & Naboum, J.C. (1997). *Não estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.
- Robson, K.S., & Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 347-353.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Harper Collins.
- Winnicott, D.W. (1956). *Primary Maternal Preoccupation*. London: Hogarth.
- Winnicott, D.W. (1995). *Conversas com os Pais*. Lisboa: Terramar.

A CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE MASCULINA: UMA QUESTÃO DE GÊNERO

*Georges Daniel Janja Bloc Boris¹ (geoboris@uol.com.br) /
Lucas Guimarães Bloc²*

¹Universidade Federal do Ceará (UFC); ²Universidade de Fortaleza

Durante muito tempo, a mulher foi considerada a grande desconhecida. Freud (1905/1972, 1908/1976, 1926/1976), em vários momentos e de várias formas, chegou a se indagar “o que quer uma mulher?” (Freud, 1925/1976, p. 304). Entretanto, antes dele, Rousseau (1757/1969) já afirmava que “o macho só é macho em certos momentos, a fêmea é fêmea durante toda a vida, pelo menos durante toda a sua juventude” (p. 697). Desta forma, o filósofo, de certa forma, apontava para o fato da *construção* de nossas subjetividades, particularmente a masculina. Ou seja, o ser humano não é predeterminado, mas socialmente construído.

Assim, podemos, desde já, anunciar que a construção da subjetividade masculina é um difícil processo desenvolvido em grande extensão temporal devido à sua constante fragilidade. Para Badinter (1993), tal fragilidade física masculina é justificada por sua vulnerabilidade emocional, o que produz maior frequência de transtornos psiquiátricos até a adolescência. Da mesma forma, estudos psicanalíticos demonstram que as perversões – fetichismo, travestismo, transexualismo – são fundamentalmente masculinas. Finalmente, podemos consultar todo um quadro descritivo da literatura masculina sobre a fragilidade do macho: culpa, autopunição, perda de suas referências, ódio de si e do outro, cólera e violência.

Desde seu início, o processo de construção da subjetividade masculina constitui-se numa luta constante e progressiva pela diferenciação da tendência feminilizante original do embrião humano (Jost, 1978). Este processo de diferenciação continua, com crescente intensidade e constância sociais, quando do nascimento do bebê macho. Os pais, especialmente o do sexo masculino, tendem a estereotipar e a rotular comportamentos referentes ao macho e à fêmea, particularmente através dos gestos, da voz, da escolha dos brinquedos e das roupas do filho. Por sua vez, a relação íntima com a mãe é a grande direcionadora da construção da subjetividade do bebê. Destaque-se que o pequeno macho humano é gestado e parido num ventre feminino, nutrido física e psiquicamente por uma mulher, numa conjunção simbiótica que gera o primeiro e o mais intenso dos amores.

Entretanto, logo o menino deve resistir à encantadora, mas ameaçadora atração por esta mãe-mulher, exercida sobre sua protofeminilidade. Assim, esta identificação cedo necessita ser abafada para que ele se torne um homem, num processo de separação e de individuação árduo e frequentemente violador e doloroso, no qual grandes dificuldades precisam ser enfrentadas. “Este efeito persistirá se o pai do menino não interromper a fusão, qualitativa e quantitativamente” (Stoller, 1989, p. 309). A masculinidade, então, parece ser mais uma reação inconsciente à tendência feminilizante primitiva do que uma mera adesão consciente e voluntária. Aliás, a construção do macho humano é fundamentada numa tripla negação inconsciente: eu não sou minha mãe; eu não sou um bebê; eu não sou uma menina (ou homossexual) (Badinter, 1993).

Na puberdade e na adolescência, o processo de diferenciação masculina se exacerba. Enquanto a mulher desenvolve sua subjetividade feminina através de uma iniciação natural, a menstruação, o rapaz deve enfrentar um processo de iniciação de caráter educativo comandado pela vontade (Corneau, 1993). Esta aquisição é geralmente conseguida à custa de grandes dificuldades e esforços, mas apresenta três características freqüentes: sempre é preciso transpor um limiar; são necessárias provas de combate contra si mesmo, gerando constantemente dor física e psíquica; dificilmente o processo de diferenciação é conduzido pelos pais, sendo este papel assumido por homens adultos ou por rapazes mais velhos (Badinter, 1993).

Assim, o modelo de comportamento masculino freqüentemente considerado como socialmente adequado parece incluir um conjunto de manobras agressivas e freqüentemente violentas – na verdade, mecanismos defensivos – que envolvem a preocupação de ser independente, forte, duro, misógino, polígamo, homóforo, perverso e cruel, no qual os homens temem manifestar qualquer atitude considerada “feminina”: passividade, ternura e cuidado com os outros (Stoller, 1973, 1989).

Sabemos que, historicamente, as diversas sociedades desenvolveram rituais violadores que pretendiam instalar e garantir a virilidade de seus cidadãos masculinos, desde os povos ditos “primitivos”, passando pela pedagogia homoerótica da Grécia Antiga, até a formação dos cavaleiros na Idade Média. Novas facetas surgem na formação do macho humano nas sociedades industriais. Devido à nova conjuntura econômica, o pai é obrigado a se ausentar por longo tempo, em busca ou por conta do trabalho, passando a educação e o cuidado com os filhos à mãe. A imagem paterna desenvolve-se em duas modalidades possíveis: o pai ausente e

inacessível, distante física e/ou emocionalmente; e o pai desvirilizado e desprezado. No século XX, tal situação se agrava com o grande acesso feminino ao mercado de trabalho, pois os filhos sentem-se frequentemente abandonados e confusos. Como podemos perceber, o sistema patriarcal desenvolveu um meio opressivo e violador pelo qual os homens tradicionalmente continuam ainda sendo socializados, o que tem gerado seres mutilados, incapazes de integrar suas heranças paterna e materna, masculina e feminina, adotando um processo de diferenciação rígido e unilateral, voltado unicamente aos atributos viris. Mais recentemente, especialmente a partir dos anos 60, começa a se desenvolver uma reação antipatriarcal, mas que, se já não adota a postura e a linguagem machistas anteriores, ainda não encontrou uma nova atitude frente às diversas mudanças sociais que vêm se desenvolvendo nos últimos anos, particularmente às conquistas das mulheres e do movimento feminista. É neste sentido que, no cenário das investigações sobre o gênero, surgem, cada vez mais, estudos sobre o homem. É neste mesmo contexto que muitos estudiosos passam, desde os anos 1970, a se referir mesmo a uma *crise de subjetividade masculina*. Não cremos que tal crise signifique necessariamente uma catástrofe iminente. Se, por um lado, parece haver ainda um temor bastante generalizado de que as mudanças na definição do masculino e do feminino possam destruir as diferenças entre os sexos, tornando todos os seres assexuados ou acrobatas ambissexuais (Tucker & Money, 1975), por outro lado, o termo *crise* busca designar um ponto ou momento decisivo, necessário ou mesmo crucial, em que o desenvolvimento masculino tem que escolher uma nova direção, mobilizando recursos de crescimento, de recuperação e de uma nova diferenciação (Erikson, 1976).

MAL-ESTAR E VIOLÊNCIA MASCULINA

É bastante comum que se faça associação entre violência e comportamento masculino. Girard (1990) afirma haver pouca variação nos mecanismos fisiológicos da violência, tanto entre indivíduos quanto entre culturas diferentes. Por sua vez, Badinter (1993) argumenta que há variação da violência entre indivíduos e culturas, não sendo universal, mas constitui um perigo onde a mística masculina continua a imperar. Apesar desta polêmica, podemos tomar como certo que a sociedade se impõe aos

indivíduos por meio da violência, sendo um “freio” aos seus desejos e às suas vontades (Amorim, 1995), portanto necessário e inevitável à sobrevivência humana. Neste sentido, mesmo sendo uma prática antiga, sabemos que a violência inegavelmente faz parte do quadro caótico das megalópoles das sociedades ditas pós-modernas.

A agressão – que se distingue da violência enquanto uma função ou capacidade humana básica para o contato e para as relações sociais – faz parte da natureza do ser humano. Como vimos, mesmo a violência é reconhecida por muitos pensadores sociais como um componente intrínseco à vida em sociedade. Entretanto, há controvérsias se a violência é uma característica essencialmente masculina. De qualquer forma, a subjetividade masculina é freqüentemente associada à força física e ao espírito guerreiro. A violência varia no cotidiano, mas, no transcurso histórico, o imaginário masculino tem sido muito mais vinculado a figuras controladoras e autoritárias do que a figuras moderadas e pacíficas (Nolasco, 1993). Para Giddens (1993), em vários setores da vida social, tem se evidenciado o controle – especialmente o sexual – das mulheres por parte dos homens. Entretanto, cremos que tal controle vem sendo abalado, gerando uma *crise da subjetividade masculina*, na qual os homens já não se reconhecem, pois se afastaram de muitos dos valores tradicionais, mas ainda não incorporaram novos valores que os mantenham confortáveis. Tal *mal-estar* freqüentemente tem como resposta uma reação agressivo-defensiva – a *violência* – particularmente contra as mulheres e as crianças. Nas sociedades contemporâneas, percebe-se um novo quadro familiar no qual há uma carência de pai por parte do filho e uma inexistência de relação entre ambos. Instala-se um novo tipo de violência – a *violência indiferente* ou *passiva* – em que a desatenção do pai gera desprezo por parte do filho, tornando impossível sua identificação com a figura paterna, cuja presença pouco firme, inconstante ou insegura, impede o filho de desenvolver sua própria subjetividade adulta e masculina. Assim, a companhia dos pares, a escola, as turmas e as gangues e mesmo as equipes esportivas (Highwater, 1992) passam a constituir os novos campos de batalha pelo estandarte da virilidade.

Portanto, podemos perceber que ser homem significa, ao mesmo tempo, estar numa posição de poder e de privilégio, mas também de deveres, gerando contenção e tensão permanentes. Esta posição, frequentemente levada ao absurdo, costuma levar os homens a acreditar que devem afirmar sua masculinidade. Esta *illusio* viril constitui o fundamento de toda *libido dominandi*, levando o macho a se deixar enredar pelos jogos que a

sociedade lhe reservou. O *habitus* masculino se desenvolve num campo destinado aos homens, onde se desenvolvem a competição, a guerra, a política, a ciência, a arte, a religião e a honra, o que determina a sua grandeza, mas também a sua miséria. Desta forma, os homens buscam dominar seus congêneres, mas também a mulher, secundariamente e como um instrumento de luta simbólica (Bourdieu, 1990).

Podemos perceber a forma tradicionalmente opressiva e violenta pela qual os homens ainda hoje são socializados. É bastante comum que os machos tenham que renunciar à sua liberdade, negando seus sonhos, seus desejos, sua história de vida e seus limites, visando a uma aceitação e a uma adequação sociais. O homem violento é induzido a considerar seu próprio corpo como uma ferramenta, uma máquina ou uma arma, usada para enfrentar e para agredir seus adversários, que passam a ser considerados como meros objetos (Messner, 1987). As relações com as mulheres também se tornam confusas, pois os homens, ao não reconhecerem seus limites e suas potencialidades, têm dificuldade de lidar e de aceitar as conquistas femininas. Os filhos destes homens também se sentem confusos quanto à sua própria subjetividade masculina, pois já não adotam o modelo paterno de identificação. Para Corneau (1993), são as seguintes as características da *paternagem* inadequada: violência física ou simbólica regulares; ausência prolongada; indução de culpa; falta de resposta às necessidades de afeto e de dedicação; ameaças de abandono com objetivo de punição ou de disciplina; “agarramento” ao filho para que ele cresça rápido demais para sua idade; e fazer do filho o “bode expiatório” da patologia familiar.

O FUTURO DE UMA SUBJETIVIDADE

Aqui, podemos, quando muito, ousar fazer algumas conjecturas acerca do possível destino da subjetividade masculina nos tempos vindouros. Os únicos dados seguros são que os homens já não são os mesmos e que a subjetividade masculina vem se transformando ao longo do tempo. Portanto, também o caráter violento do macho humano sofre as mudanças que a sociedade e a cultura vêm absorvendo. Nenhuma violência, mesmo simbólica, se mantém de forma duradoura e eficaz, se as regras que ela sanciona instituem relações arbitrárias que favoreçam sistematicamente uma parte em prejuízo da outra (Boudon & Bourricaud, 1993). Se

pudermos entender que o homem violento dos tempos atuais é uma tentativa desesperada de reassumir uma subjetividade impossível e um poder perdido, tal tentativa parecerá vã na medida em que busca se impor através de atitudes destrutivas dos elos que unem os indivíduos e que visa a inibir a manifestação da polissemia e da diversidade do humano.

Badinter (1993) parece crer que a masculinidade contemporânea se distingue bastante da virilidade do sistema patriarcal, pois é sutil, múltipla e necessariamente associada à feminilidade, num tipo de *androginia*, composto de elementos femininos e masculinos. A masculinidade do futuro manterá sua fragilidade e sua força, não sendo o resultado de uma brusca ruptura com o universo feminino conduzido por estranhos, mas o produto da participação paterna desde o nascimento de seus filhos. Entretanto, não me parece muito seguro que os homens se tornem integrados e que desenvolvam subjetividades consistentes e reconhecidas por si mesmos e por seus congêneres, pelo menos em tão pouco tempo quanto seria desejável, pois isso depende de relações sociais, de uma sociedade e de uma cultura mais justas e harmoniosas, que ainda estamos longe de concretizar.

Para Bourdieu (1990), “só uma ação coletiva visando a organizar uma luta simbólica capaz de colocar em questão praticamente todos os pressupostos tácitos da visão falo-narcísica do mundo pode determinar a ruptura do acordo imediato entre as estruturas incorporadas e as objetivadas que é a condição de uma verdadeira conversão coletiva das estruturas mentais” (p. 30). De acordo com Falconnet e Lafaucheur (1979), apenas desta forma homens e mulheres se uniriam com a meta de evitar a alienação dos papéis masculinos e femininos conforme a configuração atual, criando uma nova sociabilidade, sabedores de que pouco adianta inverter ou mesmo igualar os papéis sexuais, sociais, familiares e profissionais de acordo com os interesses do Estado e do lucro, sem levar em conta os reais interesses das pessoas. Para tanto, faz-se necessário o enfrentamento de alguns temas incômodos no modelo vigente:

- 1) muitos homens ainda necessitam constantemente demonstrar capacidade e força;
- 2) a expressão de sentimentos pelos homens continua limitada;
- 3) muitos permanecem dirigindo suas vidas para áreas competitivas;
- 4) inúmeros deles mantêm a função de servidores e de provedores das mulheres;

- 5) suas ocupações ainda se voltam com frequência para “questões sérias”, como o trabalho, a política e a economia;
- 6) em consequência, o contato sensível com a natureza, com os amigos e com os filhos se perde;
- 7) finalmente, permanece sobre os homens a proibição de não saber, de não poder, de não se equivocar e de não fracassar.

Assim, acreditamos que, enquanto persistirem perspectivas sexistas unilaterais que subdividam as atividades humanas e as relações sociais em atividades masculinas *ou* femininas, a subjetividade masculina permanecerá confusa e a freqüente reação violenta dos homens diante das mudanças pessoais e sociais permanecerá sendo um inquietante elemento de desestruturação social.

REFERÊNCIAS

- Amorim, M.M. (1995). *Labirintos da autonomia: A utopia socialista e o imaginário em Castoriadis*. Fortaleza: Edições UFC.
- Badinter, E. (1993). *XY: Sobre a identidade masculina* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Boudon, R., & Bourricaud, F. (1993). *Dicionário crítico de sociologia*. São Paulo: Ática.
- Bourdieu, P. (1990). La domination masculine. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 84, 2-31.
- Corneau, G. (1993). *Pai ausente, filho carente: O que aconteceu com os homens?* São Paulo: Brasiliense.
- Corneau, G. (1995). Paternidade e masculinidade. In S. Nolasco (Org.), *A desconstrução do masculino* (pp. 43-52). Rio de Janeiro: Rocco.
- Erikson, E.H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Falconnet, G., & Lefaucheur, N. (1979). *La fabrication des mâles*. Paris: Éditions du Seuil.
- Freud, S. (1972). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas* (vol. VII, pp. 123-252). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicada em 1905.

- Freud, S. (1976). Sobre as teorias sexuais das crianças. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas* (vol. IX, pp. 211-228). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicada em 1908.
- Freud, S. (1976). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas* (vol. XIX, pp. 303-320). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicada em 1925.
- Freud, S. (1976). A questão da análise leiga: Conversações com uma pessoa imparcial. In *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas* (vol. XX, pp. 205-293). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicada em 1926.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas* (2ª ed.). São Paulo: UNESP.
- Girard, R. (1990). *A violência e o sagrado*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra.
- Highwater, J. (1992). *Mito e sexualidade*. São Paulo: Saraiva.
- Jost, A. (1978). Le développement sexuel prénatal. In E. Sullerot (Ed.), *Le Fait Féminin* (pp. 85-90). [S.l.]: [s.n.].
- Messner, M. (1987). The life of a man's seasons: male identity in the life course of the jock. In S. Kimmel (Ed.), *Changing men: New directions in research on men and masculinity* (pp. 53-67). [S.l.]: Sage Focus.
- Nolasco, S. (1993). *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Rousseau, J.-J. (1969). *Emile*. Livro V. Paris: La Pléiade, Gallimard. Originalmente publicada em 1757.
- Stoller, R. (1973). Faits et hypothèses: un examen du concept Freudien de bisexualité. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 7, 135-155.
- Stoller, R. (1989). *Masculin ou féminin?* Paris: PUF.
- Tucker, P., & Money, J. (1975). *Os papéis sexuais*. São Paulo: Brasiliense.

O DIREITO DOS ALUNOS A UM TRABALHO DE EDUCAÇÃO
SEXUAL INTENCIONAL: UM OLHAR SOBRE A HOMOFOBIA NA
ESCOLA

*Graziela Raupp Pereira*¹ / *Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia*²

¹Universidade de Aveiro; ²Faculdade de Direito do Sul de Minas

A homofobia na escola não para de causar prejuízos ao desenvolvimento físico e psicológico de crianças e adolescentes. Da afirmação anterior se deve inferir que o impacto desta nas crianças e adolescentes muda de panorama despontando novos desafios como por exemplo: a convivência com a diversidade sexual, em especial na escola, o preconceito, a discriminação das pessoas, a chegada da adolescência, o início a vida sexual, a violência, entre outros.

De acordo com Herek (2004), a palavra homofobia, marcado nos anos de 1960 na área da psiquiatria, auxiliou no entendimento da origem psicossocial do estigma e do preconceito anti-homossexual. A abordagem psicológica da homofobia refere-se aos sentimentos e às percepções negativas a respeito da homossexualidade e às consequências que ambos têm na conduta individual.

O Brasil pela sua dimensão tem vindo a apresentar várias propostas de combate e enfrentamento da homofobia escolar. Entretanto, a realidade, por outro lado, é bem outra. Em uma pesquisa feita na Parada do Orgulho LGBT do Rio de Janeiro, “40% dos adolescentes homossexuais entrevistados contaram já haver sofrido casos de discriminação dentro da Escola. Entre jovens de 19 a 21 anos, 31% se referiram a discriminações na escola ou na faculdade” (Bortolini, 2008).

Nos últimos anos, houve melhorias significativas, no que se refere as políticas públicas e de investimentos. No entanto, estas estão longe do necessário para promover uma resposta efectiva a esta problemática, sendo necessário apostar na formação como possibilidade ao direito dos alunos a um trabalho de educação sexual intencional.

A escola é essencial na construção do ser humano, na sua socialização e nesta, o seu desenvolvimento pleno e tranquilo. É através da convivência, da troca de experiências, do relacionamento entre as pessoas, da não discriminação que a escola promoverá e propiciará a socialização das crianças e dos adolescentes, independentemente da sua orientação sexual, e a sua aprendizagem nos mais diversos campos de conhecimento, incluindo aí a sexualidade (Pereira, Silva, Melo, & Reis, 2008).

A responsabilidade de educar sexualmente compete a todas as instâncias comprometidas com a educação, em especial a família e a escola. Desde a escola é possível e necessário realizar uma educação para a sexualidade, o respeito e a saúde.

Diante dessa realidade, as dinâmicas resultantes da prática do professor são de suma importância nas mais diversas disciplinas, implicando no entendimento e decisão de diversos problemas. Estes, certamente, sempre exprimem respeito às circunstâncias da organização do sistema de ensino, às carências pessoais dos educandos, bem como suas relações sociais e políticas. Facto que tem demandado, dos professores, perfeição no seu agir profissional e um vasto conhecimento, bem como, uma reflexão aprofundada nas revisões políticas e práticas educativas de inúmeros países.

O desfecho da homofobia escolar, como também a socialização e a qualidade de vida dos alunos homossexuais se deve principalmente aos conhecimentos e informações dos indivíduos. É, neste contexto, que se insere este estudo. O seu alvo principal é avaliar e reflectir sobre as necessidades de uma pré-intervenção na escola sobre o direito dos alunos a um trabalho de Educação Sexual Intencional, como meio de formar cidadãos sem preconceitos frente às questões sexuais, criando um ambiente livre de homofobia dentro das instituições de ensino, o que poderá se reflectir para fora de seus muros. Sendo a Educação, especificamente neste estudo, a Educação Sexual Intencional uma fundamental ferramenta de combate ao preconceito e a violência contra as diversidades sexuais. Outrossim, quando, aqui, se enfatiza o papel da escola como ambiente igualador ou compensador por ele próprio das diferenças culturais, respeitando e protegendo as minorias ideológicas, faz-se extremamente necessário destacar que por detrás dessas concepções, se ergue a idéia de que as culturas minoritárias, apesar de diferentes, são iguais (Bahia & Nunes, 2009). Importa perceber que o que se propõe aqui não é mera “tolerância”, mas “reconhecimento”, é dizer, não basta aqui que a escola “suporte” este aluno (pseudo) “diferente”, mas sim que efetiva e positivamente o reconheça, em sua identidade, em sua diferença.

A falta de investimentos na formação de professores e em toda a comunidade escolar em educação sexual parece ser uma grande lacuna bem como um dos maiores obstáculos para a promoção e o desenvolvimento da qualidade de vida dos alunos homossexuais. Tais

obstáculos são mais pertinentes ao nível das metodologias de ensino e aprendizagem em diversidade sexual.

Assim a utilização de paradigmas de mudança de comportamentos pelos professores, implica necessariamente que no seu processo de formação se inclua novas metodologias de ensino que lhes permitam actuar a nível da Educação Sexual nas escolas e os habilite com competências para pôr em prática projectos de Educação em diversidade sexual. Diante da complexidade da realidade educacional apresentada, é esperado progresso através das novas tecnologias da informação e da comunicação.

Sendo a Educação, especificamente neste estudo, a Educação Sexual Intencional uma fundamental ferramenta de combate ao preconceito e a violência contra as diversidades sexuais é imperioso a mudança de comportamento e atitudes por parte de todo o sistema educacional, visando uma reflexão sobre a formação numa perspectiva contínua e sistemática, em que sejam enaltecidas as experiências, as histórias de vida e metodologias de ensino e aprendizagem inovadoras, bem como sensibilizar os sistemas de formação para a necessidade de se investir na formação inicial e contínua dos professores, particularmente na área da Educação Sexual Intencional, com o objectivo de construir um processo sistemático de reflexão e debate sobre esta temática de forma a garantir o direito à escola a todas as pessoas sem discriminação.

REFERÊNCIAS

- Bahia, A.G.M.F., & Nunes, D.J.C. (2009). O potencial transformador dos direitos privados no constitucionalismo pós-88. *Revista dos Tribunais*, 882, 45-60,
- Bortolini, A. (2008, coord.). *Diversidade Sexual na Escola*. Rio de Janeiro: Pró-Reitoria de Extensão/UFRJ.
- Herek, G.M. (2004). Beyond Homophobia: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-first Century. *Sexuality Research and Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Pereira, G.R., Silva, C.F., Melo, S.M.M., & Reis, M.A. (2008). O Currículo em Educação Sexual de Portugal e do Brasil: algumas reflexões sobre as orientações. In *Anais Eletrônicos do VIII Colóquio sobre Questões Curriculares – IV Colóquio Luso-Brasileiro*. Florianópolis: UFSC/CED/NUP.

A INFORMAÇÃO COMO DIREITO À PROMOÇÃO DA SAÚDE:
UMA PROPOSTA DE TRABALHO DE EDUCAÇÃO SEXUAL
EMANCIPATÓRIA INTENCIONAL NO BRASIL E EM PORTUGAL

Graziela Raupp Pereira¹ (graziela.pereira@ua.pt) /
Carlos Fernandes da Silva¹ / Sonia Maria Martins de Melo² /
Maria A. Gomes de Souza Reis³ / Paulo Nossa⁴

¹Universidade de Aveiro; ²Universidade do Estado de Santa Catarina;

³Univ. Federal do Estado do Rio de Janeiro; ⁴Universidade do Minho

Há emergência de mudanças no processo de formação de educadores para que se percebam também como educadores sexuais, tendo em conta que o conhecimento acerca da sexualidade também, como todos os outros conhecimentos humanos, é construído na prática histórico-cultural, incluídas aí as relações de poder e das relações de género de cada momento histórico, daí a necessidade de que na formação inicial tais educadores já sejam sensibilizados para actuar com competência e qualidades adequadas para enfrentar os novos desafios, com relação ao tema Promoção da Saúde Sexual, numa perspectiva emancipatória.

O direito à saúde sexual está contemplado nos Direitos Sexuais como Direitos Humanos de acordo com a Declaração aprovada no dia 26 de agosto de 1999, pela Assembléia Geral da Associação Mundial de Sexologia em Hong Kong na China, onde referem que o cuidado com a saúde sexual deve estar disponível para a prevenção e tratamento de todos os problemas sexuais, preocupações e desordens. Os Direitos Sexuais são Direitos Humanos Fundamentais e Universais (apud Melo & Pocovi, 2002). 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 os cuidados 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 sobre nos currículos escolares, que acabam se expressando em um currículo oculto repressor e seus desdobramentos socioculturais, que podem transitar dessa negação de tratar explicitamente do tema a uma posição viabilizadora de uma possível educação emancipatória e de promoção da saúde sexual e reprodutiva, se for feita uma opção político-pedagógica intencional nesta direcção. 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. 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 para a prevenção das DST/AIDS.

Aliada a essas questões emerge outra que se refere à formação de professores 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. O presente trabalho apresenta estudos que identifiquem a Educação Sexual Emancipatória Intencional no Ensino Superior como Direito à Promoção da Saúde dos futuros professores e de seus futuros alunos.

UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES...

Relativamente à dimensão da nossa investigação emerge do nosso estudo uma proposta de um curso de extensão em educação sexual intencional como direito à informação para a prevenção das DST/AIDS em Portugal e no Brasil, intitulada “Reflexões e Debates Sobre as Práticas Educativas Intencionais em Educação Sexual: questões e factos contemporâneos”. Trata-se de uma proposta de estudo comparativo entre os dois países tendo em vista as diferenças de contexto social, histórico e cultural e visa provocar reflexões e debates sobre a sexualidade que se esconde nos currículos escolares, trazer à tona a própria sexualidade que se silencia em cada um dos envolvidos, estimulando-os a pensar criticamente sobre ela e sobre sua prática educativa intencional, que se movimenta em meio a questões e fatos contemporâneos e que vêm se tornando preocupação constante das famílias e do Estado face aos avanços das DST e HIV/AIDS. Portanto, propomo-nos: – possibilitar aos participantes deste curso uma discussão sobre a temática sexualidade, levando-os a uma reflexão crítica e elucidativa sobre as suas atitudes e comportamentos, permitindo auxiliá-los no preenchimento de lacunas de informação em relação à sexualidade e ao seu próprio corpo; promover discussão de aspectos importantes como doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS; bem como, conhecer metodologias da sua prevenção e de combate aos preconceitos predominantes nas comunidades escolares, relativamente a diversidade sexual, assim como o relacionamento a ter com pessoas com HIV/AIDS e a violência sexual; – implementar estratégias para informar e conscientizar os participantes da importância de uma formação inicial e

continuada em Educação Sexual em virtude da relação entre esta e o aumento de comportamentos promotores de saúde.

Assim, urge efetuar um trabalho sistemático com os futuros professores em relação à educação sexual, fundamentada e segundo modelos de intervenção empiricamente validados e a validar nesta investigação. Porém, esse trabalho deverá ser feito na perspectiva de uma abordagem emancipatória (Nunes, 1998) tendo em conta as diferenças de contexto social, histórico e cultural (Brasil e Portugal).

MÉTODO

O método implementado na investigação tem como pressuposto básico a investigação/ação, de natureza longitudinal e correlacional. A análise de conteúdo, dos dados qualitativos, foi observada mediante o software Nvivo7.

É um estudo exploratório de um projeto mais amplo, que tem por finalidade realizar uma investigação comparativa entre Brasil e Portugal, tendo em vista o desenvolvimento de um programa de formação de futuros professores em Educação Sexual Emancipatória Intencional.

Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por quarenta e três ($N=43$) futuros professores (alunos universitários em formação para professor) dos cursos de Licenciatura de Pedagogia (equivalente em Portugal a Licenciatura de Educação Básica), das diversas fases/anos, de duas universidades públicas do sul do Brasil, sendo uma amostra intencional de 200 sujeitos de cada país, num total de 400 sujeitos.

Material

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 professores em educação sexual mais em profundidade do que em dimensão.

Foram utilizados na investigação, instrumentos de análise qualitativa, de acordo com a aplicação de um questionário de auto-avaliação da “Existência ou não de educação sexual e da sua Importância”, com os

alunos (futuros professores); aplicação de um programa (5 sessões) de formação de futuros professores para aquisição de conhecimentos sobre sexualidade, mudança de atitudes e comportamentos face à mesma e tomada de consciência da necessidade e importância da educação sexual emancipatória intencional nas escolas, para um desenvolvimento pleno, tranquilo, sadio do aluno, bem como medida preventiva das DST/AIDS e de promoção de comportamentos sócio-sexuais saudáveis.

Dentro do plano das sessões com os futuros professores estão previstos 5 módulos, a saber: Módulo 1: discussão dos objetivos e metodologia do programa. “Aquecimento” do grupo, mediante técnicas de dinâmica de grupos; Módulo 2: apresentação e discussão de mitos, preconceitos e discussão de conceitos, atitudes e comportamentos na área da sexualidade; de mecanismos de transmissão sexual de doenças e de comportamentos imunogênicos e patogênicos; Módulo 3: treino de competências de aprendizagem social (*role play e role taking*), de gestão de crítica social e de *peer counseling* e *peer teaching* (aprendizagem pelos pares); Módulo 4: continuação do treino de competências do módulo anterior; Módulo 5: entrevista estruturada aos futuros professores e auto-avaliação final da ação.

RESULTADOS

Este estudo faz parte de uma investigação mais abrangente, sendo que aqui são apenas tidos em consideração os resultados do primeiro encontro do curso de extensão das 4 turmas participantes no Brasil.

Dos quarenta e três ($N=43$) futuros professores inquiridos, apenas três ($N=3$) afirmaram não querer mais formação relacionada à educação sexual intencional, sendo a grande maioria favorável a necessidade desta temática nas instituições de Ensino Superior.

Registra-se também a maior prevalência da amostra com relação *aos temas* a serem trabalhados, onde vinte e quatro ($N=24$) dos inquiridos destacam a importância de se abordar a sexualidade infantil, nove ($N=9$) sujeitos apontam para a questão da diversidade sexual, dez ($N=10$) para a prevenção das DST/AIDS, sete ($N=7$) para a questão de género, três ($N=3$) para a sexualidade nos media e três ($N=3$) para o contacto com os pais sobre o tema.

Ao conviverem com a questão da educação sexual emancipatória e intencional no seu quotidiano, os futuros professores, constroem as suas aceções a respeito dela. A seguir apresentamos estudos que identifiquem a Educação

Sexual Emancipatória Intencional no Ensino Superior como Direito à Promoção da Saúde dos futuros professores e de seus futuros, bem como a importância e o interesse que o tema tem suscitado, considerando-o uma inquietação imutável, a partir dos testemunhos dos sujeitos deste estudo:

“... nos dias de hoje é necessário alertar as pessoas sobre os diversos problemas que ocorrem, há falta de informação sobre o tema; deveria fazer parte do currículo escolar, já desde o Ensino Fundamental” (equivalente em Portugal ao 1º e 2º Ciclo) (A 20).

Cada vez mais as instituições educacionais têm sido convocadas a enfrentar as transformações das práticas sexuais contemporâneas, uma vez que seus efeitos se fazem alardear no quotidiano escolar. No sentido de reverter este quadro, as instituições de ensino têm sido confrontadas diariamente, no intuito de tornar a questão da educação sexual intencional e, nela as DST/AIDS em algo discutido, conversado com tranquilidade, para que o ser humano possa relacionar-se melhor com ele próprio e com os outros (Almeida, Silva e Cunha, 2005; CCPES, 2000; Crawford, 2008; Pereira, 2008).

“Considero de suma importância, principalmente quando se forma professores. Penso que a formação pode ser feita de forma gradual, adentrando o currículo do curso e não apenas uma disciplina” (A 21).

“É essencial que haja educação sexual nas universidades, porém nem todos os cursos aceitarão o tema com facilidades. Para a área das ciências humanas, esta temática proporciona repensar, analisar e avaliar paradigmas e estereótipos, nas quais construímos a nós mesmos e assim propor idéias mais justas e livres para a sociedade” (A 26).

No entanto, estudos sobre educação sexual 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 (GTES, 2007; Lopes, 2006; Melo, 2004).

“... este é um assunto que precisa ser discutido em todos as instituições, em todos os espaços, porque se o machismo é tão forte neste país é porque está faltando muito esclarecimento nesta área” (A 28).

“Muito importante, porque possibilita a re-construção de paradigmas...deve acontecer de modo que propicie troca de conhecimento, respeitando cada sujeito” (A 18).

“... acredito que seja importante lidar com questões que estão muito impregnadas a nós, como a sexualidade, gênero, concepções, conceitos construídos historicamente...” (A 19).

“... acredito que educação sexual acontece de qualquer maneira seja de forma intencionada e esclarecedora ou não. E por isso acredito que essa educação deva acontecer com intenção e sem tabus, para que exista essencialmente duas consequências internas: saber e se entender bem consigo mesmo e saber lidar com as diferentes situações apresentadas no dia-a-dia” (A 41).

O que não é diferente em outros estudos (Figueiró, 2006; Melo & Pocovi, 2002; Pereira e Pereira, 2008) que revelam que os professores, 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.

“Considero importante, porque estou no ensino superior e tenho dúvidas de como trabalhar a educação sexual futuramente como professora” (A 43).

“Considero muito importante, principalmente para nós que vamos trabalhar na área da educação, com crianças, adolescentes. É preciso estar preparado para dúvidas e repasse de informações” (A 35).

“Considero importante sim, pois estaremos em salas de aula logo mais, e nos deparemos com inúmeras situações que abordam o tema, e para isso teremos que estar mais preparadas” (A 38).

Diante esse quadro, a formação intencional inicial dos professores na reflexão crítica, para uma atuação consciente em educação sexual torna-se essencial para que a discordância de concepções não se traduza num impedimento a uma proposta de formação sexual emancipatória dos alunos.

DISCUSSÃO

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 e reprodutiva, a partir de um articulado de investigação e formação inicial no Brasil e em Portugal, sendo que o vírus da AIDS não tem fronteira, constitui um aspecto inovador deste trabalho. De acordo com a perspectiva histórico-cultural, a sexualidade é uma das dimensões do ser humano, que se constrói e aprende como parte integrante do desenvolvimento da personalidade. E, sendo as instituições educacionais o lugar principal para se trabalhar os saberes, as competências e as mudanças de

comportamentos, representam um contexto favorável e apropriado para o desenvolvimento de atividades educativas emancipatórias, trabalhando nas mais diversas áreas do conhecimento humano. Desta forma, mais do que nunca, há de se investir nas questões da educação sexual intencional e nela a prevenção das DST/AIDS, entendida como um direito à saúde sexual, desmistificando preconceitos e tabus existentes na educação das pessoas. Isto demanda, portanto, estratégias pedagógicas apropriadas, visando à formação inicial do professor.

Este estudo faz parte de uma investigação mais abrangente e direcciona para a necessidade de um maior investimento no Ensino Superior neste tema, num entendimento amplo do direito dos futuros professores e de seus futuros alunos à informação científica correcta que lhes permita uma vida saudável e cidadã.

Mesmo que tratar da prevenção das DST/AIDS possa aparentemente apontar para uma vertente biologistica de educação sexual, entendemos que, nessa proposta ela insere-se num entendimento amplo do direito dos alunos/professores à informação científica correcta que lhes permitirá uma vida saudável e cidadã. Desta forma, espera-se que esta proposta se constitua numa mais valia quer para os futuros professores do Brasil, quer para os de Portugal 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

- De Almeida, A.D.L., Silva, C.F., & Cunha, G.S. (2005). *Os adolescentes e o VIH/SIDA: Estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/SIDA. Saúde dos adolescentes*, 23(2), 105-112.
- CCPES (2000). O que é saúde na escola – Guião orientador para escolas promotoras de saúde. Editorial do Ministério da Educação. Portugal.
- Crawford, M. (2008). *Viver o Sexo com Prazer*. A Esfera dos Livros, Lisboa, Portugal.
- Figueiró, M.N.D. (2006). *Formação de educadores sexuais: adiar não é mais possível*. Campinas, SP: Mercado de Letras; Londrina, PR: Eduel, Coleção Dimensões da Sexualidade.

- Kelle, U. (2001). *Sociological explanations between micro and macro and the integration of qualitative and quantitative methods*. Forum: Qualitative Social Research, 2(1-February).
- Lopes, J.C.F. (2006). *Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA: conhecer para educar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Melo, S.M.M. (2004). *Corpos no Espelho*. A percepção da corporeidade em professoras. Campinas, SP:Merc Letras.
- Melo, S.M.M., & POCÓVI, R.M. de S. (2002). *Educação e Sexualidade*. Caderno Pedagógico; v. 1. Fpolis: UDESC.
- Pereira, G.R., & Pereira, A. (2008). *HIV/AIDS Teaching and Learning Necessities*. In M. Muñoz, I. Jelinek, & F. Ferreira (Orgs.). In *International Association for the scientific Knowledge. Proceedings of the IASK International Conference* (pp. 608-613). Aveiro, Portugal.
- Pereira, G.R. (2008). Estratégias e Conhecimentos Teórico-Práticos Frente a AIDS no Brasil. In *Anais do II Congresso Nacional de Educação para a Saúde no século XXI: Teorias, Modelos e Práticas* (pp. 872-880). Évora: Universidade de Évora.
- Pereira, G.R. (2007). *Desenvolvimento de um Programa de Intervenção Psicopedagógico de Suporte à Criança Infectada pelo VIH*. Dissertação de Doutoramento Depto Ciências da Educação, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Pesquisas Coordenadas do Exterior ou com Participação Estrangeira. Resolução 292/99 do Conselho Nacional de Saúde. Unimep. Disponível em: <http://www.unimep.br/cepesquisa/resolucoes/resolucaoCNS292-99.htm>
- WAS. (2000). *Declaração dos direitos sexuais como direitos humanos*. Hong-Kong: WAS.

*VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA PTSD.
CHECKLIST EM MULHERES SOBREVIVENTES AO CANCRO DA MAMA*

Inês Alvarez (ialvarez@ispa.pt) / Isabel Leal / João Maroco

Unidade de Investigação de Psicologia e Saúde, ISPA – Instituto Universitário

A perturbação de pós stress traumático foi considerada como uma entidade psicopatológica pela APA (American Psychiatric Association), a partir de 1980, no DSM-III. A primeira classificação descrevia a perturbação de pós stress traumático como uma reacção de medo intenso, impotência ou terror desencadeado pela vivência e/ou testemunha de acontecimentos relacionados com a morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física do próprio ou de terceiros (critério A). Esta abordagem excluía doenças crónicas, mortais e/ou incapacitantes como o cancro.

Com o aumento do corpo de pesquisa da perturbação de pós stress traumático, assim como das sequelas psicológicas associadas ao diagnóstico de doenças graves (incluindo as oncológicas), o DSM-IV ampliou a gama de stressores capazes de desencadear este tipo de resposta traumática. A alteração dos critérios de diagnóstico conduziu a modificações na própria etiologia e epidemiologia da perturbação de pós stress traumático (Palmer, Kagee, Coyne, & DeMichele, 2004).

Considera-se que a perturbação de pós stress traumático pode surgir no contexto de doenças causadoras de sofrimento clinicamente significativo, prejuízo psicossocial e/ou perturbação do normal funcionamento dos indivíduos (Berger, Mendlowicz, Souza, & Figueira, 2004).

Estudos epidemiológicos internacionais estimam que entre a 25% a 33% dos indivíduos sujeitos a eventos traumáticos, incluindo o cancro, acabam por desenvolver perturbação de pós stress traumático (Yehuda, Resnick, & Kahana, 1993).

Actualmente, e de acordo com o DSM-IV (2000), a perturbação de pós stress traumático caracteriza-se por um conjunto de comportamentos, pensamentos e sentimentos que persistem ao longo do tempo (critério E: mais de um mês), tendo na sua origem um acontecimento de vida (intrínseco ou exterior ao indivíduo) considerado traumático, que causa um mal-estar clinicamente significativo e perturba o ajustamento social, laboral ou relacional da pessoa ao seu quotidiano. Esta enunciação enfatiza tanto os aspectos subjectivos e psicológicos da vivência como as suas dimensões objectivas. Os sintomas manifestos podem organizar-se em três grupos: reexperiência do acontecimento traumático (critério B: recordações aflitivas, pensamentos recorrentes, flashbacks, pesadelos), evitamento dos estímulos associados ao

trauma (critério C: entorpecimento emocional, lapsos de memória) e activação aumentada, uma amplificação da reactividade e ansiedade face aos mesmos (critério D: excitabilidade, insónia, irritabilidade, sobressalto). Os sintomas podem surgir isoladamente ou podem ser observadas constelações dos três tipos de resposta perturbada (Yehuda, 2002).

Em síntese, o estudo da perturbação de pós stress traumático centrou-se inicialmente em populações sobreviventes a circunstâncias/eventos externos e extremos considerados ameaçadores da vida, integridade e/ou dignidade da pessoa visada para posteriormente incluir pessoas que padecem de doenças físicas incapacitantes, traumáticas e potencialmente ameaçadoras da vida (Gurevich, Devins, & Rodin, 2002).

Neste contexto, a doença oncológica pela sua elevada incidência e mortalidade, pelo estigma social associado, pelo impacto psicológico, familiar e social e mesmo pela contundência dos tratamentos tem sido considerada por numerosos investigadores como um palco propício ao desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático (Perez & Gáldon, 2002). Tal como ocorre em situações de abuso sexual crónico ou experiência militar extrema, o trauma associado ao cancro é complexo e multifactorial, uma vez que os acontecimentos perturbadores ocorrem de forma continuada e/ou repetida, pairando sempre o fantasma do desfecho ameaçador (Andrykowski, Cordova, Studts, & Miller, 1998).

Concomitantemente, com o acréscimo da esperança de vida destes pacientes, relacionada com uma melhoria das intervenções médicas e precocidade dos diagnósticos, aumenta também a preocupação com a qualidade de vida dos sobreviventes desta patologia que comumente se torna crónica, sobretudo através da indagação das sequelas psicológicas, mecanismos de adaptação e ajustamento psicossocial inerentes (Varela & Leal, 2008).

Por ser a neoplasia mais frequente e insidiosa entre as mulheres (Costa, 2004), pelo impacto negativo quer ao nível da imagem corporal, auto-estima e vida familiar das visadas, têm decorrido investigações em todo mundo para determinar o impacto psicológico do cancro de mama nas mulheres que lhe sobrevivem, no sentido de melhor compreender e potenciar o ajustamento a esta condição.

Dias (2002) considera que as sofredoras de neoplasias mamárias são um grupo de risco no que concerne a sequelas emocionais, cognitivas e comportamentais. As pacientes frequentemente apresentam depressão, angústia e medo, perturbações psicossomáticas, baixo auto-conceito e auto-imagem e pós stress traumático.

As mulheres diagnosticadas com este cancro estão sujeitas a muitos stressores. O diagnóstico é considerado genericamente pelos investigadores

como o momento mais traumático. Contudo, os procedimentos médicos que se seguem são frequentemente perturbadores, assim como os efeitos secundários dos tratamentos. Para além dos desafios fisiológicos da doença e do tratamento as pacientes com cancro de mama passam por uma montanha russa de ameaças e perdas (Urcuyo, Boyers, Carver, & Antoni, 2005).

A presença de sintomas relacionados com pós stress traumático encontra-se num grande número destas mulheres: até 80%, segundo Alter e colaboradores (1996), e algumas chegam a desenvolver o quadro clínico que permite diagnosticar a síndrome de pós stress traumático (cerca de 35%). Uma investigação mais recente efectuada por Palmer e colaboradores (2004), com uma amostra de 115 pacientes em diferentes estadios de cancro de mama, revelou que apenas 4% destas mulheres podiam ser diagnosticadas com perturbação de pós stress traumático, já 41% apresentavam uma variante subclínica da doença. Estas mulheres experimentavam sentimentos de medo intenso, impotência, e mesmo terror após o seu diagnóstico.

Observou-se também que a incidência da sintomatologia associada é ainda mais expressiva na reincidência da doença do que no momento do diagnóstico inicial, permitindo auferir uma evolução do impacto psicológico do cancro ao longo da progressão da doença. Um artigo inventariou um amplo registo de dificuldades psicossociais experimentadas por estas mulheres. Mesmo quando não era possível fazer um diagnóstico de perturbação de pós stress traumático existia um sofrimento subclínico caracterizado por pesadelos, insónias, dificuldades de ajustamento (profissionais, relacionais, sexual), perturbações na auto-estima e auto-imagem (Melo, Leal, & Maroco, 2006).

Outras investigações relacionam o inegável sofrimento psicológico e stress com a mortalidade destas pacientes, pelas suas repercussões no ajustamento, depressão do sistema imunitário e prejuízo na adesão aos tratamentos (Menhert & Koch, 2007). Torna-se, consequentemente, de extrema importância averiguar o impacto real nesta população de sintomas de stress, sua gestão, e suas condicionantes.

A percepção de que a experiência de circunstâncias traumáticas pode acarretar sequelas duradouras e nefastas na vida daqueles que lhes sobrevivem, impactando o seu ajustamento ao quotidiano e o seu bem-estar físico, psicológico e social, levou ao desenvolvimento de numerosos instrumentos psicométricos que procuram aceder e diagnosticar a presença de perturbação de pós stress traumático, ou alguns dos seus sintomas.

Dentro de um manancial de instrumentos podemos destacar o PTSD Checklist (Weathers, Huska, & Keane, 1991) por ter sido elaborado de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV, ser um instrumento que

permite um auto preenchimento breve e eficaz que se tem provado uma ferramenta fidedigna na sua avaliação. Para além de possibilitar um diagnóstico esta escala também identifica o tipo de sintomatologia traumática mais frequente.

O PTSD Checklist Civilian (PCL-C) é composto por 17 itens, que permitem aceder aos três parâmetros referenciados como indicadores de perturbação de pós stress traumático: intrusão, evitamento, activação aumentada. Trata-se de um instrumento auto administrado no qual os sujeitos assinalam o seu grau de concordância numa escala de Likert de 5 pontos.

A versão original do PCL-C apresenta para os critérios do grupo B uma consistência interna (coeficiente de alfa) de 0,90, para o grupo C de 0,89 e para o grupo D de 0,91. Considerando a totalidade dos itens o alfa é de 0,96, ou seja, muito elevado (Weathers et al., 1993). A comparação com outras escalas como a de Mississippi, a SCID e a IES mostra forte correlação entre elas e revela que a eficiência diagnóstica do PCL-C (igual a 0,9) supera as suas congéneres (Blachard, 1996).

A adaptação desta escala para indivíduos a quem foi diagnosticada uma patologia oncológica foi efectuada por Cordova e colaboradores (1995), revelando que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas, nomeadamente no que concerne à sua fidelidade.

MÉTODO

Participantes

Para este estudo da adaptação da PCL-C, a amostra foi constituída por 199 mulheres sobreviventes de cancro de mama, abordadas numas das suas visitas ao Movimento Vencer e Viver e por contacto telefónico após cirurgia na Maternidade Alfredo da Costa. Apenas foram consideradas as mulheres que tenham terminado todos os tratamentos, referentes ao cancro de mama, há pelo menos 6 meses.

Material

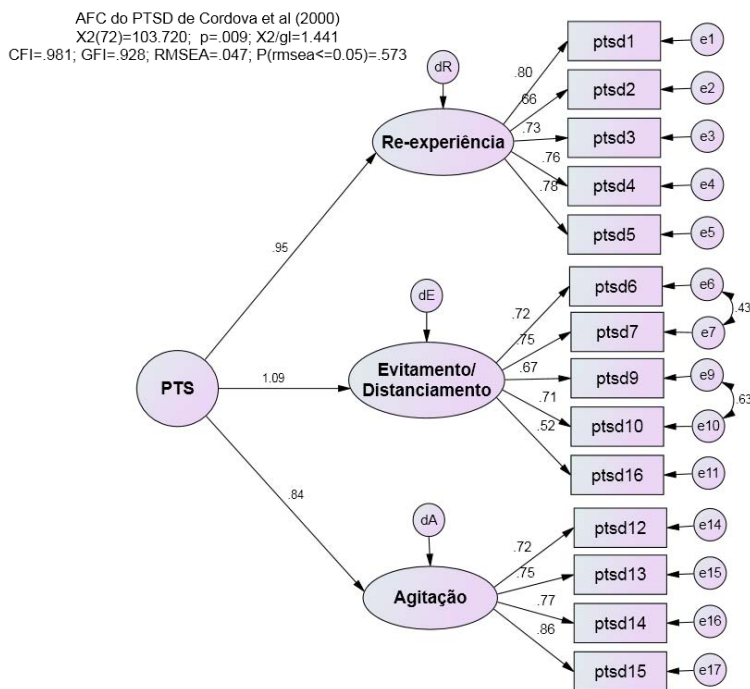
Foi aplicada uma versão traduzida e adaptada por Leal (2005) da *PTSD Checklist Civilian Version* (PCL-C), de Weathers, Huska, e Keane (1991).

Procedimento

Para confirmar a validade factorial da estrutura da escala SPT proposta por Cordova et al. (2000) foi efectuada uma análise factorial confirmatória com o software AMOS (v18, SPSS Inc, Chicago, IL). A qualidade do ajustamento foi avaliada com os índices X^2/gf ; CFI; GFI e RMSEA de acordo com Schumaker e Lomax (2004).

RESULTADOS

A estrutura tri-factorial com factor de 2ª ordem (SPT) proposta por Cordova et al (2000) apresentou reduzida validade factorial ($X^2/gf=4,89$; $CFI=0,78$; $GFI=0,77$ e $RMSEA=0,14$). Com base nos índices de modificação e considerações teóricas o modelo factorial foi refinado, passando a ser constituído por 14 itens como ilustrado na Figura 1. O modelo refinado, apresenta um bom ajustamento factorial à amostra sob estudo ($X^2/gf=1,44$; $CFI=0,98$; $GFI=0,92$ e $RMSEA=0,04$).



REFERÊNCIAS

- Alter, S., Pelcovitz, D., & Axelrod, A. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37(2), 137-143.
- Andrykowski, M., Cordova, M., Studts, J., & Miller, T. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 586-590.
- Andrykowski, M., Cordova, M., Hann, M., Jacobsen, P., & Studts, J. (2000). Symptom structure of PTSD following g breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 301-319.
- APA. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3rd rev. ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th rev. ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Berger, W., Mendlowwicz, M., Souza, W., & Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da post-traumatic stress disorder checklist – Civilian version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Psiquiátrica. RS*, 26(2), 167-175.
- Blanchard, E, Alexander, J., & Buckley, T. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behavior Research and Therapy*, 34(8), 669-673.
- Cordova, M., Andrykowski, M., Kenady, D., McGrath, P., & Sloan, D. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 981-986.
- Cordova, M., & Andrykowski, M.A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Seminars Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 266-296.
- Costa, L. (2004). *O cancro também pode morrer*. Porto: Âmbar.
- Dias, M., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro da mama no seio da família. In M.R. Dias & E. Durá (Orgs.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gurevich, M., Devins, G., & Rodin, G. (2002). Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43(4), 259-281.
- Melo, V., Leal, I., & Maroco, J. (2006). Estudo preliminar de um questionário de PTSD em mulheres sobreviventes de cancro de mama. In Leal, Ribeiro, & Jesus (Orgs.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Universidade do Algarve, Algarve.

- Menhert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psychooncology*, 16 (3), 181-188.
- Palmer, S., Kagee, A., Coyne, J., & DeMichele, A. (2004). Experience of trauma, distress, posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 258-264.
- Perez, S., & Gáldon, M.J. (2002). Transtorno de estrés postraumático y cáncer. In M.R. Dias & E. Durá (Orgs.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 493-525). Lisboa: Climepsi Editores.
- Shelby, R., Golden-Kreutz, D., & Andersen, B. (2008). PTSD diagnosis, subsyndromal symptoms and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 65-72.
- Schumacker, R.E., & Lomax, R.G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling* (2nd ed.). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Urcuyo, K., Boyers, A., Carver, C., & Antoni, M. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20 (2), 175-92.
- Varela, A., & Leal, I. (2008). Perturbação de pós-stress traumático, estratégias de coping e suporte social. In Leal, Ribeiro, Silva, & Marques (Orgs.), *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Universidade do Porto, Porto.
- Varela, A., & Leal, Isabel (2004). Factores psicológicos associados à resiliência no stress pós traumático em mulheres com cancro de mama. In Leal & Ribeiro (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.
- Varela, A. (2006). *Perturbação de pós-stress traumático em mulheres com cancro de mama: A relação com estratégias de coping, satisfação com o suporte social e sentido de coerência*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity and diagnostic utility. In *Actas do Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*. San Antonio, Texas.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-13.
- Yehuda, R., Resnick, H., & Kahana, B. (1993). Long-lasting hormonal alterations to extreme stress in humans: Normative or maladaptive. *Psychosomatic Medicine*, 55 (3), 287-97.

OCORRÊNCIA DO BULLYING E DO MOBBING COMO
INDICADORES DE DANOS AO BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL EM
UM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO DO AMAZONAS

*Iolete Ribeiro da Silva*¹ (ioletesilva@hotmail.com) / *Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas*¹ / *José María Àviles Martínez*³ / *Ana Tomás de Almeida*⁴ / *Antônio Roazzi*² / *Tatiane Aguiar Romano*¹

¹Universidade Federal do Amazonas, ²Universidade Federal de Pernanbuco; ³Universidade de Valadollid; ⁴Universidade do Minho

O combate ao bullying/mobbing também pode ser entendido no Estado democrático de direito como uma questão de segurança e de saúde pública uma vez que o artigo 144 da CF/1988 estabelece a segurança pública como um *dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, sendo exercida para preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio*. Sabemos que incólume é a pessoa *livre de perigo, sã salva, intata, ilesa, bem conservada*. O nome, a imagem e a honra das pessoas de acordo com o atual ordenamento jurídico são patrimônios pessoais subjetivos. A ocorrência do bullying/mobbing agride a saúde e o bem-estar psicológico, emocional e muitas vezes físico das pessoas, bem como as calúnias, injúrias e difamações depreciam seu patrimônio pessoal em termos de imagem e honra nas suas relações intra e interpessoais no grupo e na sociedade. O que afeta sua auto-estima e auto-conceito, podendo condicionar suas condições objetivas e subjetivas de saúde. Saúde entendida também como um bem pessoal podendo ser considerado um patrimônio da pessoa e de sua família, no caso de pessoas que trabalham para manter economicamente sua família, um dano à saúde psicológica e emocional pode exercer efeitos sobre sua produtividade e conseqüentemente à sua estabilidade no trabalho e desenvolvimento da carreira afetando o patrimônio familiar no caso o posto de trabalho do alvo ou vítima do bullying/mobbing. No caso do estudante os efeitos de uma exposição aos fenômenos bullying/mobbing pode exercer efeitos danosos sobre suas condições de concentração, motivação para o processo de estudo-pesquisa-extensão podendo se traduzir em baixo desempenho acadêmico, possíveis atrasos no cronograma de formação e conseqüentemente prejuízos financeiros pelo tardio ingresso no mercado de trabalho ocupando postos que exigem formação universitária. Diante de tais interpretações, a ocorrência do bullying/mobbing em contexto universitário constitui-se como lesão a garantias da cidadania como a saúde e a segurança. O que sugere a necessidade de intervenção e gestão dos profissionais e lideranças que exercem suas funções na instituição

universitária. Como intervenção em saúde cabem ações de prevenção à ocorrência do bullying/mobbing como uma política pública de promoção e prevenção da saúde psicológica e emocional e conseqüente segurança e bem-estar psicossocial dos cidadãos (estudantes, professores e outros profissionais da educação que exercem suas funções no contexto universitário).

MÉTODO

Participantes

Integra este estudo realizado em caráter piloto duas amostras aleatórias uma para estudar o fenômeno bullying e a outra para o estudo do fenômeno mobbing. A primeira amostra é constituída de 120 estudantes universitários matriculados em unidade da UFAM localizadas no interior do Amazonas que participaram voluntariamente após serem informados dos objetivos conforme procedimentos éticos vigentes. 95 são matriculados no Campus de Humaitá, Sul do Amazonas e 25 no Campus de Benjamin Constant (fronteira com Peru e Colômbia). As idades estão compreendidas entre 18 e 55 anos ($M=25,14$; $DP=5,86$). Constata-se a predominância de estudantes do sexo feminino 72,1% sobre estudantes do sexo masculino 27,9%. 63, 3% são matriculados no curso de pedagogia, 11,2% no curso de Letras e 25,2% no curso de Matemática/Física. Quanto à auto declaração de etnia 47,7% não declararam a etnia, 18,7% consideram-se pertencentes à etnia branca, 7,5% à etnia negra, 25,2% à etnia parda e 0,9% à etnia indígena. A segunda amostra é constituída de 86 estudantes universitários com idades entre 18 e 55 anos ($M=27,46$; $DP=9,34$) que exercem ou exerceram funções em ambientes organizacionais. Sendo: 72,1% pertencentes ao sexo feminino e 27,9% ao sexo masculino. São os seguintes os âmbitos organizacionais de atuação profissional: serviço público de educação básica, 68, 6%; serviço público de educação superior 15,1%; outros serviços públicos relacionados 8,2%; comércio e indústria 8,2%. Quanto à etnia 34,9% declararam-se brancos, 23,3% pardos; 4,7% negros; 1,2% indígenas, 1,2% se auto-declararam da etnia brasileira e 34,9% não declararam a etnia.

Material

Os participantes que integram a primeira amostra responderam ao QIMEI: questionário de intimidação e maus tratos entre igual (Avilés, 2005;

Mascarenhas, 2007) e os estudantes trabalhadores que integram a segunda amostra responderam ao Questionário Avaliação do Mobbing em Contexto Organizacional (Carochinho, 2008). O primeiro instrumento foi desenvolvido por Avilés, (2005) e traduzido e adaptado para o português do Brasil por Mascarenhas (2007). Tem como objetivo diagnosticar o bullying em contexto escolar. É constituído por 36 itens onde são caracterizados os protagonistas do bullying (vítima, agressor, observador), as características de ocorrência do fenómeno (formas tradicionais e/ou cyberbullying), bem como outras informações pertinentes. O segundo instrumentos foi traduzido e adaptado para o Português/Portugal por Carochinho (2008) e adaptado para o Brasil por Mascarenhas (2008) com autorização. A escala que tem como objetivo diagnosticar a ocorrência do mobbing em contexto organizacional é constituída por 24 itens organizados com 5 opções de respostas numa escala tipo likert de 5 pontos variando de 1 a 5. Sendo 1 – Nunca, 2 – Algumas vezes, 3 – Mensalmente, 4 – Semanalmente e – Diariamente.

Procedimentos

Esta pesquisa, parte de uma investigação mais ampla é realizada ao abrigo do projeto de pesquisa objeto do processo 575.123/2008-8/CTAmaz/MCT/CNPq aprovado pelo Comitê de Ética da UFAM conforme processo CAAE nº 0073.0.115.000-09 e projeto de pesquisa protocolado e aprovado pelo CEP/UFAM/CAAE nº 070.0.115.000-09, PIBIC-H-06/FAPEAM, Humaitá, UFAM. Os participantes responderam aos questionários em horário de aula cedido pelos professores, após obtenção do seu consentimento livre esclarecido conforme princípios éticos vigentes para a investigação em ciências humanas. Os dados receberam tratamento estatístico conforme os objetivos desta fase da investigação com o apoio do Programa Statistical Package for Social Sciences, versão 15.0.

RESULTADOS

Ao considerarmos a análise dos dados apurados nesta fase da investigação é possível afirmar que os objetivos foram atingidos de modo satisfatório comprovando que os instrumentos utilizados são adequados para o diagnóstico do bullying em contexto universitário e avaliação do Mobbing em contexto organizacional. A consistência interna dos resultados é de 0,62 para o QIMEI e de 0,91 para o QAMCE. Os indicadores de

fiabilidade verificados para as características e proporções das amostras utilizadas para este estudo piloto são considerados aceitáveis para este formato de investigação nas ciências humanas.

Nos Quadros 1 e 2, verificam-se os valores de médias e desvio padrão correspondentes aos instrumentos em análise onde são verificadas diferenças de gênero.

CONCLUSÃO

Tomando em consideração a totalidade dos dados analisados neste estudo piloto, verifica-se a ocorrência dos fenômenos bullying e mobbing no contexto universitário investigado favorecendo a ocorrência de danos ao bem-estar psicossocial dos protagonistas que nele exercem suas funções seja de estudantes ou docentes. As características psicométricas dos instrumentos verificadas junto a esta amostra sinalizam positivamente para a continuidade dos estudos e pesquisas contando com sua utilização. Dadas às proporções e características das amostras piloto, o estudo não possibilita generalizações, todavia sinaliza positivamente para a continuidade da investigação.

Quadro 1

*Valores das Médias e Desvio Padrão – Diferenças de Gênero
nas formas mais freqüentes de maus tratos entre colegas
na universidade n= 107 – Bullying*

| Item: Formas mais freqüentes de maus tratos entre colegas | Sexo | N | M | DP |
|---|-----------|----|------|------|
| Insultar, por apelidos | Feminino | 65 | 3,36 | 1,77 |
| | Masculino | 18 | 3,00 | 1,81 |
| Rir de alguém ridicularizar | Feminino | 60 | 2,85 | 2,01 |
| | Masculino | 8 | 2,37 | 1,68 |
| Fazer dano físico, humilhar | Feminino | 59 | 4,74 | 2,31 |
| | Masculino | 8 | 4,50 | 1,77 |
| Falar mal de alguém | Feminino | 60 | 3,28 | 2,21 |
| | Masculino | 8 | 3,12 | 1,88 |
| Ameaçar, chantagear, obrigar fazer coisas | Feminino | 59 | 4,81 | 1,83 |
| | Masculino | 8 | 4,87 | 2,23 |
| Isolar, não juntar-se com alguém, não deixar participar | Feminino | 60 | 4,26 | 1,56 |
| | Masculino | 8 | 3,75 | 1,66 |
| Incomodar, assediar alguém por meio de SMN, e-mails, telefone celular, internet, etc. | Feminino | 59 | 5,30 | 1,92 |
| | Masculino | 8 | 6,12 | 0,99 |

Fonte: Dados parciais projeto de pesquisa: 575.123/2008-8/CTAmaz/MCT/CNPq/Processo CAAE nº 0073.0.115.000-09.

Quadro 2

Valores média e desvio padrão – Estadísticos de grupo – variável de agrupação Sexo – Mobbing n= 86

| | 3. Sexo | N | M | DP |
|---|-----------|----|------|-------|
| 1. É me ocultada informação necessária de modo a dificultar o meu trabalho. | Feminino | 62 | 1,54 | 0,93 |
| | Masculino | 24 | 1,79 | 1,10 |
| 2. São produzidas insinuações de teor sexual que não desejo | Feminino | 62 | 1,24 | 0,61 |
| | Masculino | 24 | 2,04 | 1,42 |
| 3. Produzem-se comentários sobre mim que considero ridículos o insinuantes. | Feminino | 62 | 1,53 | 0,82 |
| | Masculino | 24 | 2,87 | 1,62 |
| 4. Recebo indicações para realizar trabalhos inferiores ao meu nível de competências e preparação. | Feminino | 62 | 1,56 | 0,84 |
| | Masculino | 24 | 2,33 | 1,23 |
| 5. Não me são atribuídas responsabilidades nas tarefas laborais. | Feminino | 62 | 1,50 | 0,76 |
| | Masculino | 24 | 1,41 | 0,88 |
| 6. Apercebo-me de fofocas ou rumores acerca de minha pessoa. | Feminino | 62 | 1,83 | 0,97 |
| | Masculino | 24 | 2,16 | 1,37 |
| 7. Sou excluído/a de atividades sociais com os/as colegas de trabalho. | Feminino | 62 | 1,29 | 0,81 |
| | Masculino | 24 | 1,62 | 1,17 |
| 8. Efetuam-se comentários ofensivos acerca de mim e/ou da minha vida privada. | Feminino | 62 | 1,50 | 0,78 |
| | Masculino | 24 | 2,12 | 1,32 |
| 9. Insultam-me verbalmente. | Feminino | 62 | 1,35 | 0,57 |
| | Masculino | 24 | 1,66 | 1,34 |
| 10. Sou alvo de atenções que não desejo devido ao meu gênero. | Feminino | 62 | 1,58 | 1,01 |
| | Masculino | 24 | 1,87 | 1,22 |
| 11. Sou alvo de insinuações, “dicas” indiretas a direcionarem-me para o abandono do trabalho ou a procurar outro emprego. | Feminino | 62 | 1,30 | 0,73 |
| | Masculino | 24 | 1,37 | 1,01 |
| 12. Recebo ameaças ou abusos físicos. | Feminino | 62 | 1,20 | 0,54 |
| | Masculino | 24 | 1,50 | 1,14 |
| 13. São me recordados persistentemente os meus erros. | Feminino | 62 | 1,54 | 0,82 |
| | Masculino | 24 | 1,66 | 0,916 |
| 14. Apercebo-me de hostilidades em relação à minha pessoa. | Feminino | 62 | 1,40 | 0,68 |
| | Masculino | 24 | 1,83 | 1,12 |
| 15. Sou ignorado/a quando faço perguntas ou mostro intenção de participar nas conversas. | Feminino | 62 | 1,51 | 0,82 |
| | Masculino | 24 | 1,62 | 1,05 |
| 16. O resultado do meu trabalho é desvalorizado. | Feminino | 62 | 1,58 | 0,91 |
| | Masculino | 24 | 1,70 | 0,95 |
| 17. O esforço que realizo com o meu trabalho é desvalorizado. | Feminino | 62 | 1,53 | 0,80 |
| | Masculino | 24 | 1,83 | 1,34 |
| 18. Os meus pontos de vista ou opiniões não são tido sem conta. | Feminino | 62 | 1,56 | 0,93 |
| | Masculino | 24 | 1,83 | 1,16 |
| 19. Recebo mensagens ou chamadas telefônicas ofensivas | Feminino | 62 | 1,29 | 0,77 |
| | Masculino | 24 | 1,20 | 0,83 |

| | 3. Sexo | N | M | DP |
|---|-----------|----|------|------|
| 20. Sinto-me objeto de brincadeiras de mau gosto. | Feminino | 62 | 1,33 | 0,72 |
| | Masculino | 24 | 1,87 | 1,48 |
| 21. Os meus direitos ou opiniões são desvalorizados pelo fato de eu ser homem ou mulher. | Feminino | 62 | 1,29 | 0,58 |
| | Masculino | 24 | 1,04 | 0,20 |
| 22. Os meus direitos ou opiniões são desvalorizados em função da minha idade. | Feminino | 62 | 1,45 | 0,78 |
| | Masculino | 24 | 1,16 | 0,38 |
| 23. No meu trabalho sinto-me explorado/a. | Feminino | 62 | 1,43 | 0,69 |
| | Masculino | 24 | 2,29 | 1,36 |
| 24. Percebo reações depreciativas por parte dos meus colegas pelo fato de trabalhar em demasia. | Feminino | 62 | 1,43 | 0,98 |
| | Masculino | 24 | 1,66 | 1,04 |

Fonte: Dados parciais projeto de pesquisa: 575.123/2008-8/CTAmaz/MCT/CNPq/Processo CAAE nº 0073.0.115.000-09.

REFERÊNCIAS

- Avilés, J.M.M (2005). *Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales* (não publicado).
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Congresso Nacional.
- Carochinho, J.A. (2008). Tradução, adaptação e validação de uma escala destinada a avaliar o mobbing em contexto organizacional. In *Actas XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica Formas e Contextos* (pp. 1-10). Braga, Universidade do Minho.
- Mascarenhas, S. (2007). *Questionário Sobre Intimidação e Maltrato entre Iguais* (não publicado).
- Mascarenhas, S., Lira, R. de S. Gutierrez, D.M.D., Roazzi, A., Maciel, A.C.A., Silva, A.Q. da, Burochovitch, E., Polydoro, S.A.J., Barca, A.L., & Avilés, J.M.M. (2008). *Projeto de Pesquisa: Avaliação dos enfoques de aprendizagem e de variáveis cognitivas e contextuais interferentes no rendimento de universitários do ensino superior do Amazonas e de Rondônia*. Processo 575.723/2008-4/CTAmaz/MCT/CNPq, Humaitá, UFAM.

AVALIAÇÃO DO *BURNOUT*, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFESSORES: DIFERENÇAS DE GÉNERO

Ivone Patrão^{1,3} / Joana Santos Rita^{2,3} / Ana Lopes¹ / Margarida
Guimarães¹ / Alexandra Paulo¹

¹ACES Odivelas; ²ISPA – Instituto Universitário;

³Odivelas, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Na sociedade actual, o vocábulo *stress* entrou na linguagem comum e generalizou-se de tal forma que pode mesmo ser entendido como um símbolo cultural dos nossos dias. As mudanças constantes no dia-a-dia e o ritmo acelerado com que acontecem na nossa sociedade, exigem transformações importantes ao nível comportamental, atitudinal e dos valores. Por outro lado, conduzem à adopção de novos estilos de vida e, frequentemente, a uma percepção de incontroabilidade e de instabilidade em relação ao presente e ao futuro.

A Organização Mundial da Saúde defende hoje que o *stress* se constitui como uma “verdadeira epidemia mundial” e representa elevados custos em termos individuais, familiares, organizacionais, comunitários e sociopolíticos (WHO, 2001; WHO, 2002). Esta ideia é reforçada pela Organização das Nações Unidas, que classifica o *stress* como “a doença do século XXI” (UN, 1995).

O *stress* excessivo afecta de forma negativa o bem-estar físico e psicológico individual, pode levar à adopção de comportamentos de risco para a saúde e relaciona-se com a baixa percepção de realização pessoal (Pinto & Silva, 2005). No entanto, o *stress* é também uma experiência vital, na medida em que desempenha um papel fulcral na adaptação do ser humano.

O *stress* no trabalho é reconhecido internacionalmente como um dos maiores desafios à saúde dos trabalhadores, podendo levar a implicações sérias na produtividade e na competitividade das organizações (WHO, 2004). Sabe-se que os trabalhadores com elevados níveis de *stress* são mais vulneráveis ao aparecimento de certas doenças e menos produtivos, assim como se mostram menos motivados e seguros relativamente ao seu trabalho (WHO, 2004).

Lazarus e Folkman (1984) definem o *stress* como as reacções da pessoa, quando sente que as exigências externas estão além da sua resistência, provocando assim alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais. O conceito de *burnout* profissional foi inicialmente proposto por Freudenberg (1974) para descrever a exaustão mental e física, causada

pelas horas excessivas de trabalho e pela sobrecarga e intensidade laboral. O *burnout* profissional pode ser entendido como um estado emocional persistente e permanente que conduz a exaustão física, emocional e psicológica (Pines & Aronson, 1988). O *burnout* profissional pode manifestar-se de três formas: exaustão emocional, alienação e falta de sentido de realização (Maslach & Jackson 1981; Maslach, Jackson, & Leiter 1996).

O *stress* é considerado um dos indicadores do mal-estar docente (Jesus, 2005). Um número crescente de estudos mostra que os professores representam um dos grupos profissionais com níveis de *stress* mais elevados (Capelo, Pocinho, & Jesus, 2009; Dunham, 1992; Gold & Roth, 1993; Gomes, Silva, Mourisco, Silva, Mota, & Montenegro, 2006; Pinto, Lima, & Silva, 2003). Uma investigação conduzida em Portugal verificou que um em cada três professores sente que a sua profissão é stressante e um em cada seis se encontra em estado de exaustão emocional (Cardoso & Araújo, cit. in Jesus, 2005).

Em termos individuais, os efeitos do *stress* profissional e do *burnout* em professores manifestam-se através da alteração de hábitos, falta de entusiasmo e de criatividade no trabalho, dificuldades de concentração, irritabilidade, baixo auto-conceito, perda de auto-controlo na sala de aula, insatisfação profissional e reacções emocionais excessivas a acontecimentos do dia-a-dia. A longo prazo, são referidos também a depressão, a ansiedade, o consumo excessivo de álcool e a maior probabilidade de aparecimento de certas doenças (e.g., úlcera gástrica, hipertensão). No que concerne à instituição escolar, esses efeitos reflectem-se sobretudo na baixa qualidade educacional, na falta de eficiência e na influência indesejável no desempenho dos alunos (Yong & Yue, 2007).

Na literatura, são apontados factores de cinco ordens relacionados com o *burnout* em professores (Yong & Yue, 2007): (a) factores relacionados com os alunos (problemas de disciplina, desmotivação, pressão para o sucesso); (b) factores relacionados com o trabalho (salários baixos, falta de autoridade e estatuto social do professor, sobredimensão de turmas); (c) factores relacionados com a organização (tensão nas relações interpessoais, sobrecarga e responsabilidades não educacionais, falta de suporte e de liderança, pressões de tempo para a execução de uma tarefa, reformas educativas não efectivas, confusão e conflitos de papéis, ambiente e condições escolares pobres, pressões de supervisão e inspecção); (d) factores pessoais (expectativas demasiado elevadas, competências inadequadas,

necessidade de desenvolvimento profissional); e (e) factores extra-escola (pressão social e parental, políticas de restrição de contratação de pessoal). Os factores relacionados com o *burnout* em professores parecem ser ponderados de forma diferente quando se avaliam mulheres e homens. Alguns trabalhos de investigação internacionais mostram que existem diferenças de género entre professores, relativamente aos níveis de *stress*, *burnout* e depressão (Izgar, 2009; Salanova, Martínez, & Lorente, 2005). Neste sentido, o presente estudo tem como objectivo avaliar os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão em professores, em função do género.

MÉTODO

Participantes

Seleccionou-se uma amostra de 180 sujeitos, por conveniência, a partir de uma população de 1800 professores pertencentes a Escolas Públicas de um Concelho da Grande Lisboa.

Do total dos 180 participantes, 74,4% são do sexo feminino e 25,6% são do sexo masculino. Os sujeitos do sexo feminino na sua maioria são casados (58,6%), pertencem à Função Pública (77,7%), leccionam em tempo total (93,9%) e têm uma Licenciatura (86,9%), sendo que destes 50,9% finalizou o curso antes de 1992. No que diz respeito ao tempo leccionado, 36,4% dos sujeitos do sexo feminino têm entre 10 a 20 anos de experiência. Os sujeitos do sexo masculino na sua maioria são casados (63,0%), pertencem à Função Pública (70,50%), leccionam em tempo total (93,0%) e, têm uma Licenciatura (91,3%), finalizada antes do ano de 1993 (50,3%). A maioria dos sujeitos do sexo masculino tem entre 20 a 30 anos de experiência no ensino (41,0%).

Material

No presente estudo, utilizou-se um Questionário de Dados Sóciodemográficos e Profissionais (Patrão & Santos Rita, 2009), o Questionário de *Burnout* para Professores, versão revista – CBP-R – (Moreno-Jiménez, Hernández, & Gutiérrez, 2000) e, a versão reduzida da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21 (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

O Questionário de Dados Sóciodemográficos e Profissionais (Patrão & Santos Rita, 2009) foi desenvolvido para o presente estudo.

O CBP-R é composto por 66 itens e compreende 6 dimensões: *Stress* de Papel; *Burnout* (subdimensões Esgotamento Emocional, Despersonalização e Falta de Realização); Supervisão; Condições Organizacionais; Preocupações Profissionais e Falta de Reconhecimento Profissional. Este instrumento de auto-relato utiliza uma escala de *likert* de cinco pontos. Considera-se como ponte de corte, as pontuações obtidas com valor superior a 2.5.

A EADS-21 é uma escala de auto-avaliação e, no âmbito do presente estudo, foi utilizada uma versão reduzida de 14 itens, para avaliação das dimensões Ansiedade e Depressão. Cada um destes itens consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. A resposta é dada numa escala de *likert* de 3 pontos. O resultado global de cada dimensão é determinado pela soma dos itens, estando as cotações mais elevadas em cada dimensão relacionadas com estados afectivos negativos.

Na generalidade a consistência interna das escalas apresentadas, nas suas diferentes dimensões é considerada aceitável/boa (Marroco & Garcia-Marques, 2006): *Stress* Papel (0,80); Esgotamento Emocional (0,86); Despersonalização (0,53); Falta de Realização (0,80); Supervisão (0,83); Condições Organizacionais (0,69); Preocupações Profissionais (0,84); Falta de Reconhecimento Profissional (0,87); *Burnout* (0,90); Depressão (0,85); Ansiedade (0,81).

Procedimentos

O presente estudo foi sujeito a aprovação da Direcção-Geral da Inovação e do Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação, sendo esta fundamental para o desenvolvimento de qualquer estudo em meio escolar. Na fase inicial desta investigação, que continua a decorrer, foi constituída uma amostra de 180 sujeitos, por conveniência. Todos os participantes deram o seu consentimento informado, seguido do qual preencheram o conjunto de questionários.

Para o objectivo de estudo em causa, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, em diferentes bases de dados, centrada nas seguintes palavras-chave: *Burnout, Teachers, Gender Differences*.

A análise e o tratamento dos dados foram efectuados com recurso ao software SPSS (v. 17 SPSS). Realizou-se uma análise descritiva de todas as variáveis em estudo, e pelo facto da amostra não seguir uma distribuição

normal, realizou-se uma análise inferencial com recurso ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Utilizou-se um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

De um modo geral, a nível descritivo, a amostra apresenta níveis baixos de depressão, ansiedade e *burnout*. Cerca de 3,6% das mulheres apresentam níveis elevados de depressão, 4,4% apresentam níveis elevados de ansiedade, e 32,2% das mulheres apresentam níveis elevados de *burnout*. Os homens não apresentam níveis elevados de depressão, mas 2,2% apresentam elevados níveis de ansiedade, e 28,6% dos homens exibem níveis elevados de *burnout*.

De acordo com o Quadro 1, na comparação entre géneros, verifica-se que os grupos diferem significativamente na Depressão ($p=0,04$), Ansiedade ($p=0,006$), *Stress* Papel ($p=0,04$), Esgotamento Emocional ($p=0,01$) e Condições Organizacionais ($p=0,02$). Nestas dimensões, são os Professores do sexo feminino que apresentam as medianas mais elevadas em comparação com os Professores do sexo masculino.

Quadro 1

Diferenças significativas em função da variável sexo (n=180)

| | χ^2 | p |
|---------------------------|----------|-------|
| Depressão | 4,12 | 0,04 |
| Ansiedade | 7,52 | 0,001 |
| <i>Stress</i> papel | 4,16 | 0,04 |
| Esgotamento emocional | 5,53 | 0,01 |
| Condições organizacionais | 5,08 | 0,02 |

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam para a existência de diferenças de género, uma vez que são os professores do sexo feminino que revelam níveis superiores de depressão, ansiedade, *stress* de papel, esgotamento emocional e baixa percepção de recursos organizacionais. Estes resultados têm sido também apontados em vários outros estudos (Capelo, Pocinho, Jesus, 2009; Cardoso & Araújo cit. in Jesus, 2005; Gomes, Silva,

Mourisco, Silva, Mota, & Montenegro, 2006; Moreno-Jimenez, Garrosa-Hernandez, Gálvez, González, & Benevides-Pereira, 2002; Pinto, Lima, & Silva, 2003), sendo que alguns alertam para o efeito cumulativo de funções no desempenho de diferentes papéis em professores do sexo feminino, como seja o de ser mulher, mãe e professora (Izgar, 2009; Salanova, Martinez, & Lorente, 2005).

Para além disso, e tendo em conta o contexto actual de mudança ao nível da educação das políticas de educação em Portugal, vários autores consideram que ser professor é uma profissão altamente stressante (Jesus, 2005; Stoeber & Rennert, 2008). Os próprios professores encaram a sua profissão como geradora de *stress*, apontando vários factores associados, como sejam a dificuldade na gestão do seu papel enquanto professor e a insatisfação com as condições e recursos organizacionais (Pinto, Lima, & Silva, 2005; Ursua & Toro, 2006; Yong & Yue, 2007).

O primeiro aspecto relaciona-se com a dificuldade de gestão dos problemas de indisciplina na sala de aula, com a percepção da desmotivação para o estudo por parte dos alunos e pela pressão para o sucesso (Yong & Yue, 2007). O segundo factor expressa-se pela insatisfação com a carga lectiva que lhes é atribuída, por todas as responsabilidades não educacionais, pela falta de trabalho em equipa e de suporte das chefias, para além da pressão de supervisores e inspecção no que respeita à avaliação de desempenho. Aliás, esta temática tem sido uma das principais medidas a implementar no cenário da política educativa em Portugal, com grande contestação por parte da classe docente, alegando especificamente as questões de toda a sobrecarga laboral.

Neste sentido, a Literatura alerta para a questão do “*crossover of burnout*” em professores, ou seja, a influência dos professores que revelam elevados níveis de *burnout*, como estímulo negativo para os pares (Bakker, 2007), bem como para o facto de, geralmente, poucos professores (8,5%) recorrerem a ajuda de profissionais de saúde mental (Lee, Tsang, & Kwok, 2007).

Posto isto, considera-se importante perceber que recursos (internos e externos) e que práticas educativas os professores utilizam para fazer face a estas dificuldades, de forma a promover a sua saúde mental.

Um grupo de supervisão, como um local de expressão emocional das dificuldades e partilha de práticas de sucesso e de exemplos de boas práticas em educação, poderá ser uma solução possível, onde se trabalhe também as estratégias de prevenção do *burnout* em professores proporcionando o desenvolvimento de estratégias de prevenção do

burnout em professores, como sejam a adopção de uma atitude proactiva; o aumento do sentimento de satisfação e prazer pelas actividades lectivas diárias; e, por outro lado, um investimento eficaz na satisfação das necessidades pessoais, na gestão do tempo, na definição de papéis e na abertura à mudança e a novas oportunidades (Yong & Yue, 2007).

REFERÊNCIAS

- Bakker, A., Westman, M., & Schaufeli, W. (2007). Crossover of burnout: An experimental design. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 16(2), 220-239.
- 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* (pp. 643-658).
- Cardoso, M., & Araújo, A. (2000). *Stress na profissão docente: prevalência e factores de risco*. Comunicação apresentada no III Congresso Nacional de Saúde Ocupacional (Póvoa de Varzim).
- Farber, B. (1991). *Crisis in Education: Stress and Burnout in the American Teacher*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 1, 159-164.
- Gomes, A., Silva, M.J., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A., & Montenegro, N. (2006). Stress, saúde física, satisfação e burnout em profissionais de saúde. Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M. Pereira, & C. Simões, & T. McIntyre, (Eds.), *Actas do II Congresso Família, Saúde e Doença: Modelos de Investigação e prática em diferentes contextos de saúde* (2ª ed., IV, pp. 178-192).
- Izgar, H. (2009). An Investigation of Depression and Loneliness among School Principals. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 9(1), 247-258.
- Jesus, S. N. (2005). Bem-estar docente. Perspectivas para superar o mal-estar dos professores. In A. Silva & A. Pinto (Eds.), *Stress e bem-estar* (pp. 167-184). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kalker, P. (1984). Teacher Stress and Burnout: Courses and Coping Strategies. In S. Lazarus & S. Folkman (Eds.), *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, S., Tsang, A., & Kwok, K. (2007). Stress and Mental Disorders in a Representative Sample of Teachers during Education Reform in Hong Kong. *Journal of Psychology in Chinese Societies*, 8(2), 159-178.

- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (2ª ed.). Edições Sílabo: Lisboa.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do Alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90
- Moreno-Jiménez, B., Hernández, E., & Gutiérrez, J.G. (2000). La Evaluación del estrés y el burnout del profesorado: El CPB-R. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16(1), 331-349.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory* (3ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moreno-Jimenez, B., Garrosa-Hernandez, E., Gálvez, M., González, J.L., & Benevides-Pereira, A. (2002). A Avaliação do Burnout em Professores – Comparação de Instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 11-19.
- 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.
- Pinto, A., Lima, M., & Silva, A. (2003). Stress Profissional em professores portugueses: Incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.
- Pinto, A., Lima, M., & Silva, A. (2005). Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping en profesores portugueses. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1,2), 125-143.
- Salanova, M., Martínez, I. M., & Lorente, L. (2005). Cómo se relacionan los obstáculos y facilitadores organizacionales con el burnout docente? Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1,2), 37-54.
- Stoeber, J., & Rennert, D. (2008). Perfectionism in school teachers: Relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(1), 37-53.
- Ursua, 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.

QUANDO A PSICOTERAPEUTA ESTÁ GRÁVIDA: FENÔMENOS EMERGENTES

Ivonise Fernandes da Motta (ivonise@usp.br)

Universidade De São Paulo

Sabendo-se que na relação mãe-filho se encontra uma das raízes mais profundas da origem e desenvolvimento da mente, pareceu-nos ser uma situação extremamente privilegiada para pesquisa a gravidez da psicoterapeuta. Privilegiada por conter dois aspectos até certo ponto antagônicos, mas presentes ao longo da vida humana: o primitivo, a indiferenciação, a simbiose (gravidez); a discriminação, a integração e a identidade (psicoterapia – nascimento).

Achamos interessante tentar entender se a gravidez da psicoterapeuta teria influência sobre o processo psicoterápico e que influência seria essa. Como os clientes perceberiam essa gravidez e que conflitos psíquicos mais arcaicos seriam especialmente transferidos nesse contexto. Pareceu-nos também proveitoso pesquisar se haveria uma facilitação em reviver determinadas situações psíquicas pretéritas ou até que ponto a gravidez da psicoterapeuta travaria o livre curso da psicoterapia.

Outro aspecto a ser destacado é que, além das revivescências da relação dual com a mãe, a gravidez da psicoterapeuta propicia uma situação singular na psicoterapia: a presença de uma situação triangular. À medida que a barriga cresce e que a criança vai se manifestando (mesmo dentro do útero, através de seus movimentos às vezes bastante visíveis), aparece como iminente o terceiro elemento da relação, e com este a angústia de separação.

Também pareceu-nos privilegiada a pesquisa sobre a gravidez da psicoterapeuta por nos possibilitar tentar entender como os clientes percebem o ventre grávido, a reprodução, a fertilidade, a feminilidade, sua própria origem. Foi nossa hipótese que a gravidez da psicoterapeuta pode vir a facilitar a emergência de temas relacionados à pesquisa do interior materno e feminino.

MÉTODO

Foram acompanhados 24 casos, atendidos por três psicoterapeutas grávidas, cujo trabalho psicoterápico era de orientação psicanalítica. Uma

das psicoterapeutas acompanhou três clientes adultas de sexo feminino. A segunda psicoterapeuta forneceu dados de sete casos, sendo cinco de clientes adultos de sexo feminino, um de cliente adulto de sexo masculino e o caso de um menino. A terceira psicoterapeuta, autora deste trabalho acompanhou 14 casos, três de clientes adultos de sexo feminino e 11 crianças e púberes (6 meninos e 5 meninas). Os clientes tinham, em média, de uma a duas sessões semanais.

Através das anotações, supervisões e discussões das sessões realizadas durante o período de gravidez das três psicoterapeutas, tentou-se verificar a emergência dos temas antes descritos: de que maneira surgiam no processo psicoterápico.

O referencial de análise do material clínico foi o psicanalítico. Este se relaciona, principalmente, aos ensinamentos de Freud, Melanie Klein, Winnicott e seguidores.

RESULTADOS

De maneira geral, é importante lembrar que vários trabalhos existem sobre a gravidez, estudando as fantasias inconscientes, angústias e transtornos que ocorrem na mulher durante este período. Quando o tema é a influência da gravidez da psicoterapeuta em seu trabalho com clientes, as fontes para este estudo são limitadas. Entre os motivos que podem estar influenciando essa limitação, parece importante sublinhar que, nesta situação específica, a psicoterapeuta, ao tentar se colocar como uma tela que facilite projeções vê sua neutralidade atacada pela presença inegável das mudanças físicas que vão ocorrendo. Um aspecto da vida particular da psicoterapeuta é, então colocado a descoberto, através de uma comunicação não verbal, no entanto bastante presente. Ou seja, há uma comunicação visual que fala da existência da psicoterapeuta para além do consultório, com laços familiares, sexualidade etc. Mas, ao lado das mudanças físicas e fisiológicas da psicoterapeuta, ocorrem mudanças psicológicas importantes que podem ocasionar dificuldades na abordagem do tema, tanto na literatura como com determinados clientes em atendimento.

A partir da análise do material clínico pudemos delimitar as emoções catalisadas com maior frequência pela gravidez da psicoterapeuta. Estas emoções foram agrupadas de maneira a traduzir quais repercussões que foram colorindo o processo psicoterápico. Os fenômenos mais comuns

emergentes foram: sentimentos de hostilidade, inveja e ciúmes; vivências depressivas; sexualidade.

Hostilidade, Inveja e Ciúmes

O que se notou foi que a maioria dos clientes, tanto crianças como adultos, hostilizou a psicoterapeuta grávida. As crianças e púberes chegaram a atacar fisicamente a psicoterapeuta, atingindo seu corpo, sua barriga. Alguns sentiram a barriga da psicoterapeuta como um representante de um irmão rival que odiavam por roubar-lhes a atenção da mãe. Hostilizavam a psicoterapeuta, revivendo, em alguns casos, o nascimento de um irmão, acontecimento que despertou ódio quando ocorreu. Uma intensificação de ataques hostis contra a psicoterapeuta foi também percebida quando sua gravidez era sentida como um recurso cobiçado e que não podia ser conseguido.

As mulheres, de uma maneira geral, invejaram a psicoterapeuta por sua gravidez, principalmente quando a sentia como algo que não poderiam ter. Diziam que ter filhos trazia muitos problemas para a mulher, deformando o corpo e acarretando muito trabalho. Além de algumas viverem a criança em gestação como um irmão rival, odiado por isso.

No caso do cliente homem acompanhado, esta gravidez foi interpretada como a capacidade de gerar que a psicoterapeuta tinha e que ele desejava ter. Sentia-se estéril frente à psicoterapeuta fértil, invejando e cobiçando uma possibilidade que ele sentia lhe ser negada.

Tanto nas crianças e púberes como nos adultos, manifestaram-se intensificados ataques hostis, inveja e ciúme, em vários momentos do processo psicoterápico, ao longo da gravidez das psicoterapeutas. Estes sentimentos se intensificaram no início, durante e no final das gestações, não havendo um período específico para seu recrudescimento.

Ao lado das experiências de prazer, a ocorrência de frustrações é inevitável, ao longo do desenvolvimento. O nascimento de um irmão é geralmente vivido com hostilidade, pelas frustrações que acarreta. O que se notou nos casos acompanhados foi que alguns clientes hostilizaram a gravidez da psicoterapeuta por esta representar a aliança desejada com a mãe e da qual se viam excluídos. Mostraram ciúme do bebê que estaria por nascer e hostilidade por terem que dividir a atenção da psicoterapeuta com ele (bebê), pois, na transferência, o bebê representava o irmão com o qual teriam que compartilhar a figura materna.

Este aspecto, no entanto, não se mostrou relevante em todos os casos acompanhados, mas apenas naqueles em que houve maiores dificuldades no processo de separação com a mãe, separação esta acentuada quando do nascimento de irmãos. Quando se fala em separação com a mãe, inclui-se a progressiva adaptação ao princípio da realidade, em contraposição ao do prazer.

Além de ciúmes, ataques invejosos acentuaram-se quando da gravidez da psicoterapeuta. Para a escola kleiniana, a inveja tem importância relevante no desenvolvimento emocional. Seria um dos corolários do instinto de morte, podendo, portanto, atacar aquilo que é sentido como bom, como nutritivo. Para Melanie Klein (1974) os repetidos ataques ao seio e à mãe, por parte do bebê, têm o significado de se querer destruir a capacidade criativa da figura materna. O bebê percebe o seio materno como prazeroso e cheio de coisas boas, querendo então tê-lo para si.

A inveja é o sentimento irado de que outra pessoa desfruta e possui algo desejável – sendo o impulso invejoso tirá-lo dela ou espoliá-la. Além disso, a inveja implica na relação do indivíduo apenas com uma só pessoa e remonta à mais primitiva relação exclusiva com a mãe (Klein, 1974, p. 33). A gravidez da psicoterapeuta despertou inveja por parte de alguns clientes que a interpretavam como um recurso que sentiam não possuir. Achavam que não tinham a capacidade de gerar, quer concretamente, quer simbolicamente, daí atacarem com inveja a psicoterapeuta. Os clientes que mais atacaram com inveja a psicoterapeuta grávida foram aqueles que sentiram sua capacidade de criar destruída e atacada, desejando ter a da psicoterapeuta que interpretavam como melhor que a sua.

Ao lado do inevitável conflito existente desde o início da vida, entre ódio e amor, é importante ressaltar que nos primeiros tempos de vida a dependência do bebê é imensa. Marie Langer, no estudo que fez sobre a gravidez, destaca este mesmo ponto:

Ocorre assim que tanto o homem como a mulher rejeitam inconscientemente a mãe. A total dependência do ser humano de sua mãe e sua grande vulnerabilidade fazem com que a tema, a inveje e a odeie. Essa mesma dependência e a grande intimidade existente entre a mãe e seu filhinho fazem com que a queira (1978, p. 57).

A hostilidade, pois, aparece desde o início da vida humana, manifestando-se através de ataques hostis dirigidos à criatividade e superioridade de recursos percebidos na figura materna. Quando a psicoterapeuta engravida, revivências destes aspectos emergem.

Vivências Depressivas

A gravidez da psicoterapeuta intensificou o medo de separação, experienciado como algo profundamente doloroso. Sentimentos de perda, de abandono, de rejeição da figura materna foram catalisados e revividos na transferência, tanto pelos adultos como pelas crianças e púberes. Os clientes que passaram por experiências mais dolorosas de separação com a figura materna reviveram-nas com a psicoterapeuta. Mesmo aqueles que não encontraram um ambiente com tantas dificuldades nesta etapa de seu desenvolvimento viram, em determinados momentos, facilitada esse tipo de vivência, pela gravidez da psicoterapeuta e conseqüente exclusão da simbiose psicoterapeuta-bebê, na transferência, exclusão da simbiose mãe-irmão.

Através de um processo gradativo de separação, vai a criança se desenvolvendo e adquirindo noção de si mesma como uma identidade separada e diferenciada dos outros. A gravidez de uma mulher, para os outros (não-grávidos), representa ao mesmo tempo uma união e uma separação, já que, se nascemos, perdemos aquele estado inicial de fusão com uma outra pessoa, a mãe. Se nessa simbiose corporal (gravidez) e após o nascimento a criança não encontra uma mãe que possa satisfazê-la em suas necessidades básicas e, gradativamente, propiciar vivências de separação, esta criança pode entrar em contato prematuramente com a falta, com a ausência, o que pode trazer sérios entraves a seu desenvolvimento emocional.

A gravidez da psicoterapeuta facilitou a emergência destas vivências mais arcaicas de ausência materna, que foram transferidas para a psicoterapia. Tanto crianças, como púberes ou adultos viram facilitadas essas revivências que apareceram em momentos diversos da gravidez da psicoterapeuta: no início, durante e no final da gestação. Não houve um período específico no qual essas vivências foram catalizadas.

É importante notar um outro aspecto, além do que foi visto. Alguns trabalhos sobre a Psicologia da Gravidez, como o de Soifer (1977), investigam os processos psicológicos que ocorrem na mulher grávida. Segundo esses estudos, a gestante tem uma tendência a voltar-se para si mesma, desligando-se em parte do mundo exterior. Assim, essas revivências de distanciamento com a figura materna aparecem no contato com a psicoterapeuta que, estando grávida, tem a tendência a se afastar emocionalmente. Ocorre, então, tanto no contato com a mãe grávida como com a psicoterapeuta grávida um distanciamento que é sentido pelas outras pessoas, como que se reafirmasse a ausência, a falta da figura

materna já sentida em momentos pretéritos e significativos do desenvolvimento de cada um.

A gravidez pode, portanto, ser interpretada como a possibilidade de ausência materna, tanto por uma distância maior da mãe que se ensimesma, como por representar outras separações que foram significativas na vida da criança. Catalisando revivências de abandono e de ausência materna, ocorridos em épocas precoces do desenvolvimento, a gravidez da psicoterapeuta pode ter sido interpretada como um terceiro elemento que, ao aparecer, propicia a separação do cliente com a psicoterapeuta, na transferência, separação com a mãe. Considerou-se este um aspecto bastante importante e benéfico para a psicoterapia, pois permite trabalhá-lo na transferência.

Pesquisa sobre sexualidade

Pesquisar a sexualidade é tentar ter maior conhecimento a esse respeito. A sexualidade desperta curiosidade na criança desde muito cedo. Segundo Freud, seria esta apoiada na observação da vida de animais e também no instinto sexual. Freud considera que a criança fantasia a relação sexual dos pais, o que ele chama de cena primária. Com base nessa fantasia, dá resposta à pergunta sobre a origem da vida e de si mesmo.

De uma maneira geral, diante da gravidez da psicoterapeuta, houve uma facilitação em pesquisar a sexualidade. Essa gravidez despertou maior curiosidade em relação à maternidade, ao mistério do nascimento, da concepção, da própria origem.

Para as crianças e, especialmente para as meninas, além da maior abertura em se pesquisar o tema, a psicoterapeuta serviu como um modelo para se indagar a respeito da questão sobre o sexo.

Pesquisa sobre o interior feminino

A pesquisa do interior materno é muito importante para o desenvolvimento da capacidade simbólica da criança. É a partir dessa pesquisa que a criança poderá ou não encontrar satisfação em conhecer.

De uma maneira geral, a gravidez da psicoterapeuta aguçou a curiosidade dos clientes sobre o interior feminino. As crianças e púberes mostraram desejos de conhecer e sadismo sobre o interior feminino.

Os clientes adultos mostraram a fantasia de entender melhor a capacidade criativa, sentindo algumas vezes que a psicoterapeuta tinha essa

capacidade e eles não. Aliado ao desejo de conhecer, também apareceram muitos ataques, até invejosos, a essa capacidade. Percebeu-se igualmente que os clientes tinham, em determinados momentos, a fantasia de roubar a capacidade de gerar da psicoterapeuta.

Revivescências de abortos

Observou-se, por parte dos clientes, uma facilitação em lidar com este tema. As clientes mulheres, que tinham passado por tal experiência – quer tenha sido um aborto espontâneo ou provocado –, reviveram-no com profundo pesar e dor. O cliente homem, cuja esposa passara por essa experiência – durante as férias da psicoterapeuta para ter seu bebê –, ao retomar as sessões, mostrou também depressão ante essa situação comparando suas vivências com as da psicoterapeuta. Nesse sentido, foi interessante notar que os abortos tidos por mães de clientes, tanto adultos como crianças, foram trazidos para a situação analítica para serem trabalhados. Em ambos os casos, a vivência do próprio interior ou do interior da mãe, atacado ou destruído, mostrou-se importante para o trabalho das angústias daí decorrentes.

Revivências de irmãos mortos

Com a gravidez da psicoterapeuta, alguns clientes trouxeram para a psicoterapia suas vivências sobre irmãos mortos. Fantasias, angústias relacionadas a essas mortes foram catalisadas pela gravidez da psicoterapeuta. Este aspecto foi benéfico ao serem trabalhados.

Atuações quando a psicoterapeuta está grávida

Interromper a Psicoterapia

Alguns clientes quiseram interromper a psicoterapia quando da gravidez da psicoterapeuta. Notou-se que essa interrupção ligava-se a uma hostilidade acentuada a essa gravidez, pelo que ela representava.

Engravidar durante a gravidez da psicoterapeuta

Em alguns casos, a psicoterapeuta serviu de modelo com o qual a cliente se identificou. Duas das clientes acompanhadas e que foram motivadas a procurar a psicoterapia por dificuldades em engravidar, engravidaram durante a gravidez da psicoterapeuta. A gravidez da psicoterapeuta pode ter auxiliado esse processo, isto é, no resgate da própria fertilidade.

Algumas clientes mostraram desejos de engravidar, mas para atacar a percepção de conflitos intrapsíquicos. Mais do que um desejo, às vezes chegava à ação: confundiam-se quanto à anticoncepção, tendo relações sexuais em período fértil. Além da função de defesa contra angústias, havia também a fantasia de recriar a simbiose mãe-bebê, para não sentir a falta e a separação da psicoterapeuta, na transferência, a figura materna. A gravidez da psicoterapeuta, como as férias romperia a dualidade mãe-filho, interferindo no *setting* analítico.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa vem mostrar que a gravidez da psicoterapeuta é elemento importante no trabalho psicoterápico, tanto em relação aos clientes quanto em relação à própria psicoterapeuta.

Para que um ser humano chegue a sentir que é humano, que tem existência própria, um longo caminho deve ser percorrido. Um caminho que estabelece suas bases em uma boa maternagem. O desenvolvimento psicológico pode levar a pessoa a se sentir criativa, a sentir que pode criar desde pensamentos até uma outra vida. A gravidez da psicoterapeuta permitiu que questionamentos fossem catalisados envolvendo dois aspectos fundamentais: sobre o próprio sentido da existência e a possibilidade de criar.

A gravidez da psicoterapeuta foi utilizada como uma tela sobre a qual os clientes projetaram suas angústias, fantasias, idéias e pensamentos. As revivescências facilitadas pela gravidez da psicoterapeuta apareceriam no processo psicoterápico mesmo sem essa facilitação – isto é, mesmo que a psicoterapeuta não estivesse grávida. Mas essa situação especial possibilitou uma facilitação e catalisação, que podem influenciar benéfica ou prejudicialmente à psicoterapia.

Eis, então, um ponto de contato entre a função de uma maternagem suficientemente boa e de uma psicoterapia suficientemente boa. A investigação sobre a gravidez da psicoterapeuta, com todas as implicações que pode trazer para o trabalho psicoterápico, pode auxiliar esse contato. O cliente, a psicoterapeuta e a própria psicoterapia seriam os grandes beneficiários.

REFERÊNCIAS

- Catafesta, I.F.M. (1984). *Observações de Fenômenos Emergentes na Psicoterapia Quando da Gravidez da Psicoterapeuta* – Dissertação de Mestrado Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Klein, M. (1974). Inveja e Gratidão: Um estudo das fontes inconscientes (J.O. Abreu, trad). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M., & Riviere, J.(1975). *Amor, Ódio e Reparação: As emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico* (M.H. Senise, trad, 2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago.
- Langer, M. (1978). *Maternidad y sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade* (J.O. de Abreu & V. Nobre, trads.). Riode Janeiro: Imago.

“POSSO ENTRAR NESSA RODA?” –
ANGÚSTIAS E MANIPULAÇÕES DE UM MENINO
DE SETE ANOS EM BUSCA DA IDENTIDADE

Ivonise Fernandes da Motta / Maria Estela Escanhoela Amaral Santos

Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

A partir de um caso clínico, de um menino de sete anos, a quem chamaremos Alan, levantaremos algumas reflexões sobre os caminhos e descaminhos, as construções e desconstruções em busca da identidade.

Através da psicanálise e das descobertas de seu criador, Sigmund Freud, sabemos que a masculinidade, bem como a feminilidade são adquiridas a partir da primeira relação de amor que se estabelece no início da vida – a relação mãe-bebê. O seio, primeiro objeto de desejo, sacia a fome (instinto) e alimenta a mente (pulsão), estabelecendo-se assim um clima de sensualidade primária que determinará as futuras escolhas objetais no decorrer da vida. O contato físico, pele a pele, gera as primeiras sensações eróticas, independentemente se as emoções acompanhadas são da ordem do amor, do ódio, da indiferença, da angústia.

Ao nascer, o sexo anatômico do bebê configura todo o procedimento de cuidados, estabelecimento de papéis sociais a serem desempenhados na família, na escola e na sociedade conforme as expectativas externas, provenientes da cultura e das questões internas (inconscientes) ou conscientes dos pais em relação à própria sexualidade.

Portanto, natureza e cultura determinam a história de cada indivíduo.

CASO CLÍNICO

Alan, sexo masculino, sete anos, 2º ano do Ensino Fundamental I, vive com os pais biológicos e o irmão de 12 anos.

Queixa inicial

Falta de atenção e concentração escolar; ansiedade; inconstância nas atividades; extrema sensibilidade; medo; agressividade; dificuldade de dormir em outro lugar que não seja no quarto ou na cama dos pais; curiosidade sexual.

As entrevistas com os pais e um relatório enviado pela professora nos possibilitou a compreensão do quadro inicial, porém a cada sessão é possível constatar a dinâmica mental em torno das ambivalências bem demarcadas – educação, fragilidade, submissão/provocação, manipulação, agressividade. Seu corpo franzino e suas feições delicadas, bem como a simpatia e a facilidade em estabelecer contato, à primeira vista nos levava a crer que a dependência-passividade eram prevalentes em sua subjetividade. Porém, no decorrer do processo psicoterapêutico, observamos que a sedução, principalmente dirigida aos adultos, tinham como finalidade o controle e a manipulação do objeto, como forma de aliviar sua angústia.

A noção de independência-atividade transmitida pela leveza e facilidade de trânsito na vida social adulta oculta o sofrimento de tentar corresponder expectativas internas de perfeição(idealização), que compartilham com a imagem de si mesmo projetada no estilo sedutor de estabelecer vínculos. Se pensarmos na conceitualização de Latência (por volta dos cinco, seis anos), como uma das fases do desenvolvimento psicosexual descrito por Freud, identificaremos Alan ainda em vias de atingí-la. Embora latente caracterize algo que deve permanecer escondido, disfarçado, no caso do nosso paciente, ele não está conseguindo realizar o mecanismo da sublimação como estratégia de dessexualização das relações objetais, ou seja, a ansiedade impera sobre a necessidade em mostrar potência (escola, esportes, socialização, relações familiares).

O que até agora podemos supor é que este pequeno indivíduo encontra-se na Fase Fálica (Freud), onde o poder pertence ao pênis – quem tem deve preservar para não perder e tomar conhecimento de que meninas não têm, alimenta fantasias de que tenha perdido, assim como se perdeu o seio e as fezes. A visão dos genitais femininos acentua a angústia de castração.

No artigo “Algumas Consequências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos” (1925), Freud escreveu que sob ameaça de castração, a visão do genital feminino pelo menino, desperta nele forte emoção e o leva a acreditar na ameaça anteriormente rechaçada.

Para ilustrar essa angústia, além de Alan ter verbalizado em sessão de análise que não gosta de ver mulher nua, há outros indícios que nos orientam nessa hipótese: entre os alunos da sala de A. há um menino de nove anos, aluno de inclusão, que apresenta Hemianopsia (incapacidade de visão lateral), severas dificuldades de aprendizagem, pai paraplégico, além de ter sido abandonado pela mãe no primeiro ano de vida. Pela escola, obtivemos informações de que o nosso paciente é o único a incomodar-se e a provocar conflitos com o referido colega – passar o pé

para derrubá-lo, empurrá-lo e sair correndo. Ao ser questionado, só admite quando percebe que não tem mais saída com seus argumentos. Diante de pressão e de frustração, em qualquer situação, seja em casa ou na escola, reage com choro ou agressividade.

Fragmentos de uma sessão (quatro meses de processo psicoterapêutico)

As sessões são semanais e esta, em evidência, demarcou a mudança de sala – a psicoterapeuta estava inaugurando o seu próprio consultório na clínica. O paciente havia sido informado previamente.

Alan: “Nossa, tia, que da hora!”

Dirigiu-se ao divã, deitou-se e disse: “essa cama é mais da hora que a outra”. Foi em direção à caixa de brinquedos que estava no chão, num canto e falou: “tia, vamos brincar daquilo de montar, venha, senta aqui”, apontando o lugar que eu deveria ocupar, em frente a ele. Sentei.

Alan: “Tudo aqui é mais da hora.”

T: “Você achou?”

Alan: “Até o chão é menos frio que lá, por causa desse tapete.”

Interessante destacar que a antiga sala era acarpetada e a atual é revestida com piso frio e a referência que o paciente fez em relação ao “chão menos frio” me levou a pensar sobre a captação de uma sensação compartilhada por ambos – de bem-estar, de aconchego e de pertencimento. Minha, por ter “montado” meu próprio espaço e ele, por estar sentindo-se compreendido, cuidado e respeitado em suas angústias e explorações.

Alan começou a construir uma torre com blocos de madeira e me convidou a ajudá-lo.

Essa atividade lúdica ocorre em todas as sessões, sendo que no início do tratamento, a partir do primeiro desequilíbrio da torre, que era construída de maneira displicente, ao cair, era abandonada por ele, passando com certo desprezo ou expressões de raiva, para outro objeto, geralmente “luta de dinossauros” ou jogo de cartas.

Alan: “Vamos, tia, vai colocando as peças vamos deixar a torre bem alta”. Assim que considerou pronta sugeriu que soprássemos ao mesmo tempo para derrubá-la. Construções e desconstruções compartilhadas amenizam a angústia de castração e possibilitam o caminho para a próxima etapa do desenvolvimento emocional.

Em seguida, foi à caixa de brinquedos e pegou uma boneca de plástico que tinha o vestido levantado até a cintura. Mostrou para mim e disse: “olha, tia, a bunda dela.”

T: “E na frente o que é que tem?”

Ele virou a boneca, olhou e não disse nada. Levantou mais a roupa e disse: “deixa eu ver o peito dela; olha tia, tá fundo”. (a boneca estava com a região dos seios afundada).

T: “Nossa o peito afundou – uma boneca despeitada”. Ele riu, depois falou: “ eu nunca vi uma boneca pelada.

T: “E menina, você já viu?”

Alan: “Não, só minha mãe”.

T: “Então, você pode imaginar como seja uma menina pelada.”

Alan: “Ah, minha mãe é adulta. Eu não gosto de ver mulher pelada, acho feio”.

T: “E homem?”

Alan: “Ah, homem, sim, eu sou homem, às vezes eu tomo banho com o meu pai”.

Aqui podemos confirmar a importância do genital masculino como órgão exuberante, preponderante da Fase Fálica (Freud) e o “curioso” sexo “faltante”, temeroso, misterioso, causa de angústia, que caracteriza o feminino.

Foi à caixa de brinquedos, pegou outros bonecos e falou que iriam ser manequins.

Alan: “Tia, vamos brincar de loja, arruma eles aí”. (como se tivesse dando ordens, subentendido -”eu tenho o que você não tem, eu controlo, você obedece; eu posso você não.”).

Espalhou algumas peças de madeira e disse que seria a vitrine; pegou dois bonecos nus e pediu que eu arrumasse como manequins de loja. Deixou de lado a boneca “defeituosa”, assim como exclui o aluno de inclusão, na escola. Tirou a roupa de todos os bonecos e pediu que consertasse a boneca com defeito; como não consegui, deixou-a fora da brincadeira.

T: “A boneca despeitada fica fora, não pode ser modelo.”

Ele riu.

Cada um que pegava, olhava para se certificar sobre a integridade do corpo e ao encontrar uma com seios, genitália, nádegas, rosto e cabelo formando um conjunto que dava noção de beleza e completude, salientou que aquela estava completa.

Vestiu os homens com roupas e acessórios femininos e vice-versa, apenas a “completa” foi vestida adequadamente e por fim coroada como rainha.

T: “Agora sim, temos uma modelo perfeita, não falta nada.”

Podemos supor que essa criação do paciente retrata o ideal, a expectativa que tem de si mesmo e do que o mundo externo espera dele. Por outro lado, podemos pensar que através do processo analítico, as construções e descon-

truções têm sido possíveis através da possibilidade de expressão e da contenção, por parte da terapeuta, das angústias ambivalentes que norteiam o caminho em busca da integração do corpo biológico e psicológico.

Deixar de participar do mundo privado dos pais e aceitar as diferenças, as limitações como parte do processo de crescimento que o torno um ser único, espontâneo, criativo, inscrito na ordem do humano, inserido na cultura e respeitado por sua história.

CONCLUSÃO

O sentimento de identidade resulta de processos de identificação desde o início da vida, começando pela relação mãe-bebê, que estabelece um elo de amor, confiança, sensualidade, preocupação, passando pelo pai, com a função primeira de desejar o filho, investir nele, fazer dele seu sucessor, servir de modelo identificatório, de modo a ser representado internamente como objeto bom, amado e admirado.

A partir de um bom começo, todas as demais identificações ao longo da vida serão facilitadas, respeitando toda a ordem de crises advindas das etapas do desenvolvimento biopsicosssexual rumo ao amadurecimento e saúde.

REFERÊNCIAS

- Cecarelli, P.R. (1998). A Construção da Masculinidade. *Revista Percurso*, 19, 49-56.
- França, M.O.A.F. (1997). Sexualidade e Cultura. *Revista Brasileira de Psicanálise*, XXXI(1), 167-174.
- Freud, S. (1923). A Organização Genital Infantil. In *Obras Completas*, (v. XIX). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1924). A Dissolução do Complexo de Édipo. In *Obras Completas* (v. XIX). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925). Algumas Consequências Psíquicas as Distinção Anatômica entre os Sexos. In *Obras Completas* (v. XIX). Rio de Janeiro: Imago.
- Matos, J. (1996). O Masculino em Questão. *Revista Brasileira De Psicanálise*, XXX(4), 1005-1010.
- Zimmerman, D.E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos. Teoria, Técnica e Clínica*. Porto Alegre: Artmed.

O ESTUDO DOS EFEITOS TRANSFERÊNCIAIS
E CONTRATRANSFERENCIAIS NA PSICOTERAPIA
QUANDO A PSICOTERAPEUTA ESTÁ GRÁVIDA

Ivonise Fernandes da Motta/ Fabiana Bozelli Alves Ferreira

Universidade de São Paulo, Brasil

A partir da hipótese de que a gravidez da psicoterapeuta pode vir a catalizar vivências emocionais e afetivas significativas, essa pesquisa visa investigar seus efeitos no processo psicoterápico.

Apesar da existência de vários estudos sobre a gravidez de psicoterapeutas, nota-se que ainda são escassos os trabalhos sobre esse tema, indicando a necessidade de um número maior de investigações.

Lax (1969) relata algumas considerações sobre transferência e contratransferência quando a psicoterapeuta está grávida, observando que as mulheres reagem diferentemente dos homens. Para as mulheres, a gravidez se mostrou como um estímulo excitante, enquanto que para os homens houve escassez de reações. A autora relaciona este fato às diferenças no desenvolvimento dos padrões psicosexuais entre meninos e meninas e aos aspectos conflitantes do desejo de identificação com a mãe. Nos pacientes homens que se identificaram com a psicoterapeuta, assim como com todos os demais pacientes que ela analisou, a gravidez despertou impulsos reprimidos perigosos relacionados não apenas a questões edípicas, mas também a desejos infantis de ser capaz de ter uma criança como uma mãe. A frustração destes desejos, sob o aspecto homossexual, sem dúvida esteve presente, re-evocando sentimentos infantis de mortificação narcisista e possibilidades de lesão. A autora também relata que os sentimentos de inveja relacionados à gravidez, não podem ser gratificados ou compensados através da identificação, supressão e isolamento, que são comumente empregados para conter conflitos intrapsíquicos. Balou (1978), procurando explicar a ausência de literatura sobre transferência, sugere que esta é causada pelo fato da gravidez fazer parte do tabu da sexualidade humana e, conseqüentemente, tornando-se mais difícil de lidar.

Breen (1977) observou diferenças entre a psicoterapia individual e a de grupo, em relação à gravidez da psicoterapeuta, sendo que na psicoterapia individual surgiram mais temas relacionados à inveja do bebê, sentimento dos pacientes de estarem sendo privados e excluídos da vida da psicoterapeuta, sentimentos de rivalidade e competição com o marido da terapeuta e inveja da capacidade criativa da psicoterapeuta, que foi

observada indiretamente. Em relação à diferença sexual dos pacientes, um dos principais temas que surgiram com os pacientes homens está relacionado com a homossexualidade e os medos e desejos inerentes. Relatou que sua gravidez também despertou o desejo de exibição da virilidade e o medo de ser castrado ou engolido pela mulher sexual. Em relação à psicoterapia de grupo, a autora foi rejeitada pelo grupo o que a fez sentir como uma mãe má. Também relata que alguns pacientes expressaram repulsa às relações sexuais paternas e que outros pacientes relataram sentirem-se “fora do mundo”, dizendo que ainda não se sentiam preparados para uma “intrusão” (bebê).

Mudanças físicas e psicológicas da psicoterapeuta e a necessidade desta em adaptar-se às limitações impostas pela gravidez, foram relatadas por Clarkson (1980). Esta autora coloca que a gravidez da psicoterapeuta oferece uma oportunidade de se trabalhar com antigos conflitos podendo, portanto, ser usada construtivamente para elaboração dos mesmos. Para as pacientes do sexo feminino, esse fato levanta curiosidade a respeito de como a psicoterapeuta irá conciliar sua carreira com a maternidade, bem como algumas manifestações possíveis dos pacientes como a dependência e a somatização, a competição, o desejo das mulheres de engravidarem, a reconciliação com a figura materna, etc.

A rigor, “transferência” é um conceito específico da teoria psicanalítica, embora ele exerça influência em todas as relações. Este termo refere-se à transferência dos sentimentos, atitudes e opiniões, em relação a uma pessoa ou idéia primitiva da vida do pacientes, para o terapeuta. Quando é estritamente definido, os elementos de transferência são deslocados e geralmente inapropriados. Mais quando estão fracamente definidos, os conceitos de transferência abrangem todos os aspectos das relações do paciente com o terapeuta, incluindo aquelas baseadas na realidade. É importante que o terapeuta saiba distinguir entre os dois e que as baseadas na realidade sejam reconhecidas e as inapropriadas sejam modificadas.

Além dos trabalhos citados acima, foi utilizado o de Catafesta (1984), cujo estudo foi norteado por uma abordagem psicanalítica, avaliando as repercussões da gravidez da psicoterapeuta, no que diz respeito aos pacientes e às próprias psicoterapeutas.

O objetivo desta pesquisa foi o estudo dos fenômenos emergentes na psicoterapia quando a psicoterapeuta está grávida, analisando os efeitos da gravidez no processo psicoterápico.

De maneira geral, é importante lembrar que existem vários trabalhos sobre a gravidez, estudando as fantasias inconscientes, angústias e transtornos

que ocorrem na mulher durante este período. Entretanto, temas relacionados à gravidez da psicoterapeuta em seu trabalho com pacientes, constituem bibliografia limitada.

Neste sentido, a dificuldade em se discutir o assunto ou mesmo o conhecimento de várias outras repercussões e modificações que podem ocorrer na psicoterapia, do ponto de vista psicológico, nos interessa a fim de termos uma compreensão mais integrada do tema, das manifestações dos pacientes diante da gravidez da psicoterapeuta e também aquelas da psicoterapeuta grávida frente a seus pacientes.

Os trabalhos sobre a psicologia da gravidez ressaltam a existência de uma reconciliação entre a mulher grávida e sua mãe e da importância deste processo para o progresso e desenvolvimento da gestação. Estando a psicoterapeuta grávida, vivenciando angústias e processos psicológicos característicos da gravidez, nota-se que além do estímulo visual, a barriga e modificações corporais, há vivências emocionais profundas da psicoterapeuta que vão influenciar o processo psicoterápico (Catafesta, 1984).

Desta forma, parece viável pensar, como hipótese de trabalho, que a gravidez da psicoterapeuta possa vir a catalisar uma série de revivências do paciente com sua mãe, incluindo situações bastante primitivas de seu desenvolvimento. Esta é uma situação que se pode tornar muito importante para o trabalho psicoterápico, quanto ao aproveitamento e manejo da transferência. Torna-se relevante, portanto, o conhecimento que se obtiver sobre o assunto, para que a psicoterapeuta possa aproveitar esses momentos e trabalhar corretamente na transferência, tendo algumas noções sobre as repercussões que podem ter para si mesma.

Outro aspecto a ser destacado é que, além das revivências da relação dual com a mãe, a gravidez da psicoterapeuta propicia uma situação singular na psicoterapia, a presença de uma situação triangular. À medida que a barriga cresce e que a criança vai se manifestando, através de seus movimentos às vezes bastantes visíveis, aparece como iminente o terceiro elemento da relação e, com este, a angústia de separação.

Mahler (1977), em seu estudo sobre a simbiose e individuação, mostra-nos que a tranqüilidade ou dificuldade que aparecem no processo de separação com a mãe, dependem de como se estabeleceu a simbiose inicial. Cabe ressaltar que a simbiose refere-se a um modo de interação entre duas pessoas, sendo necessário para a sobrevivência de uma delas e que pode ocorrer, ao longo da vida, o desejo de retorno àquele período onde predominava a órbita simbiótica na díade mãe-criança, processo

denominado de ilusão simbiótica. Se for satisfatória, esse processo será gradativo e facilitado por uma confiança básica conseguida na relação com a mãe, caso contrário, pode surgir problemas.

Levanta-se aqui a hipótese de que esta exclusão do paciente da relação simbiótica psicoterapeuta-bebê fornece uma situação privilegiada de pesquisa, como por exemplo, a maneira como o paciente vivenciou a passagem de uma relação a dois para uma relação a três. Sabe-se que o pai é aquele que promove o rompimento da simbiose com a mãe, o vínculo onde não há duas pessoas, mas apenas uma indiferenciação, tornando possível ao filho tornar-se sujeito, com uma identidade, no mundo do real. Portanto parece interessante pesquisar como se deu essa passagem e se esta será revivida, como o foi na história pretérita do paciente, sua separação com a figura materna para se ligar à figura paterna e aos outros. Portanto, entende-se que a gravidez da psicoterapeuta apresenta-se como uma tela onde várias vivências podem ser projetadas, de acordo com a história de cada paciente, expressando, no entanto, características específicas que a revestem de interesse.

Entretanto, é importante conhecer mais profundamente essa situação, com o propósito de verificar quais os ganhos terapêuticos que se pode obter nesse contexto específico e, também, quais os riscos e dificuldades que podem aparecer os quais, quando trabalhados corretamente, poderão ser proveitosos para a psicoterapia em andamento.

MÉTODO

A psicoterapia psicanalítica centra-se em um conceito considerado fundamental para todo o trabalho psicoterápico, a transferência. Freud (1969), ao formular esse conceito, nos fala de um fenômeno considerado universal, ou seja, que todas as pessoas, em uma certa medida, são sugestionáveis.

Sobre o conceito de transferência, Freud ressalta que o paciente repete, em vez de lembrar, revivendo com o psicoterapeuta desejos, fantasias, angústias, os mais pretéritos e significativos de sua história pessoal.

Além da psicanálise, conseqüentemente, da transferência, ser empregada como método psicoterapêutico, já ao concebê-las, Freud destaca a importância de sua utilização como método de investigação.

O termo contratransferência também será abordado para designar toda gama de sentimentos despertados na psicoterapeuta pelo paciente. Heimann expõe

que a contratransferência cobre todos os sentimentos, os quais o analista experiência em relação a seu paciente. As respostas emocionais do analista para seus pacientes, dentro da situação analítica, representa uma das mais importantes ferramentas para seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento para pesquisa do inconsciente do paciente, conforme citado em Catafesta (1984).

Ao procurar entender os aspectos contratranferenciais, busca-se uma compreensão mais ampla do processo psicoterápico, diante da gravidez da psicoterapeuta, o que nos dá a possibilidade de um melhor entendimento dos pacientes e das repercussões que aparecem.

Neste âmbito, foram pesquisadas as repercussões que podem ter a gravidez da psicoterapeuta na psicoterapia, utilizando-nos dos relatos de quatro casos de pacientes acompanhados pela psicoterapeuta grávida na Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Estes pacientes fazem parte do cadastro da clínica, não havendo restrições quanto à queixa/problema, somente quanto à idade, a partir dos seis anos.

O procedimento utilizado foram entrevistas individuais, sendo o relato das sessões psicoterápicas transcritos e os resultados foram obtidos da análise dos efeitos transferenciais e contratransferenciais observados nos atendimentos e da observação de outras reações e acontecimentos nas sessões realizadas.

O método baseia-se na interpretação qualitativa deste material para investigar os fenômenos emergentes na psicoterapia quando a psicoterapeuta está grávida. Neste tipo de interpretação, a comunicação tem destaque importante, pois a pesquisa é entre outras coisas, um processo de comunicação entre pesquisador e pesquisado, um diálogo constante, rico em conteúdos, que devem ser minuciosamente investigados. Sabe-se que na pesquisa qualitativa, estudar as condições de comunicação e analisá-las, são as melhores tarefas, assim como é importante o conhecimento dessas circunstâncias, das condições situacionais e dos processos de comunicação, para entender e selecionar o bom material, bem como a produção de idéias, ao desenvolvimento da teoria, sendo essencial nela, a produção do pensamento. Como esta pesquisa abrange os fenômenos que emergem durante a psicoterapia, quando a terapeuta está grávida, os atendimentos iniciaram-se durante a gestação da terapeuta, que se encontrava no quinto mês de gestação e continuaram durante alguns meses após o nascimento. Na sequência encontra-se um breve resumo dos casos atendidos, ressaltando os fenômenos que emergiram durante a psicoterapia.

Gravidez provoca sentimento de hostilidade

Criança com seis anos apresentando TDAH, medicado com Ritalina foi levado pela mãe a terapeuta. A mãe, ao relatar o comportamento do filho, repete várias vezes que a terapeuta também vai ser mãe e vai ver como é difícil ter um filho assim. A terapeuta tem pensamentos durante os relatos “se meu filho for assim tentarei compreender”, mas também sentimentos de medo caso não saiba lidar com uma criança com TDAH assim como esta mãe. A criança durante as brincadeiras com a caixa lúdica usa objetos apontando para a barriga da terapeuta e começa a atirar.

Gravidez provoca sentimentos de abandono por parte da terapeuta

Adolescente com 13 anos queixa-se de sentir medo. Os pais estavam divorciando-se e disputando a guarda do menino. Durante os atendimentos surgiu a preocupação com a ausência da terapeuta após o nascimento do bebê e como esta conciliaria carreira com maternidade. Também diz que gostaria que os atendimentos não acabassem nunca, que fossem infinitos e que ficasse ele, seu pai, a terapeuta e a bebê. Tinha curiosidade e interesse em saber sobre a gravidez e, após o nascimento, sobre a bebê. Comentou que toda mulher, após ter bebê, corta o cabelo e que a terapeuta também cortou, ficando com cabelo de mãe.

Gravidez provoca indiferença

Mulher com 24 anos procura a terapeuta relatando sentimentos de culpa por não saber ser mãe. Ficou órfã aos 4 anos de idade e então justifica não saber ser mãe pois não teve uma ao seu lado. Esta paciente ignorou o fato da terapeuta estar grávida pois em nenhum momento comenta sobre a gravidez. Este comportamento pode ser compreendido, uma vez que a gravidez da psicoterapeuta possa vir a catalisar uma série de reviviscências do paciente com sua mãe, incluindo situações bastante primitivas de seu desenvolvimento. Esta é uma situação que se pode tornar muito importante para o trabalho psicoterápico, quanto ao aproveitamento e manejo da transferência, tendo algumas noções sobre as repercussões que podem ter para si mesma.

Gravidez provoca sentimentos de inveja e competitividade

Mulher grávida com 32 anos apresentando Transtorno Bipolar com mania de perseguição. Chegava para as sessões dizendo estar muito desanimada, cansada, mas começava a falar e não parava mais. Fazia comparações sobre o seu estado de saúde e o da terapeuta bem como o do seu bebê com

o da terapeuta. Dizia ter inveja do jeito calmo de ser e de falar da terapeuta e que teria certeza de que o bebê da terapeuta seria saudável já o dela a deixava preocupada pois estava medicada com Haloperidol e ele poderia nascer com problemas.

DISCUSSÃO

Apesar das inúmeras conquistas femininas, a gravidez continua sendo um tabu para a sociedade, o que torna a vida da terapeuta ainda mais difícil, pois ao mesmo tempo em que lida com mudanças pessoais, aceitando possíveis limitações e mudanças em suas relações, tem que se manter aberta e sensível às reações de seus pacientes.

Com este estudo pudemos constatar que a gravidez pode gerar para os pacientes sentimentos similares aos quais a terapeuta está vivenciando, possibilitando a resolução de conflitos anteriores parcialmente resolvidos e que apesar de Clarkson ter observado que o sentimento de interesse e curiosidade acerca dos planos da terapeuta em como conciliar a vida profissional e pessoal as pacientes surgiu preferencialmente em pacientes do sexo feminino no nosso caso esse sentimento surgiu em paciente do sexo masculino, entretanto, suas causas parecem ser similares, pois parecem estar refletindo antigas ansiedades de abandono e perda de cuidados maternos. Sendo a gravidez um estado transitório, não somente para a terapeuta mas também para o paciente, durante esse período os efeitos transferenciais e contratransferenciais devem se tratados com clareza tendo como foco de atenção não apenas o impacto da gravidez em si, mas também as outras características físicas.

Assim como qualquer outra diferença pode ser usada construtivamente para facilitar a resolução de conflitos, a gravidez da terapeuta não só pode, como deve, ser utilizada para este fim, mas para tanto, outras pesquisas ainda devem ser feitas para que um conjunto maior de informações seja adquirido e somado aos já existentes.

REFERÊNCIAS

- Ballou, J. (1978). The significance of reconciliative themes in psychology of pregnancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 42(5), 383-413.

- Breen, D. (1977). Some Differences between Group and Individual Terapy in Connection with the Terapist's Pregnancy. *International journal of group psychotherapy*, v. 27, nº 4.
- Catafesta, I.F. da M. (1984). *Observações de fenômenos emergentes na psicoterapia quando da gravidez da psicoterapeuta*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo.
- Clarkson, S. (1980). Pregnancy as a transference stimulus. *British Journal of Medical Psychology*, v. 53, nº 53.
- Freud, S. (1969). *A Dinâmica da Transferência e Observações Sobre o Amor Transferencial*. In Edição Eletrônica Brasileira da Obra Completa de Sigmund Freud. Edit. Imago. Rio de Janeiro.
- Lax, R. (1969). Some Considerations about Transference and Countertransference Manifestation Evoked by the Analyst's Pregnancy. *International Journal Psycho-Analytic*, v. 50.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1977). *O nascimento psicológico da criança. Simbiose e Individuação*. Tradução de Jane Araújo Russo. Rio de Janeiro, Zahar.

ACEITAÇÃO DA DOR. ABORDAGEM PSICOMÉTRICA
DO *CHRONIC PAIN ACCEPTANCE QUESTIONNAIRE*
NUMA AMOSTRA PORTUGUESA COM DOR CRÓNICA

Joana Costa / José Pinto Gouveia

FPCE, Universidade de Coimbra

Para as abordagens baseadas na *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT: Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), a dor é conceptualizada como parte inevitável da vida. Quando esta realidade é recusada e se luta para a evitar, há um aumento do sofrimento, sob a forma de stress, ansiedade e depressão. Assim, tentativas continuadas de evitar, controlar ou modificar a dor, revelam-se disruptivas, na medida em que promoverem o afastamento de um funcionamento adaptativo. De acordo com a ACT, as tentativas de controlo da experiência dolorosa, prevalentes muitas vezes pela busca continuada de novos tratamentos/ soluções, promovem o aumento do sofrimento e afastam o indivíduo do momento presente, dos objectivos valorizados e de um funcionamento adaptativo. Deste modo, o que torna uma determinada experiência interna como disfuncional são as tentativas de evitar, controlar ou modificar os pensamentos, sentimentos e sensações associados, e não os pensamentos, sentimentos ou sensações em si. As abordagens contextualmente baseadas têm assim por objectivo alterar a função dos pensamentos disfuncionais, como são experienciados e como influenciam outros comportamentos, em vez de tentar alterar a sua forma ou frequência (Bach & Moran, 2008; Dahl, Wilson, Luciano, & Hayes, 2005; Hayes & Duckworth, 2006; Hayes et al., 1999; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Vowles, & Eccleston 2004; McCracken & Vowles, 2007).

O *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ: Hayes et al., 2004) foi estabelecido para avaliar a eficácia do modelo baseado na ACT, emergindo da necessidade de desenvolver uma medida geral, breve e aplicável à investigação. A literatura tem feito referência a múltiplos estudos de validação desta medida, existindo várias versões adaptadas a diversos contextos. A *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ: McCracken et al., 2004) traduz a adaptação da medida original ao contexto da dor. Esta medida avalia a disponibilidade para a dor e a persistência na realização de actividades, consistentes com os objectivos e valores pessoais (Bach & Moran, 2008; Dahl et al., 2005; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken et al., 2004). São múltiplas as referências encontradas na literatura sobre a importância deste constructo no contexto da dor, estando

relacionado com um melhor funcionamento emocional, físico e social, menor recurso a medicação e aos cuidados de saúde. O seu papel preditor no ajustamento à dor crónica tem igualmente sido referido, sendo mesmo considerado como melhor preditor de um funcionamento adaptativo, independentemente da intensidade da dor (Dahl et al., 2005; McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Spertus, Janexk, Sinclair, & Wetzel, 1999; McCracken & Vowles, 2007; McCracken et al., 2004).

Assim, a presente investigação teve com objectivo analisar as qualidades psicométricas da versão traduzida do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ; McCracken et al., 2004) numa amostra portuguesa com dor crónica.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 104 adultos (40 com diagnóstico de Artrite Reumatóide; 64 com diagnóstico de Dor Crónica sem outra especificação). Os participantes foram referenciados pelo médico especialista, sendo uma amostra de conveniência. Apresentaram uma média de idades de 60.81 ($DP=13.24$), para os homens e de 59.53 ($DP=14.61$) para as mulheres.

Material

Folha de dados Demográficos e Clínicos. Foram registados o sexo, o estado civil, a idade, a situação profissional, as habilitações literárias e o diagnóstico clínico.

Questionário de Aceitação da Dor Crónica (Chronic Pain Acceptance Questionnaire: CPAQ; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004; tradução e adaptação por Pinto Gouveia & Costa, 2008, manuscrito em preparação), é um questionário de auto-preenchimento, com 20 itens, organizados em duas sub-escalas (Disposição para a dor: 9 itens; Realização de Actividades: 11 itens), com um formato de resposta tipo *Lickert* de 7

pontos (0. Nunca a 6. Sempre), em que os resultados mais elevados significam maior Aceitação da Dor.

Escala de Ansiedade Depressão e Stress (Depression Anxiety Stress Scales; EADS-42, Lovibond & Lovibond, 1995; tradução e adaptação por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004a), são escalas de auto-preenchimento com 42 itens, organizados em três sub-escalas com 14 itens cada (Depressão, Ansiedade e Stress) e, formato de resposta tipo Lickert de 4 pontos (0. Não se aplicou nada a mim; 4. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes), em que um resultado mais elevado traduz estados emocionais mais negativos. A medida permite obter resultados parciais para cada uma das sub-escalas, com uma amplitude de resultados a variar entre 0 e 42.

Questionário de Aceitação e Acção (Acceptance and Action Questionnaire-II: AAQII; Hayes et al., 2004; tradução e adaptação por Pinto Gouveia & Gregório, 2007, manuscrito em preparação), é um questionário de auto-relato que mede o evitamento experiencial. A medida é composta por 10 itens, com um formato de resposta tipo Lickert de 7 pontos (1. Nunca Verdadeiro; 7. Sempre Verdadeiro), em que um resultado mais elevado traduz mais tentativas de evitamento/controlo das experiências internas aversivas. A medida permite obter um resultado global, que varia entre 10 e 70.

Escala de Auto-Compaixão (Self-Compassion Scale: SELFCS: Neff, 2003; tradução e adaptação: Pinto Gouveia & Castilho, 2006, manuscrito em preparação), é uma escala de auto-relato constituída por 26 itens, organizados em seis sub-escalas designadas Bondade, Auto-Ajuizamento, Humanidade Comum, Isolamento, Mindfulness e, Sobre-Identificação, com formato de resposta tipo Lickert de 5 pontos (1. Quase Nunca; 5. Quase Sempre), em que um resultado mais elevado significa mais auto-compaixão. A medida permite obter um resultado total e resultados parciais, que variam entre um e cinco.

Procedimento

Os participantes foram referenciados pelos médicos assistentes dos Centros de Saúde de Torres Vedras, Lourinhã e Cadaval. Todas as informações relacionadas com os objectivos do estudo foram fornecidas aos pacientes, e pedido o consentimento informado para a participação. Os protocolos foram administrados individualmente, num gabinete das

respectivas instituições. Todas as dúvidas relacionadas com as questões ou com o preenchimento do questionário foram esclarecidas pelo autor da investigação.

Adaptação da medida à língua portuguesa

Após contacto com Lance McCracken, autor responsável pela medida original, foi pedida a autorização para a utilização e tradução da CPAQ para a língua portuguesa. Os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa, por um psicólogo que domina a língua inglesa escrita e falada, sendo verificados aspectos relativos à semelhança lexical e conceptual, procurando preservar o conteúdo de cada item. No que respeita a tradução e adaptação do item 1 “I am getting on with the business of living no matter what my level of pain is”, optou-se por preservar o conteúdo inicial (“Estou a entender-me com os meus negócios de vida independentemente do nível de dor”), apesar da semelhança lexical suscitar algumas controvérsias. Na língua portuguesa não é utilizada a expressão “...entender-me com os meus negócios de vida...”, sendo perceptível o significado “Estou a entender-me com a minha vida”. A retroversão da medida foi realizada por outro psicólogo com formação na língua inglesa. As duas versões foram comparadas e ajustados os parâmetros discordantes, mantendo os aspectos implícitos à construção da medida original.

RESULTADOS

Validade factorial do Chronic Pain Acceptance Questionnaire

Os valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling* (0,87) e do *Bartlett's Test of Sphericity* (1103,58; $p=0,0001$), permitiram a realização da Análise Factorial em Componentes Principais aos 20 itens, com rotação *Oblimin*. Pela análise dos dados do *screen-plot* e com o critério de retenção do *eigenvalue* superior a 1, testaram-se as soluções factoriais de 2, 3 e 4 factores. Foi resolvida a solução de dois factores, que permitiu explicar 50,74%, com 20 itens. Os valores das comunialidades demonstraram, de um modo geral, a adequação ao modelo obtido. O item 17 é o item que apresenta menor adequação ao modelo. A organização dos

itens é semelhante à versão original, com exceção dos itens 3, 4 e 17. Seguindo o mesmo tipo de abordagem dos autores da versão original, os itens discordantes foram individualmente analisados, para atribuição na respectiva sub-escala. Assim, cada sub-escala foi analisada em termos de comportamento da consistência interna, com a inclusão/exclusão destes itens. O item 3 foi incluído no factor 1, e os itens 4 e 17 foram incluídos no factor 2, ao promoverem aumento do valor de consistência interna e dos valores de correlação item-total. Apesar do item 17 saturar abaixo de 0,1 no factor 2, optámos por preservar a estrutura da escala original, pela análise do valor de consistência interna do factor caso este item fosse eliminado.

Tendo por base as sugestões de McCracken, et al. (2004), e de acordo com os pesos factoriais obtidos, designamos o Factor 1: Realização de Actividades e o Factor 2: Disponibilidade para a dor. Os factores obtidos demonstram valores elevados de consistência interna, analisados através do Alfa de Cronbach (Realização de Actividades: 0,83; Disponibilidade para a dor: 0,89; Escala Total: 0,91).

De uma forma geral, a solução de dois factores obtida para a versão traduzida da CPAQ (McCracken et al., 2004) apresenta validade factorial, indicando a distribuição obtida, uma sobreposição ao padrão original. Os pesos factoriais dos itens são elevados no factor de pertença, com exceção do item 17 (“Evito colocar-me em situações nas quais a dor pode aumentar”). As sub-escalas da versão obtida têm valores de consistência interna superiores ou iguais a .83, e superiores à versão original (0,89 e 0,83, versão obtida; 0,82 e 0,78, para a versão original).

Validade Convergente

A validade convergente da CPAQ foi analisada, com recurso a matrizes de correlação, através do coeficiente de correlação de *Pearson*. Os resultados obtidos revelaram que a Realização de Actividades e a Disponibilidade para a dor apresentaram correlações fracas e negativos com os sintomas psicopatológicos, com valores que variaram entre -0,27 ($p=0,007$), para a relação entre a Disponibilidade para a dor e a Ansiedade, e -0,49 ($p=0,0001$), para a relação entre a Realização de Actividades e a Depressão. Por outro lado, a escala total CPAQ apresentou uma correlação moderada e negativa com o Stress ($r=-0,50$; $p=0,0001$) e a Depressão ($r=-0,53$; $p=0,0001$), e uma correlação fraca e negativa com a Ansiedade ($r=-0,36$; $p=0,0001$).

A Realização de Actividades e a escala total CPAQ relacionaram-se de forma moderada e positiva com a Auto-Compaixão ($r=0,55$; $p=0,0001$ / $r=0,53$; $p=0,0001$, respectivamente). Para a Disponibilidade (CPAQ), foi obtido um valor de correlação fraco e positivo ($r=0,36$; $p=0,0001$). Os resultados demonstraram igualmente correlações fracas e negativas entre as duas escalas da CPAQ, a Ruminação (RRQ10) e o Evitamento Experiencial (AAQ-II).

A importância da Aceitação da Dor, como factor preditor de psicopatologia, foi também analisada no âmbito do estudo da validade convergente da medida. Seguindo os mesmos procedimentos dos autores da medida original, foram realizadas análises de regressão múltipla com selecção das variáveis *stepwise*, utilizando as sub-escalas da CPAQ (Realização de Actividades e Disponibilidade para a dor) como variáveis independentes e, a Depressão, a Ansiedade e o Stress como variáveis dependentes. A análise de regressão linear múltipla com selecção das variáveis *stepwise*, utilizando a Depressão como variável dependente, demonstrou que Realização de Actividades contribuiu para 25,2% da variância deste sintoma ($\beta=-0,51$; $t=-5,47$; $p=0,0001$). Numa segunda análise de regressão linear múltipla com o mesmo método de selecção das variáveis e utilizando a Ansiedade como variável dependente, demonstrou que a Realização de actividades foi, novamente a única sub-escala da CPAQ que contribuiu para o modelo, explicando 11,4% ($\beta=-0,35$; $t=-3,53$; $p=0,001$). Finalmente, uma nova análise de regressão linear múltipla foi realizada, tendo o Stress como variável dependente, e demonstrou que a Disponibilidade para a dor e a Realização de Actividades contribuíram 23,5% para a explicação da variância do stress ($\beta=-0,27$; $t=-2,35$; $p=0,02$).

Validade Discriminante

A validade discriminante da versão CPAQ obtida, foi analisada através da capacidade de distinguir indivíduos com baixos ou elevados sintomas de depressão, ansiedade e stress (sub-escalas EADS-42). Foram formados dois grupos para cada sub-escala, recorrendo ao valor da mediana e utilizado o teste *t* para amostras independentes. A aceitação da dor discriminou os indivíduos com mais e menos depressão. Assim, o grupo com mais sintomas de depressão apresentou menos realização de actividades ($M=30,33$; $DP=13,00$) e menos disponibilidade para a dor ($M=12,52$; $DP=8,91$), comparativamente com o grupo com menos sintomas de depressão ($M=43,25$, $DP=10,87$; [$t(88)=-5,10$; $p=0,0001$] /

$M=20,79$, $DP=11,58$; [$t(79)=-3,78$; $p=0,0001$]. respectivamente). Para a ansiedade, foram encontradas diferenças nos grupos com mais e com menos sintomas no que diz respeito à realização de actividades [$t(91)=-3,75$; $p=0,0001$] e à disponibilidade para a dor [$t(86)=-3,36$; $p=0,001$], no sentido do grupo com mais ansiedade relatar menos realização de actividades ($M=31,52$; $DP=12,05$) e menos disponibilidade para a dor ($M=12,33$; $DP=9,33$), em comparação com o grupo com menos ansiedade. Finalmente, as sub-escalas CPAQ discriminaram igualmente indivíduos com mais e menos sintomas de stress. Assim, foram obtidas diferenças entre os grupos para a realização de actividades [$t(88)=-2,99$; $p=0,004$], no sentido do grupo com mais sintomas de stress revelar menos realização de actividades ($M=32,71$; $DP=13,88$). Por outro lado, para a disponibilidade para a dor também foram obtidas diferenças entre os dois grupos [$t(89)=-4,39$; $p=0,0001$], com o grupo com menos sintomas de stress a relatar menos disponibilidade para a dor ($M=11,68$; $DP=9,47$), comparativamente com o grupo com menos sintomas de stress.

DISCUSSÃO

A investigação realizada, teve como principal objectivo, analisar a estrutura psicométrica da versão traduzida da CPAQ (McCracken et al., 2004) numa amostra de adultos portugueses com dor crónica. Foi identificada uma estrutura de dois factores, concordante com a versão da medida original, que explicou cerca de 51%. Na estrutura obtida, salientamos a existência de dois itens, que pesaram no factor respeitante à Realização de Actividades quando, na estrutura original, faziam parte do factor relativo à Disponibilidade para a dor (item 4 – “Sacrificaria com muito prazer coisas importantes na minha vida para controlar melhor esta dor.”; item 17 – “Evito colocar-me em situações nas quais a dor pode aumentar”). Por outro lado, o item 3 (“Não há problema em ter dor”) pesou no factor relativo à Disponibilidade para a dor, quando na estrutura da medida original pertencia à Realização de Actividades.

No estudo de McCracken et al. (2004), foram obtidos alguns itens cujos pesos revelavam incongruências face ao factor de pertença, tendo os autores analisado individualmente os valores de consistência interna e os resultados dos factores, com e sem os itens discordantes. O mesmo procedimento foi realizado com os dados da nossa amostra, optando-se

pela inclusão dos itens na escala de pertença na medida original, dado aumentar os valores de consistência interna e os valores de correlação item-total, dos dois factores.

No âmbito do estudo da validade convergente da medida, os resultados obtidos demonstraram as relações esperadas com a psicopatologia. De facto, uma menor Aceitação da Dor relacionou-se com mais sintomas de depressão, ansiedade e stress, o que está de acordo com a literatura que salienta a preponderância deste conceito ao nível dos indicadores de funcionamento emocional, físico e social (Eccleston & Crombez, 2007; McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair, & Wetzel, 1999; McCracken & Vowles, 2007; Viane et al., 2003). Por outro lado, a Disponibilidade para a Dor e a Realização de Actividades, estiveram relacionadas com uma menor utilização de estratégias ruminativas, o que está de acordo com Viane et al. (2003). Estes autores demonstraram que uma atitude de abertura face à experiência esteve na base da cessação de pensamentos intrusivos e aversivos. Implícito ao estudo da validade convergente da CPAQ, foram ainda realizados procedimentos estatísticos de análise de regressão que suportam o poder preditivo da Aceitação da Dor, na explicação dos sintomas de depressão, ansiedade e stress (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken et al., 2004; McCracken, et al., 1999).

No que diz respeito à validade divergente, os resultados demonstraram a capacidade das duas sub-escalas da Aceitação da Dor discriminarem indivíduos com mais ou menos psicopatologia, o que reforça novamente a abordagem das duas dimensões implícitas à aceitação. A Realização de Actividades apesar da dor, implícita à Aceitação, pressupõe o reconhecimento da cura como improvável, e que a busca continuada de soluções e tratamentos são tentativas de evitar ou controlar a situação indesejada, conduzindo ao afastamento dos objectivos valorizados e do funcionamento saudável.

Estes resultados reforçam uma vez mais a importância das abordagens centradas na ACT, que ao possibilitarem ao indivíduo separar a experiência da dor do comportamento de evitamento, permitem simultaneamente experienciar a dor e viver uma vida valorizada (Hayes & Duckworth, 2006; Hayes et al., 1999; McCracken & Vowles, 2007; Wicksell et al., 2007). Os resultados parecem promissores para a população portuguesa com dor crónica, fornecendo alternativas inovadoras que se demarcam das abordagens tradicionais, centradas na redução do sintoma *per si*.

REFERÊNCIAS

- Bach, P., & Moran, D. (2008). ACT in practice. *Case conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Dahl, J., Wilson, K., Luciano, C., & Hayes, S. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Reno: Context Press.
- Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *Pain*, 132, 233-236.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behaviour change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S., & Duckworth, M. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and traditional Cognitive Behavior Therapy approaches to pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 185-187.
- McCracken, L. (1998). Learning to live with pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- McCracken, L., & Eccleston C. (2003). Coping or acceptance: What to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197-204.
- McCracken, L., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164-169.
- McCracken, L., Spertus, I., Janeck, A., Sinclair, D., & Wetzel, F. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain related anxiety and acceptance. *Pain*, 80, 283-289.
- McCracken, L., & Vowles, K. (2007). Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: An examination of a revised instrument. *The Journal of Pain*, 9, 700-707.
- McCracken, L., Vowles, K., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166. *Research and Therapy*, 43, 1335-1346.
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.

- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004b). 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.
- Pinto Gouveia, J., & Costa, J. (2008). *Questionário de Aceitação da Dor Crónica*. Tradução e adaptação para a população portuguesa (manuscrito não publicado).
- Pinto Gouveia, J., & Castilho, P. (2006). *Escala de Auto-Compaixão*. Tradução e adaptação para a população portuguesa (manuscrito não publicado).
- Pinto Gouveia, J., & Gregório, S. (2007). *Questionário de Aceitação e Acção-II*. Tradução e adaptação para a população portuguesa (manuscrito não publicado).
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., & De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65-72.

O COMPORTAMENTO SEXUAL DOS JOVENS E AS SUAS
IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE FÍSICA E MENTAL:
CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Joana Santos¹ / Anabela Albuquerque¹ / Ana Paula Vieira¹ /
Ângela Fernandes¹ / Etã Sobal Costa¹ / Filipa Ferreira¹ /
Joana Carvalho¹ / Rui Coimbra Morais²

¹Internato Viseense de Santa Teresinha; ²Convívio Jovem

A sexualidade é um fenómeno multidimensional e faz parte da formação da identidade (Papalia, Olds, & Feldman, 2006), do autoconceito, da auto-estima (Fonseca, 2005) e, em última análise, da saúde física e mental das pessoas (Dias, 2009). O desenvolvimento psicosssexual ocorre desde o nascimento, sofrendo influências de factores hormonais, familiares e culturais (Fonseca, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986), a designação “adolescência” abrange as pessoas entre os 10 e os 19 anos de idade, período de vida que liga a infância à idade adulta. Esta Organização usa o termo “juventude” para referir as pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos; desse modo, o termo “jovens” abarca todas as pessoas com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos. A adolescência é, assim, um período de desenvolvimento caracterizado por rápidas mudanças físicas, psicológicas, socioculturais e cognitivas (DiClemente e cols., 2001), que se desenvolvem entre a infância e a idade adulta.

Nas últimas décadas, tem-se verificado importantes mudanças nas sociedades, que influenciaram o comportamento sexual e reprodutivo, com consequências inerentes para os jovens, que têm sido classificados como um grupo potencial de risco, nomeadamente pelo início precoce da actividade sexual, pelo uso inconsistente do preservativo e pela prática de relações sexuais desprotegidas com variados parceiros (Whitaker & Miller, 2000).

Assim, o comportamento sexual dos jovens é uma das principais preocupações de saúde pública nacional e internacional, pela sua associação com consequências negativas que podem afectar a sua saúde e bem-estar (WHO, 2006), pelo que urge o desenvolvimento de investigações que clarifiquem alguns factores de risco do comportamento dos jovens, de modo a facilitar o traçar de programas de intervenção e prevenção eficazes.

Estudos (Weissberg, Kumpfer, & Seligman, 2003; Fergus & Zimmerman, 2005) têm demonstrado que as intervenções preventivas não se podem

centrar somente na diminuição ou na eliminação das variáveis ligadas ao risco, mas devem também desenvolver processos que estimulem as potencialidades e os factores protectores de modo a promover a saúde, tendo sempre o cuidado de perceber a comunidade onde se pretende intervir.

Assim, o presente trabalho visa efectuar uma breve revisão de literatura nestes aspectos dos comportamentos sexuais, nomeadamente a percepção de risco, o uso do preservativo, as normas em relação aos tradicionais papéis de género e a percepção de competências para resistir a pressões dos pares ou dos parceiros.

INÍCIO DA ACTIVIDADE SEXUAL E NÚMERO DE PARCEIROS

Dados relativamente recentes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004a) indicam que os jovens se tornam sexualmente activos em idades cada vez mais precoces. A idade do início da actividade sexual assume particular importância na área da saúde pública, na medida em que o início precoce da vida sexual tem sido associado ao uso inconsistente do preservativo e à multiplicidade de parceiros sexuais ao longo da vida. Além disso, os adolescentes que iniciam prematuramente a sua actividade sexual podem não ter adquirido o nível de desenvolvimento e a maturidade emocional necessários para lidar com um envolvimento sexual e um relacionamento amoroso (Paradise, Cote, Minsk, Lourenco, & Howland, 2001).

Tradicionalmente os rapazes têm a sua primeira relação sexual mais cedo que as raparigas. Em Portugal, Santos Lucas (1993), no seu estudo sobre a sexualidade dos portugueses, constatou que 25% das raparigas e 70% dos rapazes referem ter tido a sua primeira experiência sexual antes dos 18 anos.

Segundo o INE (1998), a idade da primeira relação sexual tem vindo a diminuir. Este mesmo estudo aponta que a maior parte dos adolescentes começa a ter relações sexuais dos 15 aos 18 anos, ou seja, cerca de 8 anos antes do casamento (que actualmente, em média, para os rapazes, situa-se por volta dos 26 anos, e para as raparigas, por volta dos 24). Além disso, 56% das raparigas e 73% dos rapazes tiveram relações sexuais pela idade de 18 anos.

Em relação à idade de início da actividade sexual, o INE (1998) afirma que sete em cada 10 mulheres sexualmente activas referem ter tido relações sexuais antes dos 14 anos. Entre as raparigas sexualmente activas dos 15 aos 17 anos de idade, 55% têm tido dois ou mais parceiros, e 13% tem tido pelo menos seis. Por outro lado, estudos (Hacker, Amare, Strunk, & Horst, 2000; Santelli, Lindenberg, Abma, McNeely, & Resnick, 2000) demonstram que as raparigas que iniciam a vida sexual mais tarde, reportam menos frequência de relações sexuais e menos número de parceiros do que os rapazes.

Ainda sobre a idade de iniciação sexual, Vasconcelos (1998) também afirma que esta tem vindo a baixar nos jovens portugueses, ocorrendo entre os 13 e os 15 anos, ou ainda antes.

PERCEPÇÃO DE RISCO E USO DO PRESERVATIVO

As duas maiores preocupações acerca da actividade sexual precoce são os riscos das doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

A melhor salvaguarda para os adolescentes sexualmente activos é o uso regular dos preservativos. Neste caso, as raparigas tendem a apresentar atitudes mais positivas quanto à utilização e percepção de mais consequências negativas associadas à actividade sexual desprotegida (Parsons, Halkitis, Bimbi, & Borkowisk, 2000), e também são as raparigas que apresentam maior conhecimento acerca das formas de transmissão de VIH/SIDA (Matos e cols., 2003).

Os rapazes apresentam atitudes e crenças negativas em relação ao uso do preservativo, apontando como razões a ineficácia, a diminuição da sensibilidade, do prazer e da espontaneidade da relação, sentimentos de desconforto e embaraço na utilização e aquisição do preservativo, e consequências negativas na relação, como a percepção de desconfiança face ao parceiro, entre outras (Parsons e cols., 2000). Por outro lado, há que lembrar que crenças e atitudes podem indicar mais intenções do que comportamento propriamente dito. Ao que parece, e ainda segundo este autor, a percepção de benefícios ou consequências positivas da actividade sexual desprotegida exerce uma influência mais forte sobre o comportamento do adolescente do que os custos subjacentes a essa opção.

PAPÉIS DE GÉNERO

As questões referentes aos papéis de género sugerem diferenças em vários aspectos relativos à sexualidade, especificamente diferentes percepções e razões para iniciar a actividade sexual (Cláudio & Sousa, 2003).

De acordo com as normas associadas aos tradicionais papéis de género, é suposto que os rapazes tenham uma liberdade maior, iniciando a sua actividade sexual mais cedo, enquanto é esperado que as raparigas adoptem uma atitude mais passiva, ficando abstinentes por muito mais tempo (Prazeres, 2003).

Segundo Dias (2009), o contexto em que ocorrem as relações sexuais também varia consoante o género, apresentando os rapazes uma maior probabilidade de afirmar que as relações sexuais foram casuais e uma menor probabilidade de referir arrependimento ou culpa relativamente a uma experiência sexual.

Dias (2009) demonstra na sua investigação, a existência de diferenças de género relativamente às razões que levam os jovens a iniciar a sua vida sexual. De um modo geral, os rapazes apontam como principal motivo o “querer experimentar”, enquanto as raparigas referem o “estar apaixonada”. Razões como “namorar há muito tempo”, “não querer zangar com o parceiro”, “ter um namorado mais velho” e “ter consumido álcool” foram mais frequentemente assinaladas pelas raparigas. A literatura aponta que entre as raparigas o afecto, o compromisso e a necessidade de manter relações estáveis são as razões mais apontadas para ter relações sexuais (Cláudio & Sousa, 2003), ao passo que entre os rapazes o prazer físico está de longe à frente das demais motivações (WHO, 2004b).

PRESSÕES DOS PARES OU DOS PARCEIROS

Para Silva (1988), a sexualidade do jovem é influenciada pelo próprio, pela sua família, pelo grupo de pares e pela sua cultura.

Os pares assumem aqui uma importância significativa, tanto pela influência das suas normas implícitas e explícitas como pelo seu funcionamento como modelos e agentes de pressão no sentido de fazer prevalecer e cumprir as normas do grupo (Ben-Zur, 2003). No que respeita à actividade sexual, esta tende a ser percebida pelos adolescentes como

uma norma, sendo que alguns estudos (Burack, 1999; Mizuno, Seals, Kennedy, & Myllyluoma, 2000; Zwane et al., 2004) verificaram que os adolescentes reportam sentir pressão normativa para a iniciar. No mesmo sentido seguem as conclusões de Papalia, Olds, e Feldman (2006). Segundo estes autores, quando os adolescentes são questionados sobre os motivos pelos quais não esperam até serem mais velhos para se envolverem em actividades sexuais, a principal razão apontada por 73% das raparigas e 50% dos rapazes é a pressão social.

No entanto, esta influência não se dá apenas a nível da pressão activa. A percepção do início da actividade sexual, da idade da primeira relação, do número de parceiros e do uso ou não do preservativo nos pares tem impacto no comportamento sexual dos jovens. Por exemplo, num estudo realizado por Whitbeck, Yoder, Hoyt, e Conger (1999) verificou-se que os adolescentes reportam uma maior intenção de iniciar a actividade sexual quando acreditam que os seus pares também são sexualmente activos.

Por outro lado, quando comparados com as raparigas, os rapazes apresentam maior probabilidade de serem mais influenciados por factores relacionados com os pares, de serem mais susceptíveis ao efeito negativo dos amigos e de se envolverem em mais comportamentos de risco (Prazeres, 2003). Esta questão assume particular importância nos adolescentes com pouca auto-estima e fraca percepção de competência, que poderão sentir-se ainda mais inclinados a submeter-se à pressão do grupo, de forma a evitar consequências negativas (Anderson & Olnhausen, 1999; Diamond & Lucas, 2004).

No processo de tomada de decisão sobre ter relações sexuais, um estudo realizado em Portugal por Dias (2009), concluiu que a maioria dos adolescentes considera que a decisão é conjunta (do casal), embora um grupo de adolescentes (principalmente raparigas e em particular as do 8º ano de escolaridade) refira que por vezes os jovens têm relações sexuais porque um deles insiste muito. Parece que as jovens percebem que as raparigas sofrem demasiada pressão dos parceiros ou apresentam capacidades limitadas para negociar o início da sua actividade sexual. Apesar disso, o mesmo estudo concluiu que a maior parte dos jovens percebe ter competências para recusar ter relações sexuais e para negociar a utilização do preservativo, embora um grupo de adolescentes considera que tem dificuldades em fazê-lo.

CONCLUSÕES

O conhecimento dos diferentes aspectos da sexualidade e dos comportamentos sexuais é, por vezes, limitado, dado à dificuldade em se investigar sobre a expressão sexual. As pessoas dispostas a responder a questões sobre sexo, tendem a ser sexualmente activas e liberais nas suas atitudes, pelo que não são representativas da população. No entanto, para o desenvolvimento e implementação de programas efectivos, oportunos e direccionados para os adolescentes, a investigação no âmbito dos seus conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais é essencial.

A literatura aponta que os adolescentes não podem ser considerados um grupo homogéneo em relação a conhecimentos, atitudes e comportamentos. Por exemplo, de acordo com as diferenças de género apontadas, pode pressupor-se que rapazes e raparigas experimentam diferentes processos em relação às questões sexuais, pelo que necessitam de distintas informações e de ajuda para desenvolverem diferentes competências.

Perceber o papel que os pares exercem nos comportamentos dos jovens é de fundamental importância para a intervenção. Os demais elementos da comunidade que exercem influência na vida dos jovens, nomeadamente pais, educadores, professores, profissionais de saúde, devem também ser alvo de intervenções.

Um dos objectivos mais importantes de uma intervenção com jovens nesta área, deve prender-se com o desenvolvimento de estratégias para lidarem com as dificuldades e os problemas sem colocar em risco a sua saúde e o seu bem-estar, trabalhando aspectos como a auto-estima, a assertividade e estratégias de *coping* positivas e funcionais.

REFERÊNCIAS

- Anderson, J., & Olnhausen, K. (1999). Adolescent self-esteem: A foundational disposition. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 62-67.
- Cláudio, V., & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*, 2(XI), 159-174.
- Diamond, L.M., & Lucas, S. (2004). Sexual-minority and heterosexual youths' peer relationships: Experiences, expectations, and implications for well-being. *Journal of Research on Adolescence*, 14(3), 313-340.

- Dias, S.M.F. (2009). *Comportamentos sexuais nos adolescentes: Promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- DiClemente, R., Wingood, G.M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B.K., Harrington, K., & Davies, S. (2001). Parental Monitoring Association With Adolescents' Risk Behaviours. *Journal of Pediatrics*, 107, 1363-1368.
- Fergus, S., & Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fonseca, H. (2005). *Compreender os adolescentes: um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Hacker, K.A., Amare, Y., Strunk, N., & Horst, L. (2000). Listening to youth: Teen perspectives on pregnancy prevention. *Journal of Adolescent Health*, 26(4), 279-288.
- INE (1998). *Inquérito à fecundidade e à família: Resultados preliminares*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Matos, M.G., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 3-20.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2006). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Paradise, J.E., Cote, J., Minsk, S., Lourenco, A., & Howland, J. (2001). Personal values and sexual decision-making among virginal and sexually experienced urban adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 28(5), 404-409.
- Parsons, J., Halkitis, P.N., Bimbi, D., & Borkowisk, T. (2000). Perceptions of the benefits and costs associated with condom use and unprotected sex among late adolescent college students. *Journal of Adolescence*, 23(4), 377-391.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde juvenil no masculino: Género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Santelli, J., Lindenberg, L.D., Abma, J., McNeely, C.S., & Resnick, M. (2000). Adolescent sexual behavior: Estimates and trends from four nationally representative surveys. *Family Planning Perspectives*, 32(4), 156-165.
- Santos Lucas, J. (1993). *SIDA: A sexualidade desprevénida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Silva, A.L. (1988). Auto-afirmação e desenvolvimento: Conceptualizações, investigações e implicações educacionais. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 24, 75-130.

- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e da sexualidade dos jovens portugueses. In M.V. Cabral & J.M. Pais (Eds.). *Jovens portugueses de hoje* (pp. 145-169). Oeiras: Celta Editora.
- Weissberg, R., Kumpfer, K., & Seligman, M. (2003). Prevention that works with children and youth – an introduction. *American Psychologist*, 58(67), 425-432.
- Whitaker, D., & Miller, K. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behaviour. *Journal of Adolescent Research*, 15(2), 251-273.
- Whitbeck, L.B., Yoder, K.A., Hoyt, D.R., & Conger, R.D. (1999). Early adolescent sexual activity: A developmental study. *Journal of Marriage & Family*, 61(4), 934-946.
- WHO. (1986). *Young people's health: Challenge for society: Report to a WHO study group*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2004a). *The world health report: Changing history*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2004b). How do perceptions of gender roles shape the sexual behavior of Croatian adolescents? *Social Science Research Policy Briefs*, 1(1), 1-2. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2006). *Investing in our future: A framework for accelerating action for the sexual and reproductive health of the young people*. Geneva: World Health Organization.

ESCALA DA GESTÃO DO AFECTO E DAS DIFERENÇAS.
ESTUDO PRELIMINAR DA ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA
“MANAGING AFFECT AND DIFFERENCES SCALE” (MADS)

José de Abreu Afonso (jaa@ispa.pt) / Isabel Leal

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde,
ISPA – Instituto Universitário

Neste trabalho apresentamos a adaptação e a validação para a população portuguesa da Managing Affect and Differences Scale (MADS), de Arellano e Markman (1995), aqui designada por Escala de Gestão do Afecto e das Diferenças (EGAD).

Na tentativa de clarificar os factores relacionados com o sofrimento conjugal, destacou-se o tema da comunicação que demonstrou ser útil na compreensão do insucesso das relações amorosas.

Como nos mostram Arellano e Markman (1995), a investigação tem revelado que casais felizes e casais infelizes têm diferentes estilos de comunicação, em particular no que se refere à forma de lidar com os conflitos. Enquanto os primeiros usam comportamentos mais facilitadores, como parafrasear, pedir clarificação ou elaboração, procurar e dar informação, os segundos mostram mais negatividade e escalam o conflito durante as discussões. De facto, uma das grandes fontes de sofrimento conjugal reside na incapacidade de gerir afecto negativo, especialmente na discussão de problemas. Aliás, o objectivo das terapias conjugais é, muitas vezes, a construção destas competências: a comunicação construtiva e a gestão de conflitos.

O instrumento que aqui apresentamos procura medir formas específicas de comunicação e de gestão de conflito, intimamente ligadas com a satisfação conjugal, tendo um interesse simultaneamente de investigação e clínico. Apesar da construção dessas aptidões ser um objectivo frequente nas intervenções terapêuticas, poucas medidas existiam para monitorizar regularmente os seus progressos, e ligar simultaneamente esses melhoramentos com o aumento da satisfação conjugal. Ora, é justamente este o objectivo da MADS: medir competências de gestão da comunicação e do conflito, intimamente ligadas com a satisfação dos casais.

Havendo muitos inventários de auto-resposta para avaliar a comunicação e as aptidões do casal na gestão de conflitos, eles centram-se na comunicação global e não em competências singulares, reduzindo a possibilidade de servirem para guiar intervenções terapêuticas. A MADS, pelo contrário, evidencia comunicação e competências específicas. Por outro lado, focando-

-se em capacidades concretas na gestão de conflitos, diferencia-as em capacidades verbais de gestão de conflito positivas, e, negativas. A MADS procura fornecer informação suplementar á da observação, oferecendo meios para medir as aptidões cognitivamente mediadas e as percepções dos participantes acerca das suas próprias competências de comunicação e gestão dos conflitos. Baseados nas várias concepções de comunicação positiva e negativa (Birchler et al., 1975; Gottman, 1979; Gottman et al., 1977; Markman & Kraft, 1989; Markman & Notarius, 1987; Schapp, 1984), Arellano e Markman (1995), desenvolveram uma série de sub-escalas que medem estratégias construtivas e destrutivas específicas, na expectativa clarificar os mecanismos envolvidos no sofrimento conjugal.

A adaptação e validação da MADS, põe à disposição dos terapeutas conjugais portugueses uma ferramenta que orienta e monitoriza a eficácia das intervenções viradas para o desenvolvimento de competências, que anteriormente evidenciou serem precárias. A sua especificidade, por outro lado, ajudará a orientar intervenções muito particulares.

Este nosso trabalho de validação porá ainda à disposição dos investigadores da família e do casal um instrumento validado que poderá ser de grande utilidade. Na verdade, para ultrapassar as limitações das medidas de auto-resposta, os métodos de observação são muitas vezes escolhidos pelos investigadores. No entanto, também estes métodos apresentam desvantagens, sobretudo quando a intenção e o impacto da comunicação são ambos processos cognitivamente mediados impossíveis de observar, e podem ser aspectos importantes da observação. Aqui, a MADS será uma medida suplementar que acede aos processos cognitivos envolvidos na comunicação e na gestão dos conflitos.

MÉTODO

Participantes

A Amostra usada para esta validação é constituída por 448 sujeitos, 224 casais heterossexuais, 156 casados e 68 a viverem em união de facto. As idades variam entre os 19 e os 76 para os homens e os 20 e os 73 anos com respectivamente $M=44,24$ e $41,26$ e $DP=11,89$ e $11,57$.

A prevalência de habilitações literárias vai para o ensino secundário complementar para 27, 2% das mulheres e 26,8% dos homens e a licen-

ciatura para 32,6% das mulheres e Os casais que estão casados encontram-se juntos há mais tempo do que os casais que vivem em união de facto: os casados estão juntos em média há 20 anos, enquanto os que vivem em união de facto acham-se juntos em média há 7 anos, sendo a dispersão em torno da média deste ultimo grupo bastante elevada. Relativamente à existência de filhos também se verifica diferenças entre os dois grupos. Enquanto a maioria dos casados têm filhos (87%), essa percentagem é de apenas 34% nos casais em união de facto. Quanto ao número de filhos é mais elevado no grupo dos casados (média de 2 filhos, sendo a dispersão bastante elevada, dado haver 4 casais com mais de 3 filhos), enquanto no grupo que vive em união de facto a média é de um filho (a esmagadora maioria tem 1 filho, havendo apenas 4 casais que têm mais do que 1 filho).

Material

A escala MADS é composta por 109 itens que se organizam em 12 sub-escalas: “Leveling”, “Emotional Expressivity”, “Validation”, “Love and Affection”, “Editing”, “Negative Escalation”, “Negativity”, “Feedback”, “Stop Actions”, “Focusing”, “Withdrawal” e “Communication Over Time”, sendo a escala de resposta num intervalo de 1 (Discordo Francamente) a 5 (Concordo Francamente).

Na construção e refinação da escala os autores (Arellano e Markman, 1995) efectuaram dois estudos, um com uma amostra de casais heterossexuais e outro com casais homossexuais. No primeiro estudo encontram, ao nível das sub-escalas Alphas a variar entre 0,64 e 0,90, no segundo estudo incluíram mais 6 itens correspondentes à sub-escala “Withdrawal”, tendo encontrado nas diferentes dimensões Alphas entre 0,67 e 0,92.

Procedimentos

No sentido de se validar a escala MADS para a população portuguesa, depois da fase da tradução/retroversão/tradução, passou-se a escala a 448 sujeitos, 224 casais.

A validade de construto foi estudada recorrendo-se a Análises factoriais. Foi utilizado o método “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin” proposta por Kaiser (1970) e Kaiser e Rice (1974) no sentido de averiguar se os nossos dados eram viáveis em termos de utilização de uma análise factorial.

RESULTADOS

Apesar de não existir um teste rigoroso para os valores de KMO, de uma maneira geral podem ser classificados da seguinte forma (Pestana e Gajreiro 2000): $\leq 0,50$ – Inaceitável,] 0,50-0,60] – Mau mas ainda assim aceitável,] 0,60-0,70] – Medíocre,] 0,70-0,80] – Média,] 0,80-0,90] – Boa,] 0,90-1,00] – Excelente. O KMO obtido foi de 0,889, o que permitiu o recurso a análise factorial confirmatória de componentes principais com rotação oblíqua. A análise factorial não confirmou uma estrutura factorial com 12 factores visto ter-se obtido nos últimos factores muito poucos itens (1 a 2 itens). Efectuaram-se assim análises factoriais exploratórias que conduziram à opção por 9 factores, dado ser a análise que tinha uma variância explicada total aceitável (50,21%) e um número de itens não muito baixo nos últimos factores.

Na escolha dos itens para cada factor seguiu-se os seguintes critérios: 1º – Coeficiente de saturação (“Factor Loading”) superior a 0,40 num factor; 2º – A diferença entre os coeficientes de saturação dos dois factores ter um valor igual ou superior a 0,10.

Além das Análises factoriais efectuaram-se também correlações dos itens com o total do factor a que pertencem, averiguando se as correlações eram superiores a 0,30. Verificou-se assim que:

O Factor 1 explica 24,45% da variância, é composto por 25 itens com factores loadings a oscilar entre 0,46 e 0,74 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,56 e 0,71. O item 96 tem um factor loading negativo (-0,55), bem como o coeficiente de correlação (-0,48) pelo que antes de se efectuar o cálculo do somatório deste factor este item deverá ser invertido. Observando o conteúdo temático dos itens podemos constatar que avaliam a *Expressividade Emocional/ Comunicação Positiva*. A Expressividade emocional envolve o amor, a afeição, e o grau de conforto com a expressão de emoções. Inclui manifestar valor, elogiar ou confortar o parceiro, escuta-lo e dizer as coisas, boas ou más, construtivamente.

O Factor 2 é composto por 19 itens, explicando 6,08% da variância. Os factores loadings dos itens oscilam entre 0,40 e 0,77, (havendo um factor loading negativo -0,42) e os coeficientes de correlação com o total do factor entre 0,30 e 0,74 (havendo uma correlação negativa -0,48). No cálculo do somatório desta dimensão o item 56 deverá ser invertido. O mote destes itens é *Negatividade/Escalada Negativa*. A negatividade é a expressão de atitudes e sentimentos negativos. A escalada negativa envolve um padrão de mensagem negativa seguida sucessivamente de outras.

O Factor 3 é composto por 13 itens, explicando 4,39% da variância. Os factores loadings dos itens oscilam entre 0,53 e 0,68, havendo três itens com factor loadings negativos (-0,43, -0,49, -0,55). Os coeficientes de correlação com o total do factor variam entre 0,30 e 0,74 (as correlações positivas). Nos itens 92, 94 e 97 com factores loadings negativos, apesar destes valores serem superiores a -0,40 constata-se que a correlação com o total do factor é baixa (-0,11, -0,12 e 0,01), pelo que se propõe a sua eliminação. O tema comum a estes itens é *Clarificação*.

O Factor 4 explica 3,78% da variância, é composto por 8 itens com factores loadings a oscilar entre 0,46 e 0,67 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,49 e 0,68. Observando o conteúdo temático dos itens podemos constar que avaliam a *Disponibilidade e Expressão Afectiva*. Envolve o amor e a afeição que se expressa relativamente ao parceiro, a disponibilidade para o escutar, transmitir-lhe e partilhar com ele essas emoções.

O Factor 5 explica 3,07% da variância, é composto por 5 itens com factores loadings a oscilar entre 0,52 e 0,78 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,32 e 0,68. Observando as questões podemos constar que avalia condutas como *Focar/Parar*. Isto envolve comportamentos como discutir um tema de cada vez ou parar o conflito em escalada, concordando em adiar a discussão para um momento mais oportuno.

O Factor 6 explica 2,57% da variância, é composto por 3 itens com factores loadings a oscilar entre 0,40 e 0,53 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,37 e 0,44. O tema comum a estes itens é *Seleccionar/Validar*: Seleccionar/Validar é controlar a reacção à mensagem do outro, escuta-lo atentamente, expressar valor na perspectiva ou no ponto de vista do parceiro. Alguns comportamentos de validação são, por exemplo, ouvir toda a mensagem antes de responder, dizer as coisas de maneira positiva ao invés de queixar-se, resmungar, insultar. Seleccionar ou excluir respostas de defesa dos seus próprios desejos ou necessidades, enquanto o companheiro expressa os seus.

O Factor 7 explica 2,16% da variância, é composto por 3 itens com factores loadings a oscilar entre 0,55 e 0,65 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,53 e 0,56. O assunto comum a estes itens é a *Retirada*. A retirada envolve afastamento físico e emocional das discussões.

O Factor 8 explica 1,90% da variância, é composto por 3 itens com factores loadings a oscilar entre 0,48 e 0,60 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,44 e 0,54. Em comum estes itens têm

o tema do *Feedback*. Feedback é parafrasear ou pedir clarificação sobre uma mensagem do parceiro para ter a certeza de estar a interpreta-la correctamente.

O Factor 9 explica 1,81% da variância, é composto por 3 itens com factores loadings a oscilar entre 0,68 e 0,76 e coeficientes de correlação com o total do factor a oscilar entre 0,48 e 0,70. O tema comum a estes itens é a *Comunicação Através do Tempo*. Refere-se aos progressos na comunicação ao longo do tempo.

Eliminação de Itens

Propõe-se a eliminação de 29 itens. Os itens 2, 6, 21, 22, 34, 36, 38, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 49, 52, 53, 54, 62, 68, 72, 73, 88, 91, 104, 106, 108 foram eliminados dado terem factores loadings inferiores a 0,40, ou saturarem acima de 0,40 em mais do que um factor (sendo a diferença entre essas saturações inferior a 0,10). Os itens 92, 94 e 97 foram eliminados pelo facto de terem coeficientes de correlação com o total do factor inferiores a 0,30 Além disso quando se calcula o Alpha de Cronbach para este factor incluindo esses itens o valor é de 0,59. Excluindo-os o valor sobe para 0,86.

A estrutura proposta tem 80 itens que se dividem em 9 factores com Alphas a oscilar entre 0,60 e 0,93, sendo o alpha total da escala de 0,87.

Quadro 1

Estrutura factorial proposta e Alphas de Cronbach dos factores de Abreu Afonso e Leal

| | Itens | Alpha de Cronbach |
|----------|--|-------------------|
| Factor 1 | 25 Itens: 4, 10, 30, 57, 58, 65, 66, 67, 70, 71, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 90, 93, 96, 96*, 98 | 0,93 |
| Factor 2 | 19 Itens: 11, 15, 19, 33, 43, 50, 51, 55, 56*, 69, 74, 83, 84, 99, 102, 103, 105, 107, 109 | 0,90 |
| Factor 3 | 10 Itens: 1, 7, 13, 23, 24, 31, 41, 61, 64, 77 | 0,86 |
| Factor 4 | 8 Itens: 3, 5, 8, 9, 14, 25, 59, 89 | 0,86 |
| Factor 5 | 5 Itens: 27, 35, 48, 60, 100 | 0,78 |
| Factor 6 | 3 Itens: 26, 29, 32 | 0,60 |
| Factor 7 | 3 Itens: 17, 28, 101 | 0,72 |
| Factor 8 | 3 Itens: 18, 20, 37 | 0,68 |
| Factor 9 | 4 Itens: 12, 16, 45, 63 | 0,80 |

Nota. *Itens a inverter antes de se proceder ao calculo do somatório dos factores. Cotação: Os itens devem ser cotados da seguinte forma: 1 – Discordo francamente; 2 – Discordo; 3 – Nem concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo francamente. Os itens negativos (item 56 e 96) devem ser invertidos: 5 – Discordo francamente; 4 – Discordo; 3 – Nem concordo nem discordo; 2 – Concordo; 1 – Concordo francamente.

REFERÊNCIAS

- Arellano, C.M., & Markman, H.J. (1995). The Managing Affect and Differences Scale (MADS): A self-report measure assessing conflict management in couples. *Journal of Family Psychology*, 9(3), 319-334.
- Kaiser, H.F. (1970). A second generations little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H.F., & Rice, J. (1974). A little Jiffy Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 111-117.
- Pestana, M.H., & Gajairo, J.N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO.
ESTUDO PRELIMINAR DA ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO
DA RELATHIONSHIP RATING FORM (RRF)
PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

José de Abreu Afonso & Isabel Leal

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde,
ISPA – Instituto Universitário

O interesse pelas relações próximas arrastou o aumento da investigação sobre o amor romântico em meados dos anos oitenta. Desenvolveram-se as teorizações e surgiram vários instrumentos de medida. Neste trabalho apresentamos a adaptação e validação para a população portuguesa de “The Relationship Rating Form (RRF): A Measure of the Characteristics of Romantic Relationships and Friendships”, que aqui denominamos Formulário de Avaliação da Relação (FAV). O RRF foi criada nesta época para medir a amizade, as relações românticas e o amor.

O amor é vulgarmente visto como o mais profundo e significativo dos sentimentos, ocupando uma posição proeminente nas produções artísticas humanas desde sempre. A maioria das pessoas experimentou-o, mesmo que ocasionalmente. Na actual cultura ocidental a sua associação com a ideia de casamento faz a ligação entre o indivíduo e a estrutura mais básica da sociedade (Rubin, 1970).

Se considerarmos que o amor pode ser conceptualizado e medido independentemente, numa perspectiva de validação de construto teremos de defini-lo, assim como chegar às suas relações com outras variáveis. Uma assumpção inicial para cumprir esta tarefa é assumi-lo como uma atitude levada a cabo por uma pessoa relativamente a alguém particular. Isto implica uma perspectiva mais vasta que aquela que vê o amor como uma emoção, uma necessidade ou um conjunto de comportamentos. A ligação a um objecto particular sugere que podem existir importantes elementos comuns entre as diversas variedades de amor, por exemplo o filial, o marital, o fraternal ou o amor por Deus.

Como nos recordam Bergner, Davis, Saturnus, Walley, e Tyson (in press), para articular um conceito, a tradição na psicologia, desde o trabalho de Rosch (Mervis & Rosch, 1982; Rosch, 1973), têm-se seguido duas vias: a mais antiga, dar uma definição, é a *essencialista*. Coloca as condições universais necessárias e suficientes para o uso correcto do termo. A segunda, observada na maioria dos conceitos do mundo real, não pode ser formalmente definida porque não há um único aspecto que todas as

instâncias desses conceitos tenham em comum (Mervis & Rosch, 1981; Rosch, 1973; Wittgenstein, 1953). Faltam-lhe as condições universais necessárias e suficientes para uma definição formal mas, em contrapartida, há parecenças familiares que tornam possível a estruturação de um *protótipo*, semelhanças estas que justificam o uso do termo numa determinada ocasião.

A posição recente da literatura sobre relações próximas é que o amor é um *conceito prototípico* na sua natureza. Isto para o amor em geral e para os seus diferentes subtipos, tais como o amor romântico, o amor companheiro, o amor compassivo. Aron e colaboradores (2006) articulam bem esta posição quando dizem que as controvérsias à volta do significado do amor, e a correspondente diversidade na literatura científica de definições conceptuais e operacionais, é devida á possibilidade de as pessoas vulgares reconhecerem instancias do amor (não conformes com algumas definições formais) pela semelhança familiar com um exemplar prototípico (Bergner, et al., in press).

Hendrick e Hendrick (1989) examinaram cinco abordagens na medição do amor. Apesar das diferenças evidenciadas no seu estudo este sugere muitos pontos em comum entre as diversas perspectivas. Assim consideram: (a) Helen Hatfield, que conduziu investigação sobre a atracção interpessoal, propondo dois tipos de amor: o apaixonado e o companheiro. Focou-se mais tarde no amor apaixonado usando a “Passionate Love Scale” (Hatfield & Sprecher, 1986), procurando a sua ocorrência ao longo da vida, em diferentes culturas e nos dois géneros (Hatfield & Rapson, 1987). Para ela o amor apaixonado é composto de aspectos cognitivos, afectivos e comportamentais marcados por afecto negativo e positivo; (b) Shaver e Hazan, (1987) baseados no trabalho de Bowlby (1969, 1973, 1980) bem como em Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall (1978), adaptando o conceito de vinculação infantil ao amor adulto, nos estilos evitante, ansioso-ambivalente e seguro; (c) Sternberg (1986, 1987) com a sua teoria triangular, sugerindo que todos os tipos de amor podem ser compreendidos como construções de três conceitos: intimidade, paixão e compromisso. As diferentes combinações possíveis dão origem a oito classes de amor. Assume uma explicação para os vários fenómenos empíricos do amor e das relações próximas bem como uma moldura integrativa das outras teorias do amar e gostar; (d) Hendrick e Hendrick (1986, 1987, 1988) baseiam a sua posição na teoria do sociólogo John Lee (1973) que propôs uma tipologia dos estilos do amor descrita na literatura popular e nas entrevistas de investigação. Assinala três estilos primários, três secundários e outros

terciários; (e) Davis e os seus colaboradores (1982, 1985), compararam e contrastaram o amor e a amizade usando uma escala primeiramente desenvolvida por Kelling (1979). É justamente no trabalho no deste autor que centramos a nossa atenção.

A noção de amor aqui usada deriva de um corpo empírico e conceptual radicado nas concepções originais de Osório (1997), no âmbito da Psicologia Descritiva. Esta concepção foi validada por Davis (1982, 1985) como enraizada no conjunto de distinções prototípicas que a maioria das pessoas faz quando distingue relações românticas de outro tipo de relações, ou da amizade (Beste, Bergner, & Nauta, 2003).

Davis e Todd (1985) esclarecem: ao mesmo tempo que os cognitivistas desenvolviam a ideia de protótipos, a Psicologia Descritiva (Davis, 1981; Osório, 1966, 1981) desenvolvia a concepção de *caso paradigmático*, para representar um fenómeno comportamental central na vida do dia a dia, mas resistente a uma representação formal.

O procedimento de caso paradigmático é um método para determinar e distinguir casos genuínos daqueles que desejamos excluir. Há dois passos fundamentais: o primeiro tem duas partes – pegar num caso verdadeiro do fenómeno e identificar aquelas características que são pertinentes para a sua categorização como caso; o segundo passo consiste na generalização da lista de características – uma série de transformações é levada a cabo tal como apagar uma dada característica do rol. Com efeito, uma transformação é qualquer mudança na lista de que produza outros casos do fenómeno. A transformação pode prosseguir até se tenham gerado todos os casos de interesse, e apenas esses casos. É necessário sublinhar que a lista não é a das condições necessárias e suficientes para aplicação do termo ou conceito em causa, por exemplo o amor. Isso seria demasiado idealista e restritivo. O caso paradigmático arquetípico é um caso sem constrangimentos por limitações pessoais ou por factos. Quando estes constrangimentos se fazem sentir o amor encontrado na vida real poderá diferenciar-se do caso ideal, não só em grau mas até ao ponto de não ter uma ou mais características do rol do arquétipo.

A transformação é então a mudança de uma ou mais características do paradigma que resulta num caso que ainda serve de exemplo, algumas vezes como caso limite. A mais simples transformação é a eliminação de uma característica mas o caso mais útil é uma redução significativa no seu grau ou valor. Outra transformação possível é a especificação de um dado domínio do caso (Davis & Todd, 1985).

A partir deste corpo teórico, que sustenta a construção do nosso instrumento, um *caso paradigmático* ou *ideal* foi desenvolvido, incorporando todos os aspectos relevantes que um caso real de amor deve ter. Usar um protótipo pode ser útil porque nos oferece um padrão a partir do qual podemos observar os amantes e as relações de amor reais. Ainda que raramente vejamos o preenchimento de todas as condições numa relação concreta, a sua existência permite-nos perceber o que está faltando num dado relacionamento (Beste, Bergner, & Nauta, 2003).

Uma palavra ainda para justificar o interesse da tradução, adaptação e validação para a população portuguesa da RRF. Como assinalam Beste et al. (2003) a formulação de amor usada neste questionário poder ser útil aos terapeutas familiares como um modelo diagnóstico para avaliação de relacionamentos, permitindo por exemplo evidenciar áreas de fraqueza e determinar áreas de força em relações, ou mostrar em que zona um indivíduo pode ter limitações na sua capacidade de amar.

Será também mais um instrumento posto à disposição dos investigadores portugueses que se dedicam ao estudo das relações próximas e das relações amorosas.

MÉTODO

Participantes

Participaram 444 sujeitos, 222 casais heterossexuais, 157 casados e 65 a viverem em união de facto.

As mulheres são ligeiramente mais novas do que os homens (em média cerca de 3 anos), com idades entre os 20 e os 80 anos, sendo a média (arredondada) de 42. Nos homens a idade oscila entre os 19 e os 82 anos sendo a média de 45. Relativamente às habilitações literárias predomina o ensino secundário e a licenciatura em ambos os sexos.

O tempo de união dos casais que estão casados é superior ao dos casais que vivem em união de facto: os casados estão juntos em média há 21 anos, enquanto os que vivem em união de facto coabitam em média há 7 anos. A dispersão em torno da média deste último grupo é bastante elevada. Relativamente à existência de filhos também se verificam diferenças entre os dois grupos: a maioria dos casados tem filhos (88,5%), sendo essa percentagem de apenas 35,4% nos casais que vivem em união de facto.

O número de filhos é mais elevado no grupo dos casados (média de 2 filhos, sendo a dispersão bastante elevada, dado haver 4 casais com mais de 3 filhos). Já no grupo que vive em união de facto a média é de um filho (a grande maioria tem 1 filho, havendo apenas 4 casais que têm mais do que 1 filho: 3 casais com 2 filhos e 1 casal com 3 filhos).

Material

A escala RRF é composta por 65 itens organizados em 7 escalas, 6 das quais, constituídas por sub-escalas (ver Quadro 1).

As características das relações românticas medidas pelo instrumento correspondem a cada uma das escalas globais que são: (1) “Viability”, (2) “Intimacy”, (3) “Passion”, (4) “Care”, (5) “Global satisfaction”, (6) “Conflict/ambivalence” (7) “Commitment”. As sub-escalas, por sua vez, medem 20 facetas das relações. Assim, a Escala Global “Viability” abrange três aspectos distintos: “Acceptance/tolerance”, “Respect” e “Trust”, a Escala Global “Intimacy” organiza-se nas dimensões “Confiding” e “Understanding”, a Escala Global “Passion” inclui “Fascination”, “Exclusiveness” e “Sexual intimacy”, a Escala Global “Care” engloba “Giving the utmost”, “Championing” e “Assistance”, a Escala “Global satisfaction” abarca “Success”, “Enjoyment”, “Reciprocity” e “Esteem”, a Escala Global “Conflict/ambivalence” mede precisamente os dois aspectos contidos no seu nome. A Escala Global “Commitment” é a única que não tem sub-escalas. Há ainda 10 itens que não se integram nestas sete Escalas Globais: “Maintenance” (3 itens), “Coercion” (2 itens) e “Equality” (1 item).

A resposta é dada em 9 pontos: 1 – Nada, 2 – Muito pouco, 3 – Pouco/raramente, 4 – Levemente/Não frequentemente, 5 – Razoavelmente, 6 – Bastante, 7 – Muito, 8 – Muitíssimo/quase sempre, 9 – Completamente/extremamente.

Os autores estudaram ao nível da fidelidade, a consistência interna da escala utilizando para isso o Alpha de Cronbach Estudaram também a estabilidade temporal usando o método teste/reteste. Os Alphas das escalas globais variam entre 0,73 e 0,90 e os coeficientes de correlação do teste reteste entre 0,68 e 0,82. Os alphas das sub-escalas são quase todos superiores a 0,60 e os que não são aproximam-se desse valor.

Diversos aspectos da validade foram explorados. Davis (1996) cita vários estudos: a validade de conteúdo foi explorada usando amostras de estudantes que ajuizavam o grau em que os itens cabiam nas definições conceptuais pretendidas. Grupos de pessoas avaliaram também o grau em que as relações com os seus amigos, amantes, esposos, ou parceiros

tinham as características referidas no RRF (Davis & Todd, 1982, 1985). Expectativas das diferenças entre amigos e amantes em aspectos como o grau de intimidade, o grau de fascínio, os sentimentos de exclusividade, e o desejo de intimidade sexual foram suportadas pela investigação. Estudos adicionais trataram da traição da amizade e das suas consequências para o relacionamento. O uso das características do relacionamento como medida do suporte social percebido foi explorado por Brown (1983). Diferentes estudos (Davis, Kirkpatrick, Levy, & O’Hearn, 1994; Davis, Todd, & Denny, 1988) mostram ainda que as escalas globais prevêm a estabilidade longitudinal da satisfação e do relacionamento.

RESULTADOS

No sentido de se validar a escala RRF para a população portuguesa, depois do processo de tradução/retroversão/tradução, passou-se a escala aos 222 casais (444 sujeitos) da amostra descrita.

A validade de construto foi estudada recorrendo-se a Análises factoriais. Foi utilizado o método “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin” proposta por Kaiser (1970) e Kaiser e Rice (1974) para verificar se era viável usar uma análise factorial nos nossos dados. Ainda que não exista um teste rigoroso para os valores de KMO, genericamente podem ser classificados da seguinte forma (Pestana & Gageiro 2000): $\leq 0,50$ – Inaceitável,] 0,50-0,60] – Mau mas ainda assim aceitável,] 0,60-0,70] – Mediocre,] 0,70-0,80] – Média,] 0,80-0,90] – Boa,] 0,90-1,00] – Excelente. O KMO obtido foi de 0,96, o que permitiu o recurso a análise em componentes principais com rotação oblíqua.

A análise factorial não confirmou uma estrutura factorial com 7 factores coincidente com a encontrada pelo autor. A variância explicada pelo total dos factores é de 64,69% e o estudo da consistência interna feita aos factores encontrados revelou Alphas elevados (acima de 0,80) e aceitáveis (entre 0,63 e 0,77).

Na escolha dos itens para cada factor seguiu-se os seguintes critérios: 1º – Coeficiente de saturação (“Factor Loading”) superior a 0,50 num factor; 2º – A diferença entre os coeficientes de saturação dos dois factores ter um valor igual ou superior a 0,10.

Além das Análises factoriais efectuaram-se também correlações dos itens com o total do factor a que pertencem, averiguando se as correlações eram superiores a 0,40.

Os itens que se propõe eliminar não saturam em nenhum factor acima de 0,50 ou saturam em mais do que um factor acima de 0,50 tendo uma diferença de factor loading inferior a 0,10.

Quadro 1

Variância explicada e Alpha de Cronbach dos factores

| Factores | Itens | Variância Explicada | Alpha de Cronbach |
|------------------|--|---------------------|-------------------|
| Factor 1 | 1, 7, 8, 13, 22, 29, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 51, 52, 59, 60, 61 | 47,64% | 0,95 |
| Factor 2 | 4, 6, 11, 12, 15, 16, 18, 54, 55, 58 | 5,69% | 0,90 |
| Factor 3 | 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 | 2,71% | 0,93 |
| Factor 4 | 9, 14, 25, 47, 49, 62, 64, 65 | 2,51% | 0,87 |
| Factor 5 | 2, 21, 23 | 2,17% | 0,63 |
| Factor 6 | 17, 19, 20 | 1,99% | 0,77 |
| Factor 7 | 66, 67 | 1,98% | 0,85 |
| Total | | 64,69% | 0,93 |
| Itens eliminados | 3, 5, 10, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 45, 48, 50, 53, 56, 57, 63, 68 | | |

Usámos os factores distinguidos pela análise ortogonal, retendo a solução para sete factores, pedindo-se depois a alunos universitários e a pessoas comuns que indicassem quais os conceitos relevantes por trás dos itens, solicitando uma pequena narrativa. Usamos também este procedimento com psicoterapeutas.

Não quisemos deixar os resultados finais baseados apenas na análise factorial. Decidimos, no factor 1 agrupar os itens em sub-escalas, procedendo do mesmo modo para os factores 2, 3 e 4. Os critérios que presidiram ao agrupamento dos itens em sub-escalas foram conceptuais e clinicamente relevantes, de acordo com a nossa experiência e a de colegas psicoterapeutas. Além disto, muitas correspondiam, *grosso modo*, a sub-escalas já existentes na RRF original.

O interesse para a investigação deste instrumento guia-nos no refinamento do instrumento que continuamos a trabalhar.

REFERÊNCIAS

- Beste, S., Bergner, R., & Nauta, M. (2003). What keeps love alive? An empirical investigation. *Family Therapy*, 30, 125-141.
- Davis, K.E., & Todd, M.J. (1985). Assessing friendship: Prototypes, paradigm cases and relationship description. In S. Duck & D. Perlman (Eds.), *Understanding Personal Relationships*. London: Sage publications.

- Hendrick, C., Hendrick, S.S. (1989) Research on Love: Does It Measure Up? *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 784-794
- Kaiser, H.F. (1970). A second generations little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H.F., & Rice, J. (1974). A little Jiffy Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 111-117
- Pestana, M.H., & Gajairo, J.N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

BULLYING Y GÉNERO

*José Maria Ávilés Martínez*¹ (aviles@uva.es) /
*Maria Natividad Alonso Elvira*² / *Suely Mascarenhas*³ /
*Ana Tomás de Almeida*⁴ / *Denise Machado Duran Gutierrez*³ /
*Iolete Ribeiro da Silva*³ / *Rosenir de Souza Lira*³ /
*Antônio Roazzi*⁵ / *Maria Jesús Irurtia*¹

¹Universidade de Valladolid (Espana), ²CEIP Francisco Pino, Valladolid (Espana), ³Universidade Federal do Amazonas (Brasil), ⁴Universidade do Minho (Portugal), ⁵Universidade Federal de Pernambuco (Brasil)

Hablamos de bullying en el ámbito de la competencia social porque consideramos que es una manera inadecuada de establecer interacción con los iguales. Conviene comenzar delimitando lo que queremos decir cuando hablamos de “bullying”. Literalmente, del inglés, “bully” significa matón o bravucón; en este sentido, se trataría de conductas que tienen que ver con la intimidación, la tiranización, el aislamiento, la amenaza, los insultos, sobre una víctima o víctimas señaladas que ocupan ese papel.

Han sido muchas las investigaciones que han estudiado la cuestión del género y el maltrato y la intimidación entre iguales (bullying). La mayor parte de ellas, entre los países de nuestro entorno han identificado el sexo del intimidador como el del varón (Byrne, 1994; Convivir es Vivir, 1999; Defensor del Pueblo, 1999; Fonzi *et al.*, 1999; Ortega, 1990, 1992, 1998; Ziegler y otros, 1991) y el de la víctima también como varón (Byrne, 1994; Defensor del Pueblo, 1999; Hoover, Oliver & Hazler 1992; Olweus, 1983;). Sin embargo, en nuestra investigación conviene puntualizar determinadas cuestiones respecto al género y a determinados aspectos del bullying que nos ha interesado investigar y los resultados que hemos encontrado a partir de la muestra utilizada.

MÉTODO

Participantes

Los sujetos que componen la muestra son 718 alumnos y alumnas de enseñanza secundaria obligatoria de centros educativos públicos que han participado en la investigación después de haber recibido formación sobre el fenómeno del bullying a través de la puesta en práctica de diversos

programas de convivencia escolar en sus respectivos centros. La distribución por sexos puede observarse en la Tabla nº 1

Tabla 1
Distribución por lugar y sexo

| | Chicos | Chicas | Total |
|-------|--------|--------|-------|
| 1 ESO | 82 | 68 | 150 |
| 2 ESO | 93 | 81 | 174 |
| 3 ESO | 117 | 78 | 195 |
| 4 ESO | 94 | 105 | 199 |
| Total | 386 | 332 | 718 |

Material

El instrumento que hemos empleado para la medición ha sido un autoinforme que aborda diferentes aspectos del bullying (Avilés, 1999) con el que hemos venido trabajando estos últimos años.

Análisis Estadístico

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para el procesamiento estadístico de los datos con análisis de contingencia entre variables de estudio. Se analiza la variable sexo en cada uno de las dimensiones que mide el instrumento.

RESULTADOS

Percepción de la frecuencia del maltrato

En nuestra investigación son más los chicos que las chicas los que manifiestan opiniones extremas de ocurrencia de maltrato (“nunca”, “todos los días”). Sin embargo en las opciones intermedias de ocurrencia que van de “menos de cinco veces” hasta “más de veinte veces” son más chicas proporcionalmente quienes opinan eso.

Sin embargo no podemos decir que hayamos encontrado diferencias significativas entre chicos y chicas en cuanto a la opinión que tienen de la

frecuencia de ocurrencia del maltrato. Si tomamos la muestra general el 81.6% de los sujetos perciben que existen actos de intimidación en su IES (Tabla-2). Esto significa que la gran mayoría de los alumnos y alumnas son conscientes que el maltrato convive con ellos. Estos datos están en la línea de la frecuencia percibida en otras investigaciones (Defensor del Pueblo, 1999, 2007; Ortega, 1992) donde el 87% del alumnado conoce los procesos de bullying que suceden cerca de él. Además un 32.1% de nuestro alumnado reconoce que esas intimidaciones suceden diariamente, lo que nos puede indicar que un número importante de él está muy habituado a presenciar o saber de situaciones de intimidación. La intimidación y el maltrato se hace presente, así, ante estos alumnos y alumnas, como una forma de interacción muy habitual, ya que a este alumnado hay que añadir aquellos que en un trimestre reconocen que estos hechos ocurren “más de veinte veces” (6,8%) o “entre diez y veinte veces” (un 5,8%)

Tabla 2
Frecuencia por sexo

| % | Chicos | Chicas | Total |
|----------------|--------|--------|-------|
| Nunca | 20,5 | 14,5 | 18,4 |
| -5 veces | 24,2 | 28 | 25,9 |
| 5-10 veces | 9,2 | 13 | 11 |
| 10-20 veces | 5,5 | 6 | 5,8 |
| +20 veces | 5,5 | 9 | 6,8 |
| Todos los días | 35,2 | 29 | 32,1 |

Participación en situaciones de maltrato como agresores/as

Algunas investigaciones afirman que las chicas no son menos agresivas que los chicos y por lo tanto participan en tantos actos de maltrato como ellos (Österman *et al.*, 1994; Perry, Kusel & Perry 1988). Sin embargo nosotros hemos encontrado diferencias significativas de género en cuanto a la participación en situaciones de maltrato como agresores/as. Son los chicos los que participan más en las situaciones de maltrato que las chicas tanto si se considera un período de tiempo como el trimestre (Tabla 4) cuantificando la participación (0,04) – los chicos participan en un 35,6% de los casos frente al 24,4% de las chicas –, como si no consideramos un período de tiempo (Tabla 3) y planteamos la cuestión de forma general (,016) – los chicos participan en un 45,8% de los casos y las chicas en un 32,2%. Estos datos coinciden con algunas investigaciones (Alsaker y

Bruner, 1999; Byrne, 1994; Carbonell, 1999; Defensor del Pueblo, 1999; Fonzi *et al.* 1999; Olweus, 1983; Ortega, 1990, 1992, 1998; Ziegler y otros, 1991).

Tabla 3

Participación sin tiempo

| Participación sin establecer un período de tiempo | | |
|---|--------|--------|
| % | chicos | chicas |
| Nunca | 54,2 | 60 |
| Alguna vez | 42,2 | 30,7 |
| Con cierta frecuencia | 1,4 | 1,2 |
| Casi todos los días | 4 | 3 |

Tabla 4

Participación trimestre

| Participación en un trimestre | | |
|-------------------------------|--------|--------|
| % | chicos | chicas |
| Nunca | 64,4 | 75,6 |
| Alguna vez | 28 | 21,5 |
| Con cierta frecuencia | 3,6 | 1,5 |
| Casi todos los días | 1,1 | 1 |

Percepción del maltrato

La percepción de la gravedad del maltrato la hemos averiguado a partir de las puntuaciones que los sujetos han obtenido en el autoinforme en la que cada ítem de la escala tiene un peso para pronosticar situaciones de maltrato entre escolares.

Tabla 5

Percepción gravedad maltrato

| | <i>N</i> | Media | Desviación típica | | |
|--------------|-------------------|-------|-------------------|----------|----------|
| Chicos | 278 | -2,80 | 26,23 | | |
| Chicas | 206 | -7,98 | 24,94 | | |
| Total | 484 | -5,00 | 25,79 | | |
| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | <i>F</i> | <i>p</i> |
| Inter-grupos | 3173,71 | 1 | 3173,71 | 4,80 | 0,02 |

Los datos nos dicen que existen diferencias significativas en la percepción que sobre el maltrato tienen los chicos y las chicas. Tomando los datos globalmente encontramos que los chicos son más perceptores de maltrato que las chicas. Este estadístico asegura la homogeneidad de los grupos y su comparación al ser superior a 0,05.

Tipos de intimidación y género

Se ha escrito bastante sobre la orientación que cada sexo toma a la hora de elegir un tipo de intimidación para maltratar. Tradicionalmente se ha establecido que los chicos eran más propensos a cometer agresiones físicas y directas, mientras que las chicas eran más propensas a ejercer el maltrato de exclusión social (Hoover, Oliver & Hazler, 1992; Mombuso, 1994; Ortega, 1990 & 1992; Rigby, 1997), sin embargo en nuestra investigación no hemos encontrado esas diferencias tan marcadamente. Estos datos coinciden con alguna investigación (Bentley & Li, 1995) en la que la forma más común de maltrato era, como en la nuestra, la verbal y no hubo diferencias significativas entre género y tipo de intimidación. Sólo podemos confirmar cierta tendencia en las chicas hacia formas más indirectas de maltrato. Es decir, podemos decir que a partir de los datos de nuestra investigación no podemos afirmar que sólo los chicos prefieran la intimidación física y directa y sólo las chicas ejerzan la intimidación social e indirecta, aunque ésta sí se marca como tendencia en ellas. No obstante en la última opción del ítem sobre formas de intimidación que hace referencia a “Otros” encontramos diferencias entre chicos y chicas a favor de éstas. Esto unido a que la forma de “acoso sexual” no está especificada, podría explicar esta diferencia.

Género y victimización

En general todas las investigaciones son coincidentes en que hay más víctimas chicos que chicas (Byrne, 1994; Defensor del Pueblo, 1999; Hoover, Oliver y Hazler 1992; Olweus, 1983) o similar número (Mellor, 1990; Ortega, 1990 y 1992;), excepto en las realizadas en Japón en las que las intimidaciones se dirigen mayoritariamente a las chicas (Mombuso, 1994) y hay más chicas entre las víctimas (Taki, 1992).

En nuestra investigación hemos podido comprobar que hay más chicos víctimas que chicas y además señalar que la diferencia en el género se ensancha cuando la victimización es sistemática. La razón que puede

explicar esto es la mayor participación de varones en los actos de intimidación. Por tanto si consideramos las víctimas en su conjunto, tanto las ocasionales como las sistemáticas, encontramos que hay más chicos (56,9%) que chicas (43,1%). Esta misma tendencia no sólo se repite sino que se acrecienta al considerar sólo las víctimas sistemáticas (61,5% de chicos frente a 38,5% de chicas).

Género y agresores/as

Todavía más coincidente en las investigaciones es el hecho de que quien agrede es fundamentalmente chico (Byrne, 1994; Carbonell, 1999; Defensor del Pueblo, 1999, 2007; Fonzi *et al.* 1999; Ortega, 1990, 1992, 1998; Ziegler *et al.*, 1991). Sólo existe una excepción y es Japón: la frecuencia de chicas agresoras en Japón es superior al resto de investigaciones (Morita *et al.*, 1999). Dentro de Japón es igual (Mombuso, 1994) o mayor (Taki, 1992) a la frecuencia de chicos agresores.

En nuestra investigación los agresores son preferentemente chicos y la distancia de las chicas se agranda cuando consideramos los actos más graves de intimidación. La razón de esto creemos que es la de la mayor proporción de varones participantes en los actos de intimidación. Creemos además que existe una razón de género. Socialmente se ha considerado y educado al varón en formas y consecución de objetivos a través de métodos más violentos, impetuosos e impositivos que a la mujer. Además la conducta esperada del varón es en este sentido, mientras que la que se espera y se ha moldeado para la mujer ha sido más pasiva y receptiva.

Por tanto tomando como referencia a todo el alumnado que, al menos alguna vez, ha participado como agresor/a en actos de intimidación, encontramos también que los chicos son más (65,8%) que las chicas (34,2%), diferencia que se pronuncia (76,9% de chicos y 23,1% de chicas) cuando consideramos sólo a los agresores sistemáticos.

Género e intimidadores/as victimizados/as

En el escenario del bullying aparece no sólo la víctima y el agresor/a como perfiles puros de actuación sino que también se da el perfil del sujeto que además de ser agresor/a habitual termina padeciendo victimización en otras ocasiones por parte sus compañeros y compañeras. Es lo que algunos autores (Olweus, 1998) han llamado los agresores victimizados.

En nuestra investigación hemos encontrado un 13,8% de sujetos que son a la vez agresores/as y víctimas. Este porcentaje es similar al de otras investigaciones españolas (Ortega, 1997). Suponen el 8,3% de los chicos y el 5,6% de las chicas que alguna vez se han visto envueltos/as en esas dobles situaciones. Sin embargo tenemos que decir que las diferencias entre chicos y chicas en este caso no son significativas.

CONCLUSIONES

La investigación ratifica las diferencias entre sexos respecto al bullying que tradicionalmente se han venido produciendo en diversas investigaciones. Por ello puede servir de réplica a los datos obtenidos en otros momentos (Avilés, 2006). En este sentido podemos diferenciar algunas conclusiones referidas a la participación de agresores/as, víctimas y espectadores/as en las dinámicas *buly-victim*: en general se comprueba la tendencia masculina a ocupar el papel de actores de agresión en detrimento de las chicas. Son más frecuentes a nivel general y especialmente cuando los hechos se consideran graves.

Por otra parte, también en cuanto a la participación podemos compartir una idea menos unánime respecto al papel de víctima. Si bien algunas investigaciones encuentran una preponderancia mayor del las mujeres, quizás esto se deba a un aspecto cultural como es el caso de Japón (Morita et al., 1994). Sin embargo, son más numerosas las investigaciones que encuentran más chicos entre las víctimas o que no encuentran diferencias significativas.

Además, por otra parte encontramos cierto consenso en las conclusiones que valoran la preferencia por alguno de los tipos más frecuentes de intimidación o bullying. Las dudas iniciales que ponían en tela de juicio las preferencias masculinas y femeninas por algún tipo de intimidación se confirman en parte en algunos tipos. Gran parte de investigaciones han puesto de manifiesto la preferencia de los chicos por las formas físicas y directas y la preferencia femenina por las formas indirectas o de carácter social. Esto podemos comprobarlo en algunas formas recientes de intimidación a través de la red de internet o a través de la telefonía móvil. En efecto, algunas investigaciones (Almeida, Correia, Esteves, Gomes, García, & Marinho, 2008; Avilés, 2009) ponen de manifiesto una mayor presencia de las mujeres en estas formas. Ello apoyaría la idea de una ten-

dencia en las mujeres a preferir formas de maltrato más indirectas. El cyberbullying podría considerarse así dadas sus características de supuesto anonimato, desconocimiento del agresor y ataques a distancia. Mientras los chicos estarían más dispuestos a participar de formas más directas.

REFERENCIAS

- Almeida, A., Correia, I., Esteves, C., Gomes, S., Garica, D., & Marinho, S. (2008). Espaços vituais para maus tratos reais: as práticas de cyberbullying numa amostra de adolescentes portugueses. En R. Avi, E. Debarbieux, y C. Neto (Eds.), *4th Work Conferece Violence in shcool and public policies*. Lisboa: MHEdições
- Avilés, J.M. (1999). *CIMEI. Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales*. Valladolid: Autor.
- Avilés, J.M. (2002). *La intimidación entre iguales (bullying) en la Educación Secundaria Obligatoria. Validación del Cuestionario CIMEI y estudio de incidencia*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valladolid.
- Avilés, J.M. (2006). *Bullying: El maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela*. Salamanca: Amarú.
- Avilés, J.M. (2009). Cyberbullying. Diferencias entre el alumnado de secundaria. *Boletín de Psicología*, 96, 79-96.
- Bentley, K., & Li, A. (1995). Bully and victim problems in elementary schools and students' beliefs about aggression. *Canadian Journal of school psychology*, 11, 153-165.
- Byrne, B. (1994). *Young people and bullying*. Dublin: Irish Youth Work Press.
- Carbonell, J. (1999) *Convivir es vivir: Materiales de Apoyo al Programa*. Madrid: Obra Social de la Caja Madrid.
- Defensor del Pueblo (1999). *Informe sobre violencia escolar: El maltrato entre iguales en la ESO*. <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes2.asp>
- Defensor del Pueblo (2007). *Violencia Escolar: El Maltrato entre Iguales en la ESO, 1999-2006*. Madrid: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo. <http://www.defensordelpueblo.es/> (7 febrero 2007)
- Fonzi, A. et al., (1999). The nature of school bullying. En Smith, Morita, et al. Routledge. London.
- García Orza, J. (1995). Violencia interpersonal en la escuela. El fenómeno del matonismo. En *Boletín de Psicología*, 49, 87-103.

- Heinemann, P.-P. (1972). *Mobbning. Gruppval Bland Barn och Vuxna*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hoover, J.H., Oliver, R., & Hazler, R.J. (1992). Bullying: Perceptions of adolescent victims in the Midwestern USA. *School psychology international*, 13, 5-16.
- Mellor, A. (1993). *Bullying and How to Fight It*. Edinburgh: SCRE.
- Mellor, A. (1999). *The Nature of School Bullying* (pp. 91-112). In P.K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D.Olweus, R. Catalano, y P. Slee (Eds.). London.
- Monbusho – Ministry of Education (1994). *The present situation of issues concerning student tutelage and measures by the Ministry of Education*. Tokyo: M.E.
- Morita, Y. (1985). *Sociological study on the structure of bullying group*. Department of Sociology, Osaka: Osaka City University.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Morata. Madrid.
- Ortega, R (1998). *La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía.
- Ortega, R., & Mora-Merchán, J.A. (1997). Agresividad y violencia. El problema de la victimización entre escolares. *Revista de Educación*, 313, 7-27.
- Österman, K. *et al.* (1994). Peer and self-estimated aggression and victimization in 8 year-old children from five ethnic groups. *Aggressive Behavior*, 20, 411-428.
- Perry, D.G, Kusel, S.J., & Perry, L.C. (1988). Victims of peer aggression. *Developmental Psychology*, 245, 807-814.
- Rigby, K. (1997). What children tell us about bullying in schools. *Children Australia*, 22, 28-34.
- Smith, P.K., Morita, Y., Junger-Tas, J., Olweus, D., Catalano, R., & Slee, P. (1999). *The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective*. London: Routledge.
- Taki, M. (1992). The empirical study on the occurrence of Ijime behavior. *Journal of educational sociology*, 50.
- Ziegler, S. *et al.* (1991). Bullying at school: Totonto in an international context. En *Toronto board of education*, 196R.

CIBERBULLYING Y GÉNERO

*José Maria Ávilés Martínez*¹ (aviles@uva.es) /
*Maria Natividad Alonso Elvira*² / *Suely Mascarenhas*³ /
*Ana Tomás de Almeida*⁴ / *Denise Machado Duran Gutierrez*³ /
*Iolete Ribeiro da Silva*³ / *Rosenir de Souza Lira*³ / *Antônio Roazzi*⁵

¹Universidade de Valladolid (España), ²CEIP Francisco Pino, Valladolid (España), ³Universidade Federal do Amazonas (Brasil), ⁴Universidade do Minho (Portugal), ⁵Universidade Federal de Pernambuco (Brasil)

Las nuevas formas en que se plasma el maltrato entre iguales pasan hoy por el uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Las formas del bullying llamado tradicional (maltrato físico, agresión verbal, rechazo y aislamiento social) se vuelven a usar en el llamado ciberbullying o *bullying on line*, y han dado paso a otras que se sirven de las diferentes herramientas de comunicación para hacer llegar los mensajes de imposición, agresión, desprecio, minusvaloración o rechazo, tan propios en el ejercicio del maltrato. Bien es cierto que los componentes del maltrato (Ávilés & Alonso, 2008) son comunes a las formas de bullying y ciberbullying, aunque las formas de maltrato on line incorporan ciertos rasgos que de alguna forma agravan las acciones por hacerlas más imprevistas, anónimas y más permanentes ante una audiencia que puede tener acceso a ellas en todo momento. En este sentido, se han descrito algunas diferencias entre las formas tradicionales y las formas on line de ejercer el maltrato (Ybarra & Mitchell, 2004). Aunque las formas del bullying tradicional podemos afirmar que ocurren de forma directa o presencial aunque es verdad que hay un bullying indirecto, las formas del ciberbullying por las características de los espacios en que se producen suceden desde el anonimato. El agresor o los agresores se escudan en el espacio on line para evitar su identidad y tener que dar la cara, y por lo tanto arriesgar y exponerse, como sucede con el bullying tradicional, sea en un ataque físico o verbal. Otra característica es el ámbito de ocurrencia. Si bien es cierto que hemos afirmado (Ávilés, 2006) que el bullying no es un fenómeno estrictamente escolar, es cierto que cuando hablamos de bullying hablamos del que sucede entre los muros y los tiempos escolares. Lo hemos considerado tradicionalmente como uno de los riesgos de las relaciones interpersonales negativas entre escolares que conviven en la escuela. A diferencia de esto, en el ciberbullying quien lo perpetra no necesariamente tiene porqué exponerse personalmente y no necesariamente debe actuar desde la escuela. Espacios y momentos externos al horario y

lugares escolares pueden ser aprovechados para lanzar mensajes difamatorios, ataques a través de sms o difundir bulos en salas de Chat desde el propio ordenador personal del agresor o desde el anonimato de una sala de cibercafé. Por otra parte, de la exposición necesaria a que se ve sometido en el agresor en el bullying tradicional se desprende una mala relación con los profesores/as y adultos que lo contemplan o lo saben. Por el contrario en el cyberbullying pueden ser los buenos estudiantes, incluso aquellos que tienen éxito escolar, los que escodan esas actuaciones tras una fama de alumnos ejemplares para sus profesores/as. Por otra parte, en el bullying tradicional la exposición del agresor al cometer sus actos se enfrenta al miedo a los posibles castigos o correcciones por parte de los adultos, mientras que en el bullying on line este miedo o reticencia no se produce. De la misma forma, en el bullying tradicional el agresor tiene oportunidad de ver las reacciones de sus víctimas mientras que en cyberbullying el feedback de la víctima no se produce ante el agresor con lo de peligroso que tiene esa ausencia de valoración del sufrimiento de la víctima. Por todo ello, el cyberbullying aporta perfiles propios como forma de ejercicio del maltrato, sobre todo en las herramientas que usa para llevarse a cabo. Entre las formas más típicas de ejercicio del cyberbullying podemos señalar las siguientes: Ataques producidos a partir de mensajes por correos electrónicos desde direcciones no necesariamente identificables; mensajes ofensivos a través de sms en teléfonos móviles; páginas web con mensajes atentatorios para la dignidad de las personas; insultos y ataques a través de la mensajería instantánea como el Messenger; fotos y videos en grabaciones ofensivas y difamatorias en blogs y espacios de internet; críticas y amenazas en salas de Chat atentando contra el nombre o la imagen de las personas. Por otra parte, las distintas investigaciones sobre el bullying llevadas hasta ahora a efecto, han determinado diferentes prevalencias entre los sexos. La mayoría de ellos han identificado tanto como agresores como víctimas más a los chicos que a las chicas (Byrne, 1994; Carbonell, 1999; Defensor del Pueblo, 1999; Fonzi *et al.* 1999; Ortega, 1990, 1992, 1998; Ziegler y otros, 1991).

En cuanto al cyberbullying también se han hecho algunas indicaciones al respecto (Almeida, et al., 2008; Avilés, 2009) posicionando a las chicas como con más participantes, al igual como se indica en otras investigaciones en Japón, Australia, Corea del Sur o Canadá. Esta predominancia de las chicas se acentúa en los perfiles de victimización y cuando consideramos las edades altas (Lenhart, 2007) o el uso de redes sociales. Además se indican algunas diferencias a su favor, como es el caso de las formas de

acoso a través de rumores o a través de las amenazas y por acoso sexual (Ybarra, Mitchell, Finkelhor & Wolak, 2007). Sin embargo, también se indica que el cyberspacio ha producido efectos liberadores también en las chicas. Las ha hecho más sociales y confidentes, les ha ayudado a romper con los estereotipos y expectativas sexistas y a desarrollar nuevas identidades. Especialmente en países emergentes en los que la mujer está más subyugada. Por otra parte, los patrones parentales y publicitarios de género han venido mostrándose claves desde edades tempranas: sobre cómo los padres y cuidadores aportan y facilitan el uso de tecnologías a chicos y chicas; sobre la imagen que los propios medios transmiten de las chicas como frágiles y usuarias incompetentes de la tecnología (Shariff, 2007). Sin embargo, se hace necesario profundizar sobre las razones que hacen específica la participación de las chicas en el ejercicio del bullying a través de la red o el teléfono móvil. Algunas también se han apuntado en la dirección de considerar el ciberbullying como una forma de agresión de tipo indirecto, lo que coincide con los resultados de las investigaciones de bullying tradicional que sitúan a las chicas como más partidarias del maltrato indirecto y social frente a los chicos que serían más partidarios del físico.

La presente investigación pretende valorar las diferencias entre sexos en su comportamiento de acoso a través de internet y los teléfonos móviles. Pretendemos marcar las diferencias existentes en prevalencia, atribución de gravedad del ciberbullying, reacciones ante el maltrato recibido, modalidad de uso preferente y efectos de una posible prohibición de estas tecnologías en los ámbitos escolares.

METODO

Participantes

Los sujetos que componen la muestra son 730 alumnos y alumnas de enseñanza secundaria obligatoria de ocho centros educativos públicos de Castilla y León y Galicia que han participado en la investigación después de haber recibido formación sobre el fenómeno del bullying a través de la puesta en práctica de diversos programas de convivencia escolar en sus respectivos centros. La distribución por sexos puede observarse en la Tabla nº 1

Tabla 1
Distribución por lugar y sexo

| | Chicos | Chicas | Total |
|-------|--------|--------|-------|
| 1 ESO | 114 | 109 | 223 |
| 2 ESO | 69 | 69 | 138 |
| 3 ESO | 104 | 88 | 192 |
| 4 ESO | 58 | 68 | 126 |
| 1 BTO | 18 | 23 | 41 |
| Total | 363 | 357 | 720 |

Material

El instrumento que hemos empleado para la medición ha sido un autoinforme que aborda diferentes aspectos del ciberbullying a través del móvil y a través de internet (Ortega, Calmaestra, & Mora-Merchán, 2007).

Análisis Estadístico

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para el procesamiento estadístico de los datos con análisis de contingencia entre variables de estudio. Se valora la incidencia del ciberbullying en las escuelas y se analiza la variable sexo en cada uno de las variables que mide el instrumento; además se analizan los distintos perfiles resultantes del análisis de los datos, a saber: Espectadores, Víctimas moderadas, Víctimas severas, Agresores/as moderados/as, Agresores/as severos/as, Agresores/as victimizados/as moderados/as, Agresores/as victimizados/as severos/as.

RESULTADOS

Los chicos y las chicas presentan diferencias significativas en cómo perciben las situaciones de ciberbullying en diversos aspectos que señalaremos sucintamente a continuación: aunque el acceso al móvil y a internet son aspectos que no diferencian a chicos y chicas, la ubicación del ordenador y su acceso en el lugar de la casa donde lo utilizan diferencia a las chicas respecto a los chicos. Ellas disponen del ordenador en lugares distintos ($p < 0,005$) de la casa que los chicos. No hay diferencias de uso en los ordenadores que están en el salón de casa o en sus cuartos particulares. En los

aspectos objeto de estudio de esta investigación podemos señalar algunas diferencias que se recogen y pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2

Variables significativas entre sexos

| | Suma de cuadrados | gl | F | p |
|--|-------------------|----|-------|-------|
| Acosar y meterse con otras personas * Sexo | 2,93 | 1 | 6,74 | 0,01 |
| Sentimientos de la víctima acosada por el móvil “No me ha pasado nada de eso” * Sexo | 0,84 | 1 | 5,05 | 0,02 |
| Sentimientos de la víctima acosada por el móvil “Me siento mal” * Sexo | 0,96 | 1 | 9,32 | 0,002 |
| Sentimientos de la víctima acosada por el móvil “Me siento triste” * Sexo | 0,23 | 1 | 4,98 | 0,02 |
| Sentimientos de la víctima acosada por el móvil “Me preocupa lo que los demás puedan pensar o hablar sobre mí” * Sexo | 0,36 | 1 | 4,15 | 0,04 |
| ¿Qué haces cuando alguien se mete contigo? “Le he dicho que parase por el mismo medio, sms, llamada...” * Sexo | 0,06 | 1 | 5,61 | 0,01 |
| ¿Qué haces cuando alguien se mete contigo? “Se lo he dicho a mis amigos” * Sexo | 0,50 | 1 | 11,83 | 0,001 |
| ¿Qué haces cuando alguien se mete contigo? “Se lo he dicho a mis padres” * Sexo | 0,23 | 1 | 6,69 | 0,01 |
| ¿Como te sientes cuando otra persona se mete contigo a través de internet? “Me siento mal” * Sexo | 0,28 | 1 | 3,94 | 0,04 |
| ¿Como se meten contigo a través de internet? “Mensajería inmediata (Messenger) * Sexo | 0,27 | 1 | 5,03 | 0,02 |
| ¿Crees que prohibir internet en los institutos ayudaría a evitar el acoso? * Sexo | 3,94 | 1 | 4,36 | 0,03 |

Diferencias apreciadas en el uso del Móvil

Respecto al cyberbullying a través del móvil frente al bullying tradicional, los chicos tienden a creer ($p<0,005$) que aquél tiene menos efectos que el bullying tradicional. Sin embargo, las chicas calculan de igual forma sus efectos. Cuando se pregunta la incidencia de la victimización en los dos últimos meses, son los chicos los que presentan un grado de victimización mayor ($p<0,005$) frente a las chicas: en dimensiones como “*varias veces a la semana*” y en “*sólo ha sucedido una o dos veces*”. Sin embargo, son los chicos los que toman la iniciativa en más ocasiones para ejercer la agresión con el móvil frente a las chicas ($p<0,001$). Sobre todo en las formas leves (“una o dos veces”) y en las formas más frecuentes (“una y varias veces a la semana”).

Respecto a los sentimientos ante la agresión son las chicas las que presentan diferencias favorables respecto a los chicos en “*me siento mal*” ($p<0,001$), “*me siento triste*” ($p<0,005$) y “*me preocupa lo que piensen de mí*”

($p<0,005$). Sin embargo, en la percepción que tienen sobre cuál es el sexo de quienes les acosan, los chicos se emparejan con los chicos y las chicas con las chicas ($p<0,005$). En este sentido, son las chicas las que desconocen en mayor grado quiénes son quienes les acosan con el móvil respecto a los chicos ($p<0,001$). En cuanto a las reacciones cuando se sienten acosados, son las chicas las más partidarias de responder por el mismo medio que han sido agredidas ($p<0,005$). Igualmente son ellas las que comunican más los casos de acoso a través del móvil tanto a sus compañeros ($p<0,001$), como a su familia ($p<0,005$).

Diferencias apreciadas en el uso de Internet

Los efectos del ciberbullying frente a la forma tradicional de maltrato, igual que en el caso del acoso a través del móvil, son valorados más por las chicas que por los chicos, que tienen a minimizarlos ($p<0,001$). Las víctimas de acoso por internet que se sienten mal son preferentemente más chicas ($p<0,005$) que chicos. Y estos presentan cierta tendencia hacia la indefensión ante los ataques ($p<0,01$) frente a las chicas. Ellas suelen pagar más frecuentemente con la misma moneda frente a los ataques que los chicos ($p<0,01$), cuando los ataques los reciben por internet. También ellas perciben como formas más habituales de acoso por internet las que se producen por mensajería rápida como Messenger ($p<0,005$), frente a lo que perciben los chicos. Sin embargo, son los chicos frente a lo que piensan las chicas ($p<0,005$) los que son más partidarios en prohibir el uso de internet en los centros escolares.

Diferencias entre perfiles

La aplicación del instrumento ha permitido identificar distintos perfiles que van desde la victimización a la intimidación y a los perfiles mixtos, agresores agredidos. Por otra parte, en los tres perfiles se obtienen dos grados de participación, la ocasional y la sistemática. De todo ello, indicamos algunas prevalencias referidas al perfil sistemático en cuanto a las diferencias que se presentan por sexos.

En primer lugar, los perfiles más intensos, ya en intimidación como en victimización o en el perfil mixto, son más frecuentes en la red de Internet que a través del móvil, como puede contemplarse en la Tabla 3

Tabla 3

Prevalencia a través del Móvil y de Internet de chicos y chicas

| | | | | | |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------|----------------|----------------|
| Victimización sistemática | | | | | |
| Móvil | chicos 0,3% | chicas 0,8% | Internet | chicos 3,5% | chicas 2,2% |
| Intimidación sistemática | | | | | |
| Móvil | chicos 1,1% | chicas 0,8% | Internet | chicos 1,6% | chicas 1,1% |
| Agresores agredidos sistemáticos | | | | | |
| Móvil | chicos 0,3% | chicas 0% | Internet | chicos 0,8% | chicas 0,6% |

Por otra parte, no podemos confirmar la predominancia de las chicas en la prevalencia del ciberbullying, como tampoco la de los chicos. En nuestra investigación no encontramos diferencias significativas entre ellos en ninguno de los grados más intensos de victimización, intimidación o agresiones a agresores.

DISCUSIÓN

La prevalencia del maltrato en victimización se presenta a favor de las chicas en la modalidad de internet y en intimidación a favor de los chicos, tanto a través del móvil como de internet, lo que coincide con algunas investigaciones (Almeida, et al. 2008; Avilés, 2009; Ybarra & Mitchell, 2004). Del análisis pormenorizado del comportamiento de chicos y chicas respecto al ciberbullying destacamos algunos aspectos significativos, como son el hecho de que las chicas evalúen las formas de maltrato tanto en el caso del móvil como de internet, como formas dañinas sin poner ninguna delante de la otra respecto a su gravedad. La percepción de los chicos de agravar las formas de ciberacoso frente a las que no utilizan esa vía, puede venir justificado por su mayor acceso a estas formas de comunicación respecto a las chicas o porque éstas se han visto más implicadas en esas formas de maltrato, lo que las hace más conscientes de sus peligros y consecuencias. También son las chicas las que preferentemente enfrentan sentimientos de sentirse molestos y mal cuando son victimizadas tanto por móvil y por internet. Además son ellas las que responden más que los chicos de la misma forma en que son atacadas y a través de formas como la mensajería instantánea, lo que las implica más en estas vías de comunicación. Este resultado apoya la idea de que las chicas están más implica-

das en estos procesos y los prefieren como formas de agresión frente a sus compañeros varones. Este dato puede tener relación con la división clásica por sexos que situaba a las chicas como el sexo que preferentemente usaba formas indirectas y sociales de maltrato frente a las formas más físicas y directas de los chicos (Crick, & Bigbee, 1998; Hoover, Oliver & Hazler, 1992; Morita et al., 1999; Ortega, 1992; Rigby, 1997; Smith & Sharp, 1994). Las características que acompañan al ciberbullying como el inicial anonimato en que se produce o la distancia y la seguridad con que se establecen los ataques, hacen que sea, de alguna forma, un modo indirecto y distante desde donde ejercer el acoso, lo que coinciden con la preponderancia atribuida al sexo femenino en estas formas de maltrato. Esta decantación femenina, sin embargo, no se confirma en su preponderancia en los perfiles resultantes ni como víctimas, ni como agresoras ni como agresoras agredidas.

REFERENCIAS

- Almeida, A., Correia, I., Esteves, C., Gomes, S., Garica, D., & Marinho, S. (2008). Espaços vituais para maus tratos reais: As práticas de cyberbullying numa amostra de adolescentes portugueses. En R. Avi, E. Debarbieux, y C. Neto (Eds.), *4th Work Conferece Violence in shcool and public policies*. Lisboa: MHEdições.
- Avilés, J.M. (2006). *Bullying: El maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela*. Salamanca: Amarú.
- Avilés, J.M. (2009). Ciberbullying. Diferencias entre el alumnado de secundaria. En *Boletín de Psicología*, 96, 79-96.
- Avilés, J.M., y Alonso, M.N. (2008). Análisis de componentes identificativos de la violencia en el contexto excolar. Violencia, conflicto y maltrato. Itinerario de frontera. En I. Leal, J.L. Pais, I. Silva, y S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de psicologia da saúde* (pp. 119-129). Porto: ISPA Ediciones.
- Avilés, J.M., Alonso, M.N., & Mascarenhas, S. (2009). Perfiles e incidencia del ciberbullying a través del móvil y en internet durante la educación secundaria obligatoria. *I Congresso de pesquisas em Psicologia e Educação Moral* (pp. 586-592). Anales Electrónicos. Universidad de Campinas (Brasil).
- Byrne, B. (1994). *Young people and bullying*. Dublin: Irish Youth Work Press.

- Defensor del Pueblo (1999). *Informe sobre violencia escolar: El maltrato entre iguales en la ESO*. <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes2.asp>
- Lenhart, A. (2007). Data memo. Pew Internet and american life proyect (13 de octubre 2007) www.pewinternet.org/pdfs/PIP%20Cyberbullying%20Memo.pdf
- Ortega, R. (1998). *La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía.
- Ortega, R., Calmaestra, J., & Mora-Merchán, J. (2007). *Cuestionario Cyberbullying*. Documento no publicado: Universidad de Córdoba.
- Ybarra, M., & Mitchell, K. (2004). Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, internet use, and personal characteristics. *Journal of adolescence*, 27, 319-336.
- Ybarra, M., Mitchell, K., Finkelhor, D., & Wolak, J. (2007). Internet prevention messages: Targeting the right online behaviours. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161(2), 138-145.

ADOLESCÊNCIA E SAÚDE: CORPO, COMUNICAÇÃO E *MEDIA*

Leônia Cavalcante Teixeira^{1,2} / Natália Ramos²

¹Universidade de Fortaleza, ²Universidade Aberta

A adolescência na actualidade constitui tema de relevância interdisciplinar e intercultural, visto que os conflitos que se encenam nesse processo dizem respeito às exigências da constituição subjetiva de elaboração dos lutos relativos à infância, incluindo os lutos parciais obrigatórios pelos pais e pelo corpo infantil, bem como a constituição do laço social.

Observamos que o corpo constitui o cenário no qual tais dramas existenciais se encenam, estando, cada vez mais, o processo do adolecer em meninas ligado a quadros psicopatológicos de transtornos na oralidade e da imagem corporal, sendo figurado a partir de práticas que se situam no campo do risco, tais quais as experiências, comuns aos quadros psicopatológicos dos transtornos da oralidade – anorexia, bulimia, comer compulsivo – atestam. Tais experiências de risco são exemplificadas por atos como seguir dietas que reduzam a “massa corporal a zero”; aparecendo, muito constantemente, vinculadas à culpabilidade, ao masoquismo e ao narcisismo, remetendo a momentos precoces da constituição subjetiva.

Fleming (2005, p. 120) escreve que “o processo adolescente é desde logo definido por Freud num duplo registro, um refletindo o outro em que ocorre: no registro da realidade externa, contemporâneo e contextual, expresso na forma de um conflito de gerações e no registro da realidade interna, no abandono das ligações aos primeiros objetos de amor é investimento em novos objetos heterossexuais extrafamiliares”. A autora se reporta às ratificações de tal concepção freudiana citando as pesquisas de Cordeiro (1979) e Dias e Valente (1984) quando ressaltam os trabalhos de luto que têm que ser realizados pelo adolescente: “luto pela fonte de segurança, luto renovado do objeto edipiano, luto pelo Ideal do Eu, luto pela bissexualidade e luto pelo grupo” (Dias & Valente, 1984, Apud Fleming, 2005, p. 121). Jeammet e Corcos (2005), Jerusalinsky (1999) e Rosa (2002) também destacam o valor do *entre* na abordagem da adolescência, seja na passagem das imagens ligadas à infância para a adolescência, seja na passagem do núcleo familiar para o laço social, seja pelo lugar ou pelo não-lugar entre passado e futuro em que a adolescência aspira se localizar. Como uma das marcas do *adolecere* (Fleming, 2005) constitui a “saída de casa” (Fleming, 2005; Jerusalinsky, 1999; Le Breton, 2003, 2007; Lesourd, 2004; Outeiral, 1994; Rosa, 2002) e os conseqüentes

conflitos vivenciados tanto pelos adolescentes como pelas famílias, sujeitos adolescentes aparecem como figuras que põem em cena, isto é, que denunciam organizações familiares que calam quanto às marcas psíquicas derivadas de transmissões geracionais que eclodem em constituições psíquicas singulares. Tais heranças geracionais inconscientes impõem aos sujeitos adolescentes a construção de estratégias de vida psíquica que ora se encaminham em direção ao assumir posições subjetivas diversas das infantis, ora podem desencadear desorganizações subjetivas que se apóiam nos campos da violência, da depressão, do suicídio, da toxicodependência e das práticas de automutilação corporal (Coutinho e Ramos, 2008; Fleming, 2003, 2005; Outeiral, 1994; Pontalis, 2005; Rosa, 2002; Teixeira, 2001, 2003; Weinberg, 2001).

O adolescer instaura desafios ao sujeito em sofrimento quanto às vivências do seu corpo, às relações com seus pares e com as vivências da temporalidade e da espacialidade. Cadoret (2003, p. 208) escreve que “as cenas de sofrimento do exílio da infância” podem se apresentar de modo impressionante frente ao trabalho de se constituir em um corpo sexualizado, que se dá antes do trabalho de se apropriar do laço social, passagem denominada pela autora de “infância exilada” (p. 208).

A experiência corporal constitui um dos aspectos mais prementes que se colocam em cena na contemporaneidade, especialmente no momento da passagem adolescente, que não se resume ao momento da adolescência como fase do desenvolvimento, mas abrange operações psíquicas de abandono das posições infantis e de conquista de posições adultas, que têm no laço social seus suportes.

Objectivamos investigar os fenômenos que envolvem a constituição da corporeidade e sua representação, como operador teórico-clínico da passagem adolescente, a partir da análise das repercussões dos *media*, privilegiando as representações da figura feminina perpassadas em capas de revistas brasileiras de circulação nacional. Foram analisadas, através do método qualitativo da análise de conteúdo, capas de revista de dois periódicos semanais brasileiros de 2008 e 2009, sendo destacadas as seguintes categorias de análise: imagem gráfica da capa, manchete principal e manchetes secundárias, temas diretamente relativos ao corpo, à beleza, à forma física e à moda. Ressaltamos que as temáticas mais relevantes em relação ao objetivo desta investigação se referiram à aparência física e aos métodos de manutenção da forma física, explicitamente do corpo magro como ideal estético e de saúde. As representações do corpo coincidem com os padrões hegemônicos

divulgados pelos meios de comunicação social, sendo constante à associação beleza e saúde e, não menos frequente, beleza (aparência, magreza, corpo longilíneo), saúde (qualidade de vida, estilo de vida, prevenção de patologias) e poder (consumo, status).

Como referências teóricas, elegemos as interfaces entre os saberes antropológicos, psicossociológicos, comunicacionais e artísticos, privilegiando a perspectiva metodológica interdisciplinar, tendo como eixo norteador a subjectividade. Muitas adolescentes, atraídas pelos valores que os media atribuem à imagem magra em nossa sociedade, se vêem sempre às voltas com dietas, exercícios e espelhos. Buscam identidade e querem reconhecer-se através de uma imagem colocada como poderosa. A ideologia magra parece soar mais forte e não é suficiente ser saudável, o que denuncia o imperativo da imagem, do corpo em sua exterioridade e da performance. Almeida et al (2005, p. 32), ao analisar a percepção de tamanho e forma corporal em mulheres, relatam que as mulheres tendem a ter preferência por silhuetas não obesas, concluindo que isto sugere uma diferença entre o que é considerado sinônimo de normalidade para os homens e para as mulheres. Para as mulheres, a exigência de corpos magros, como sinônimo de normalidade, parece ser maior: o poder da beleza, junto à instituição do padrão estético que a exalta têm sido fonte de angústias e insatisfações com seus corpos, ou seja, consigo, já que, na atualidade, a experiência corporal parece constituir a vivência subjetiva.

Baudrillard (1995) afirma que à medida que a mulher conquista sua liberdade, confunde-se cada vez mais com o próprio corpo. De acordo com Ogden e Evans (1996), as regras das sociedades ocidentais representam um modo de ser que perpetua a associação do corpo magro da mulher a atributos positivos.

Severiano (2001, p. 23) analisa os ideais de consumo na contemporaneidade em relação à mídia publicitária, enfatizando que “as subjetividades contemporâneas são particularmente permeáveis aos ideais vinculados pela publicidade, constituindo-se em fonte privilegiada de identidade”.

De acordo com Sarlo (1997): “Somos livres. Cada vez seremos mais livres para projetar nossos corpos. A cultura sonha, somos sonhados por ícones da cultura. Somos livremente sonhados pelas capas de revistas, os cartazes, a publicidade, a moda: cada um de nós encontra um fio que promete conduzir a algo profundamente pessoal, nessa trama tecida com desejos absolutamente comuns” (p. 25).

O culto ao corpo magro constitui traço da sociedade ocidental contemporânea. O que se pode notar visitando academias, “spas” e salões de beleza, onde prospera uma indústria que parece ter lucros crescentes hoje em dia. Nessa tendência à hipertrofia do indivíduo, a beleza física é exaltada independente dos valores morais.

Reconhecemos que a imagem magra deve muito de sua disseminação aos media. Os meios de comunicação, com seu imenso poder de dar visibilidade a fenômenos e atribuir-lhes significados persuasivos, funcionam como formadores de opinião. Numa sociedade onde o contato com o outro é cada vez mais superficial e as instituições tradicionais formadoras de opinião, como a família, a religião e a escola, estão em decadência, o poder de sedução da comunicação de massa é potencializado. A influência da publicidade faz com as pessoas vejam seu corpo como mais um objeto dentre os objetos vendáveis e adquiríveis. A imagem magra se transforma em condição necessária para adquirir outros objetos cheios de atrativos e penetrar mundos desejáveis, como o da moda e, assim, o corpo pode ser, literalmente, consumido.

A comunicação de massa é grande detentora de poder simbólico e seria impossível qualquer abordagem sobre o imaginário popular urbano que não passasse por ela. Para Santaella (1999) “o mundo está virando imagem”: vivemos na *civilização da imagem* e é incisivo ao afirmar que chegamos a confundir experiências onde somos atores e onde somos espectadores (Calvino, 1990).

Os media tem muita importância na instituição de uma imagem corporal magra dotada de valor na sociedade atual. Essa proliferação de imagens de mulheres magras na mídia, geralmente associadas à riqueza e ao poder é a gênese de sua inserção no imaginário feminino. Entendendo imaginário aqui como sendo a base social dos processos mentais e o mais importante elemento externo qualitativo da personalidade do indivíduo (Lapierre, 1995).

Acreditamos que a prevenção dos quadros de transtornos da imagem corporal e do esquema corporal possam se dar na vida cotidiana dos adolescentes a partir de estratégias de participação nas instituições familiares e escolares que possibilitem representações de suas experiências corporais, familiares e sociais, incluindo a construção de ideais – traço importante na passagem adolescente – e o descentramento de imagens sociais padronizadas pelos media como hegemônicas e inquestionáveis. Incentivamos a construção de “espaços de fala” nas escolas, nos quais as dores psíquicas, os lutos da infância (do corpo

infantil, dos pais, da onipotência infantil – possam ser tematizados e elaborados. Relevamos também, as intervenções com as famílias, já que, em muitos casos, as adolescentes constituem os “sintomas” do que não vai bem na estrutura familiar.

Observamos a importância de se considerar os fenômenos que envolvem a constituição dos contornos do corpo e sua representação, privilegiando a corporeidade na construção subjetiva singular e coletiva, na qual a experiência de “tornar-se outro” é tematizada como operador teórico-clínico da passagem adolescente (Rassial, 1996). No campo do risco, vias de escape frente às ameaças de aniquilamento e desorganização pelas vivências traumáticas postas em cena pelos enigmas do adolecer.

A supervalorização corporal contemporânea e a escassez de possibilidades de mediação simbólica em função do esmaecimento das instituições familiares e sociais que não mais norteiam o sujeito, não mais constituindo referências subjetivas, despertam atenção para as repercussões no corpo e suas vicissitudes adolescentes.

A importância de abordagens que levem em conta a subjetividade, sem a consideração da implicação do sujeito e dos sentidos culturais da experiência do adoecimento, inclusive das representações leigas que a demarcam (Ramos, 2002, 2004, 2006, 2008; Spink, 2003, 2004; Teixeira & Bucher-Maluschke, 2008).

Na sociedade atual, o discurso social não se articula mais pela disciplina e pela autoridade, mas pelo “poder da sedução”. Isso significa que a ordem social incide nos corpos, seduzindo-os a serem sempre belos, ativos, saudáveis, jovens e sensuais. Devem se prender a único tempo, o do presente, silenciando as instâncias do passado e do futuro. Nesse sentido, o que importa é o prazer e as sensações sentidas no aqui-e-agora, perdendo valor tudo o que diz respeito à tradição, à história e aos costumes. Assim, o discurso dos media sobre a perfeição dos corpos é o que se posiciona como referencial da constituição subjetiva.

Na atualidade, enquanto o sujeito é convocado através da experiência corporal a movimentar-se em busca da perfeição e completude. Percebemos que esta ação não ocorre pelo reconhecimento da impossibilidade da satisfação irrestrita, mas pela crença em discursos hegemônicos sobre a possibilidade de conquistar um dia a perfeição corporal e a felicidade plena. O sujeito se põe em constante batalha consigo mesmo não apenas para amenizar o seu desamparo, mas para ilusoriamente bani-lo de sua existência, permitindo com que ele tome posse de um corpo sem limites e plenamente satisfeito. Na impossibilidade

de conquistar este ideal de felicidade tão bem anunciado e vendido na sociedade atual, o sujeito contemporâneo acaba por ser acometido por uma profunda e intensa frustração.

Concluimos que as representações de corpo figuradas nos *media* podem ser consideradas como paradigmáticas dos conflitos e subjectividades contemporâneas, especialmente quanto ao adolescer e à constituição da corporeidade, já que neles prevalecem os arquétipos hegemônicos da saúde e da beleza associadas à aparência, ao desempenho físico e aos modelos culturais.

REFERÊNCIAS

- Almeida, G.A.N., Santos, J.E., P, S.R., & Loureiro, S.R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: Estudo exploratório. *Psicologia em Estudo. Maringá*, 10(1), 27-35.
- Baudrillard, J. (1995). *A Sociedade de Consumo*. Rio de Janeiro: Elfos.
- Cadoret, M. (2003). *Le paradigme adolescent*. Paris: Dunot.
- Calvino, Í. (1990) *Seis Propostas Para o Próximo Milênio*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Coutinho, M. da P.L., & Ramos, M. N.(2008). Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: Um estudo transcultural. *Psico*, 39(1) 14-20.
- Dias Cordeiro, J.C. (1979). *O adolescente e a família*. Lisboa:Relógio D'Água.
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome. Pensar o sofrimento*. Porto, PT: Afrontamento.
- Fleming, M. (2005). *Entre o medo e o desejo de crescer. Psicologia da Adolescência*. Porto, PT: Afrontamento.
- Jeammet, P., & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: Evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jerusalinsky, A. (1999). Traumas de adolescência. In APPOA. *Adolescência entre passado e futuro* (pp. 10-28). Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Le Breton, D. (2003). *L'adolescence à risque*. Paris: Hachette Pluriel.
- Le Breton, D. (2007). *En souffrance, adolescence et entrée dans la vie*. Paris: Métailié.
- Lesourd, S.A. (2004). *A construção adolescente do laço social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Outeiral, J.O. (1994). *Adolescer: Estudos sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ramos, N. (2002). Educação, saúde e culturas – Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36(1,2,3), 463-487.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2006). Relações e solidariedades intergeracionais na família – Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(1), 195-216.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa, PB: Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba.
- Rosa, M.D. (2002). Adolescência: Da cena familiar à cena social. *Psicologia USP*, 13(2), 227-242.
- Santaella, L. (1999) *Imagem, Cognição e Mídia*. São Paulo, Iluminuras.
- Sarlo, B. (1997). *Cenas da vida pós-moderna*. Rio de Janeiro, UFRJ.
- Severiano, M.F.V. (2001). *Narcisismo e Publicidade: Uma análise psicossocial dos ideais do consumo na contemporaneidade*. São Paulo: Annablume.
- Spink, M.J. (2003). *Psicologia social e saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spink, M.J. (2004). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EdIPUCRS.
- Teixeira, L.C. (2001). Sobre quimeras contemporâneas, ciência e psicanálise. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 1(1), 151-171.
- Teixeira, L.C. (2003). Dor e inscrição social do corpo: Implicações clínicas. In I.I. Costa, A.F. Holanda, F.M.M.C. Martins, & M.I. Tafuri (Eds.), *Ética, linguagem e sofrimento*. VI Conferência Internacional sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia. Brasília: Gráfica e Editora Positiva.
- Teixeira, L.C., & Bücher-Maluschke, J.S.F. (2008). *O sofrimento e seus destinos: Psicologia, psicanálise e práticas de saúde*. Brasília, DF: Universa.
- Weinberg, C. (2001). *Geração delivery: Adolescer no mundo atual*. São Paulo: Sá.

REPRESENTAÇÕES DA ADOLESCÊNCIA
EM PRODUÇÕES CIENTÍFICAS:
INDICATIVOS PARA PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

Leônia Cavalcante Teixeira^{1,2} / Natália Ramos²

¹Universidade de Fortaleza, ²Universidade Aberta

A adolescência constitui temática relevante nos estudos e intervenções em saúde pública, apresentando desafios para especialistas de vários campos de saber, como a psicologia, antropologia e sociologia, comunicação, medicina e psicanálise, já que é considerada um paradigma da condição subjetiva contemporânea (Alberti, 1999; Coutinho, Franken & Ramos, 2008; Fleming, 2005; Rassial, 1996).

A adolescência é caracterizada como período de reorganizações identificadoras e identitárias no qual as mudanças do corpo e dos papéis sociais exigem um intenso trabalho de elaboração psíquica, já que, concomitante à emergência da puberdade, o contexto social reclama resoluções de ordem distinta das colocadas em cena na constelação familiar infantil.

Os modos hegemônicos de construção subjetiva na atualidade, baseados no individualismo, no narcisismo, no hedonismo e no consumismo, aparecem exacerbados nas experiências do adolescente, especificamente em suas relações com o tempo, o espaço, o corpo e o outro.

Este trabalho focalizou as concepções mais frequentes na produção científica brasileira na última década sobre a adolescência, visando apreender as representações sociais que as subsidiam. Nesse sentido, foi realizada pesquisa bibliográfica no portal de dados scielo.br a partir das seguintes categorias: adolescência, política pública, saúde, educação e família. Foram encontrados mais de 400 fontes, sendo pregnantes os artigos em periódicos científicos reconhecidos pelas instituições brasileiras fomentadoras de pesquisa. Ressaltamos que muitos artigos se repetem nas categorias citadas, o que indica ao entrecruzamento das temáticas, denunciando a interdisciplinaridade como característica das análises contemporâneas sobre fenômenos relacionados à adolescência, como: sexualidade e gênero, parentalidade, gravidez, violência, drogadição, alcoolismo e tabagismo.

As temáticas sobre constituição subjetiva e relações intergeracionais apareceram em cerca de 10% da produção, sendo hegemônicas as relacionadas à violência, à sexualidade e à gravidez precoce, ocupando cerca de 70% da preocupação dos estudiosos. Também foram citadas produções relativas ao discurso da saúde pública (20%), quando a atenção

incide sobre problemas de saúde, mortalidade e políticas de intervenção. Nesse sentido, destacamos o foco acerca da satisfação corporal, do sobrepeso e dos transtornos alimentares e suas incidências sobre a experiência adolescente.

As autorias dos textos são de especialistas em plurais áreas, como: psicologia, enfermagem, serviço social, nutrição e sociologia-antropologia. Dentre as produções acerca da constituição psíquica, destacam-se as relacionadas às influências maternas, à feminilidade e ao feminino.

Um tema extremamente recorrente foi o da gravidez na adolescência, sendo destacados aspectos relativos à sexualidade, à anticoncepção, ao pré-natal e às relações intergeracionais entre mães e filhas adolescentes grávidas.

Constatamos a hegemonia de visões sobre o adolescente centradas na noção de risco, particularmente problemáticas relacionadas à toxicodpendência, à gravidez, aos desajustes escolares e aos atos delinquentes. Também ressaltamos as discussões acerca das relações com pais e com os pares, seja na escola, seja na comunidade.

As questões sobre adolescência se mostram em constante evidência ao estarem implicadas como população alvo de órgãos do governo e dos órgãos não governamentais. Isso se deve a visão que eles têm da crise adolescente e, portanto, tida como “um problema social a ser resolvido” (Ministério da Saúde, 2005a, p. 8), merecendo atenção pública.

É importante ressaltar que os programas do governo, em geral, tomam como público alvo toda a juventude que está compreendida numa faixa etária entre 10 e 24 anos, portanto quando utilizamos aqui o termo ‘jovem’ a partir do material do governo, também englobamos os adolescentes.

Com recursos da atenção pública voltados ao jovem e ao adolescente, temos no Ministério da Saúde um espaço *online*, com informações dedicadas sobre e para este público, bem como nos deparamos com publicações voltadas para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2005a,b e 2006). As temáticas estão voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Existe o intuito de promover através da disseminação à informação o acesso do jovem à saúde e à educação, assim como dar suporte para as instituições e os profissionais, capacitando-os para intervir junto à essa demanda, com vistas na minimização da incidência de violência, doenças, gravidez precoce, proporcionando uma melhor vigilância à saúde e contribuição para o aumento na qualidade de vida.

Essas publicações e medidas adotadas pelo Ministério da Saúde tomam como base a visão negativa pelo jovem, em virtude do crescente limiar de

risco em que se envolvem: aumento na incidência de gravidez precoce e de risco, risco de contrair o HIV, risco de uso e abuso de drogas ilícitas, risco de morte frente à violência.

Tais configurações implicam que as políticas de saúde destinadas à promoção e à prevenção considerem as especificidades do sujeito adolescente, não o concebendo somente como ator social tal qual tematizado nos estatutos que visam regradar suas condutas, direitos e deveres, embora sejam esses fundamentais para o desenvolvimento e para a inserção na sociedade. Sugerimos que, apesar das dificuldades inerentes à interdisciplinaridade, tal postura epistêmico-metodológica mostra-se fundamental para que o adolescente seja apreendido em sua complexidade, especialmente quando, na atualidade, ocupa lugar paradigmático dos modos de construção subjetiva.

Pensamos que medidas educacionais, para serem, proveitosas, não podem se basear em pressupostos morais de que tais práticas prejudicam, podendo trazer consequências nefastas para a vida das adolescentes e seus familiares, já que as representações científicas acerca da adolescência e do sujeito adolescente terminam por ratificar os lugares ocupados pelos “problemas” acima citados, ratificando a adolescência como uma fase do desenvolvimento cronológico que traz dificuldades.

A adolescência só foi admitida como uma realidade perante autoridades governamentais brasileiras a partir do reconhecimento deste sujeito perante a lei. O que ocorreu em concomitância com a “elevação” do status da criança como um cidadão:

Dentre os principais avanços, destaca-se a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, regulamentando o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, o qual incorpora os princípios adotados pela Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989. Tal normativa traz uma importante mudança de paradigma para a proteção da infância e da adolescência, reconhecendo os adolescentes como sujeitos de direito e não objeto de intervenção do Estado, da família ou da sociedade (Ministério da Saúde, 2005a, p. 5).

Neste sentido, é discutido aqui o conceito de adolescência de acordo com a OMS e a lei brasileira – o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – que são organizadas mediante dados cronológicos, a primeira considera adolescente todo aquele indivíduo entre 10 e 19 anos, e juventude as idades de 15 a 24 anos, enquanto que o segundo, considera adolescente indivíduos entre 12 e 18 anos, em casos excepcionais são ponderadas as idades entre 18 e 21 anos. Vemos aqui uma irregularidade entre as idades

consideradas por ambas instituições, quando o mais importante é verificar que segundo o *Marco Legal* (Ministério da Saúde, 2005a), a utilização da cronologia se dá com a finalidade de orientação investigativa e epidemiológica, não deixando de lado as considerações e ponderações que devem ser feitas com os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo.

Todavia, a adolescência é conhecida, corriqueiramente, como um período de crise, já que o adolescente é concebido como marcado por um mal-estar social e psíquico, uma vez que as transformações pela qual o sujeito passa traz implicações no cotidiano. Na contemporaneidade, a adolescência e puberdade são consideradas por alguns autores fases distintas, embora indissociáveis, nas quais suas peculiaridades defrontam o sujeito.

Nesse sentido, ressaltamos que, em relação às políticas públicas de intervenção junto aos adolescentes, vale destacar a importância da diferenciação entre adolescência e puberdade, considerando o adollescere como um processo de desconstrução e de construção de idealizações e de elaboração de lutos e de identificações no espaço social, para além do núcleo afetivo familiar. De acordo com Lewis e Volkmar (1993), a puberdade se constitui enquanto uma maturação física acontecendo por volta dos 10 anos nas meninas e aos 12 anos nos meninos, por ser variável a idade cronológica, portanto não indica precisamente o nível de maturação em que o indivíduo está. Lepre (2005) e Levy (2001) delimitam esta fase cronologicamente dos 14 aos 21 anos (podendo existir variações) e como uma fase imediatamente após a puberdade.

Alberti (1996, 2002), Freud (1905/1976) e Rassial (1997, 1999) já consideram a adolescência não como uma fase cronológica, mas sim psíquica, portanto não existindo forma de enquadrá-la em determinados padrões de idade. Freud (1905/1976) postula como início da puberdade as mudanças finais da sexualidade infantil, caracterizando, então, como toda pulsão sexual redirecionada do auto-erótico para um objeto sexual exterior ao sujeito. Também é evidenciado como o sujeito masculino e feminino passam pela puberdade no que diz respeito à sexualidade, em que ambos assumem posições e formas de obtenção de prazer de forma distinta. Esta fase tem início e objetivo final bem delineados, embora que o seu desenvolvimento, chamado de passos intermediários, ainda se apresentam obscuros. Exceto pelo crescimento dos órgãos genitais e sexuais, caracterizando o principal traço da puberdade. Aberastury e Knobel (1981/2000) abordam o conceito central de “crise da adolescência”, como essencial para o estabelecimento da identidade do adolescente, que se vê as voltas com o mundo dos adultos e precisando desprender-se da sua vida infantil. Para isso, é preciso realizar o luto pelo corpo infantil, que agora

sofre as mudanças biológicas caracterizadas pelo arredondamento do corpo, com maiores curvas, crescimento dos seios e pêlos pubianos e nas axilas nas meninas e nos meninos a voz que engrossa, e crescimento de pêlos pubianos, nas axilas, a barba e os órgãos sexuais que aumentam de volume. O luto pela identidade infantil e a nova identidade de adolescente e, por fim, o luto pelos pais infantis que se antes permitiam tudo, agora sancionam as vontades e desejos dos seus filhos adolescentes. O luto também é vivido pelos pais, que precisam elaborar o luto pelos filhos que antes eram crianças e se apresentam em constante crescimento e transformação. Alberti (1996) define a adolescência como um período em que o sujeito se vê diante da maturação sexual que se baseia no desencadeamento de uma transformação pulsional. Uma vez que, este sujeito estará re-organizando seus conflitos edipianos, considerando a adolescência como uma escolha do sujeito, em que esta opção traz conseqüências para ele, as quais são o desligamento com os pais e o reconhecimento da castração no Outro, o que é um “elemento” fundamentalmente presente na adolescência, por encaminhar o sujeito essa falta de forma a elaborá-la. Consideram-se aspectos importantes para a diferenciação entre puberdade e adolescência, onde a primeira é tida como um parâmetro universal e necessário a todos os seres humanos, pois está ligada a maturação biológica do corpo. Já a segunda se caracteriza como singular, concordando com os aspectos socioculturais de cada civilização e o tempo histórico ao qual se encontram, que repercutem nas transformações psíquicas próprias desse momento. Esta diferenciação constitui um indicativo significativo para a elaboração de políticas públicas, devendo subsidiar as estratégias de intervenção junto aos sujeitos que, mesmo em fases distintas da vida, podem estar situados como sujeitos-adolescentes frente ao seu desejo e sua organização pulsional.

Nesse sentido, Rassial (1997) ressalta a importância da linguagem nesse momento, a qual adquire uma nova perspectiva para o sujeito em construção, ou melhor, para a constituição de um novo sujeito. Passando de uma vida familiar, da infância, em que predomina a dependência dos pais e de seus significantes, para o social, e seus novos significantes que farão parte da vida adulta, do espaço intrafamiliar para o extrafamiliar. A adolescência, então, constitui uma operação psíquica, daí o termo *passagem adolescente*. Tal conceito de adolescência privilegia o percurso do adolescente quando este está saindo do seio intrafamiliar para o extrafamiliar em que são necessárias a realização de certas operações subjetivas que o desliguem dos investimentos infantis.

Os teóricos citados anteriormente reconhecem a adolescência e a abordam com variadas significações, unindo-se à concepção de invenção, há aqueles que tomam este conceito como mais um criado pela modernidade, questionando-o. E a modernidade se apresenta caracterizada, segundo Ruffino (2000), através da *expansão*, em que há o empobrecimento ou desaparecimento da singularidade do sujeito, e da *velocidade*, gerando como consequência o declínio da função social do pai, influenciando e alterando a estrutura da subjetividade e a organização dos laços sociais. Como estratégias de participação nas instituições familiares e escolares que possibilitem representações das experiências corporais, familiares e sociais, incluindo a construção de ideais – traço importante na passagem adolescente – e o descentramento de imagens sociais padronizadas pelos medias como hegemônicas e inquestionáveis, incentivamos a construção de “espaços de fala” nas escolas, nos quais as dores psíquicas, os lutos da infância (do corpo infantil, dos pais, da onipotência infantil) possam ser tematizados e elaborados. Relevamos também, as intervenções com as famílias, já que, em muitos casos, as adolescentes constituem os “sintomas” do que não vai bem na estrutura familiar. Sublinhamos a importância de abordagens que levem em conta a subjetividade, com a consideração da implicação do sujeito e dos sentidos culturais da experiência do adoecimento, inclusive das representações leigas que a demarcam (Ramos, 2001, 2006, 2007; Spink, 2003, 2004; Teixeira e Bucher-Maluschke, 2008) e, nesse sentido, as produções ordinárias de adolescentes constituem fontes ricas de representações do corpo de sujeitos em sofrimento que demandam intervenções sociais plurais. Concluímos como indicativos para programas de intervenção junto a adolescentes devem constar a diferenciação entre puberdade e adolescência, o caráter histórico-social da adolescência e a não determinação do adolescer à uma fase do desenvolvimento, visto, como exemplo, a adolescência ampliada, na qual adultos, em termos cronológicos, podem passar por operações psíquicas adolescentes.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (2000). *Adolescência Normal: Um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed (Originalmente publicado em 1981).
- Alberti, S. (1996). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

- Alberti, S. (2002). O Adolescente e seu Pathos. *Psicol. USP*, 13(2), Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200011&lng=&nrm=iso
- Coutinho, M. da P.L., & Ramos, M.N. (2008). Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: Um estudo transcultural. *Psico*, 39(1), 14-20.
- Fleming, M. (2005). *Entre o medo e o desejo de crescer. Psicologia da Adolescência*. Porto, PT: Afrontamento.
- Freud, S. (1976). *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol. 07). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)
- Lepre, R.M. (2005). *Adolescência e construção da identidade* disponível em <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=395>
- Levy, R. (2001). Adolescência. Cláudio Laks Eizirik e org. In *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lewis, M., & Volkmar, F.R. (1993). Adolescência. In *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência* (3ª ed., pp. 219-264). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ministério da Saúde. (2005a). *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005b). *Saúde integral de adolescentes e jovens: Orientações para a organização de jovens e adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ramos, N. (2002). Educação, saúde e culturas – Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36(1,2,3), 463-487.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2006). Relações e solidariedades intergeracionais na família – Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(1), 195-216.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade: Perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa, PB: Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba.
- Rassial, Jean-J. (1997). *A passagem adolescente: Da família ao laço social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios Ed.
- Rassial, Jean-J. (2000). *O sujeito em estado limite*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Rassial, Jean-J. (2005). *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud (Originalmente publicado em 1999).
- Spink, M.J. (2003). *Psicologia social e saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spink, M.J. (2004). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EdiPUCRS.
- Teixeira, L.C., & Bücher-Maluschke, J.S.F. (2008). *O sofrimento e seus destinos: Psicologia, psicanálise e práticas de saúde*. Brasília, DF: Universa.

“EXPERIÊNCIAS SAUDÁVEIS”: UM PROGRAMA
DE PREVENÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICO-
ACTIVAS JUNTO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Lilia Forte

FPCE, Universidade de Coimbra

Actualmente, com o fenómeno da globalização, verifica-se a existência de mudanças nos estilos de vida e um aumento dos comportamentos de risco que, por sua vez, representam uma causa directa ou indirecta de doença e/ou de morte. Neste contexto, as drogas constituem uma das maiores preocupações das sociedades contemporâneas, representando um grave problema de saúde, social, económico e político à escala internacional (Rosa, 2000), que afecta pessoas de todas as idades e de todas as classes sociais (Machado, 1990).

Vários estudos nacionais e internacionais mostram que a toxicodependência deixou de estar associada à marginalização e ao consumo de heroína. Começam a existir novas tendências de consumo, nomeadamente o consumo recreativo, muito frequente nos jovens e nos estudantes, caracterizando-se como sendo voluntário em ocasiões sociais específicas (Australian Government, 2006). O último “Relatório Anual 2009” do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência (OEDT, 2009) mostra que, na população dos 15 aos 34 anos, a prevalência do consumo de cannabis aparece mais elevada é na Dinamarca (48%), na França (43,6%) e no Reino Unido (40,1%). Por sua vez, o consumo de anfetaminas mais elevado acontece no Reino Unido (15,3%), na Dinamarca (10,5%) e na Letónia (6,1%). O consumo de ecstasy é mais elevado no Reino Unido (12,7%), na República Checa (14,6%) e na Irlanda (9,0%). Quanto aos alucinógenos, a sua prevalência varia de 0 a 6,6% nos jovens europeus. Em Portugal, de acordo com o Relatório Mundial sobre as drogas (Nations Unies, 2007), o índice da prevalência consumo de cannabis, de anfetaminas e de ecstasy por parte da população portuguesa (3,3; 0,1 e 0,3 respectivamente) encontra-se nos últimos europeus.

Um estudo realizado por Calafat (1999), acerca a vida nocturna na Europa e sobre o consumo de drogas em contextos recreativos, em que 45,2% da população inquirida frequentava o ensino superior. A cidade de Coimbra, sendo famosa pela sua tradição estudantil, esteve incluída nesta investigação, onde foi mencionada a festa da Queima das Fitas, como ambiente propício a consumos, onde não se consome apenas álcool, mas também outras drogas ilícitas. Os convívios semanais, durante todo o ano lectivo, assim como a Festa das Latas também representam formas de

diversão em contextos recreativos e que, por sua vez, também representam ambientes favoráveis aos consumos excessivos de substâncias psicoactivas. Os consumos excessivos, assim como os abusos levam a consequências negativas a longo prazo, como por exemplo doenças hepáticas ou diminuição do rendimento académico. Por outro lado, existem consequências imediatas, tais como os acidentes rodoviários, comportamentos violentos ou comportamentos sexuais de risco (Morais, 2000). Relativamente a este último exemplo, um estudo levado a cabo por Cruz (2000) revelou que um grande número de estudantes universitários teve relações sexuais desprotegidas durante a Queima das Fitas. Neste contexto, existem muitas intervenções com vista a sensibilizar para o uso do preservativo de modo a prevenir a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis, onde algumas representam um grave problema a nível mundial, nomeadamente no que diz respeito ao fenómeno da SIDA. Assim, é, de facto, importante introduzir estratégias preventivas junto de estudantes do ensino superior, pois estes jovens serão no futuro responsáveis pela saúde dos outros (Faria, 2000).

Neste contexto, propôs-se a realização de um estudo, no âmbito de um projecto de estágio inserido na área de Educação Social, mais especificamente em Educação para a Saúde, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Trata-se de um projecto de prevenção primária, intitulado “Experiências Saudáveis”, que consistiu na adaptação do Programa Australiano “*Keeping in Touch*” (Australian Government, 2006), destinado à população universitária. O programa “Experiências Saudáveis”, baseado numa metodologia de Educação pelos Pares e planificado segundo o Modelo de Caffarella (2002) foi organizado em 4 sessões que contemplavam conteúdos teóricos relativamente às drogas, mas também conteúdos práticos de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: (1) *As drogas e a sua importância na sociedade*; (2) *Pressão dos pares e modelos explicativos dos consumos*; (3) *Factores de risco e factores de protecção*; (4) *Estilos de comunicação, desenvolvimento de competências no aconselhamento de jovens*.

Seguidamente, os participantes do programa, organizaram, adoptando uma metodologia de educação pelos pares, um projecto de informação e sensibilização intitulado “SOS Queima 2008” (distribuição de folhetos e de preservativos; apresentação de curtas metragens; jogos e simulação de alcoolémia, etc.) para prevenir o consumo de álcool e de outras drogas em contextos recreativos.

Tendo em conta a importância atribuída a este tema, torna-se importante realizar estudos sobre a eficácia deste tipo de intervenções. Desta forma,

este trabalho, consiste em apresentar a avaliação do impacto do programa “Experiências Saudáveis” junto dos participantes.

O Programa, assim como a sua respectiva avaliação foram elaborados com base no Modelo de Avaliação de Kirkpatrick (Kirkpatrick, 2005) e noutros referenciais teóricos de Promoção da Saúde, nomeadamente no modelo Salutogénico (Nunes, 2007). Segundo o qual, através da mobilização de factores internos que favorecem o desenvolvimento das pessoas a favor da sua saúde. Esses factores internos e recursos gerais de resistência são designados “sentido de coerência” (face à vida), e contém três dimensões: (1) compreensão (*comprehensibility*), dimensão cognitiva que consiste em interpretar os estímulos e factores externos; (2) a gestão (*manageability*), que consiste em perceber os recursos pessoais e sociais que podem ser utilizados para responder ao estímulo e, finalmente, (3) o investimento (*meaningfulness*) que representa a capacidade de atribuir um sentido aos acontecimentos da vida, investindo interesse, energia e recursos para resolver situações. Assim, quanto mais elevado é o sentido de coerência, mais os indivíduos são capazes de resistir a factores externos e internos e intervir, utilizando de forma flexível, os recursos internos e externos apropriados no contexto/ambiente à sua volta (Navarro, 2000; Saboga Nunes, 2007).

Assim, os objectivos deste trabalho são:

- a) *Caracterizar as tendências de consumo dos participantes do programa*
- b) *Analisar a satisfação dos participantes em relação ao desenvolvimento das sessões*
- c) *Analisar a influência do programa na aquisição de conhecimentos (conteúdos teóricos)*
- d) *Analisar a influência do programa na mudança de valores, atitudes e comportamentos*
- e) *Analisar a influência do programa na promoção do sentido de coerência*

MÉTODO

Participantes

O grupo de estudantes universitários que participaram nesta iniciativa era constituído por 28 sujeitos, com *idades compreendidas entre os 19 e os 24 anos*.

Material

Foram construídos, de raiz, questionários de avaliação da satisfação sobre o desenvolvimento de cada sessão, constituídos por perguntas fechadas e

perguntas abertas, considerando os objectivos e conteúdos de cada sessão. Foi, igualmente elaborado um questionário de avaliação de conhecimentos tendo em conta conteúdos teóricos previstos durante as quatro sessões do programa, e é constituído por 25 perguntas fechadas.

Para avaliar valores, atitudes, comportamentos e crenças foi adaptado um questionário de avaliação de atitudes e valores em relação às drogas (Megias, 2000), instrumento este, utilizado num estudo sobre os valores da sociedade espanhola em relação às drogas. Também foram utilizadas duas sub-escalas (Atitudes e Crenças) da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes (Carvalho & Leal, 2006). Finalmente, foi, também, aplicado o Questionário de Orientação para Viver (Saboga Nunes, 2007).

Procedimentos

A avaliação foi considerada segundo os três primeiros níveis do modelo de Avaliação de Donald Kirkpatrick (Kirkpatrick, 2005), em dois tempos (antes e depois da formação). O primeiro nível (satisfação e expectativas) e o segundo (conhecimentos) foram avaliados através de questionários constituídos para o efeito. O terceiro nível (valores, atitudes e comportamentos) foi avaliado através de questionários de Avaliação de Atitudes e Valores em relação às Drogas (Megias, 2000) e o Questionário de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas na Adolescência (Carvalho & Leal, 2006). Para completar, o trabalho também contemplou o Questionário de Orientação para Viver com vista a verificar a existência de mudanças relativas às competências pessoais.

Os dados foram introduzidos e analisados através do programa de análise estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) e consistiam em verificar as diferenças entre os resultados antes e depois da formação, a nível da aquisição de conhecimentos, influência sobre os valores, atitudes, comportamentos e sentido de coerência.

RESULTADOS

Satisfação e conhecimentos

No primeiro nível de avaliação de Kirkpatrick, em geral, os participantes mostraram uma maior satisfação relativamente às actividades participativas, em comparação com a exposição de conteúdos teóricos.

No que diz respeito à aquisição de conhecimentos (cf. Quadro 1), verificou-se um aumento estatisticamente significativo dos pontos, em 25

pontos (Total do questionário), a média do segundo tempo de avaliação ($M=22,61$) é superior à média do primeiro tempo ($M=20,93$), verificando-se um aumento médio da pontuação de 1,68 e constata-se que o Desvio Padrão diminui de T1 ($DP=1,72$) para o T2 ($DP=1,64$). É de notar que a pontuação mínima obtida em T2 aumenta e a pontuação máxima mantém-se, correspondendo ao resultado máximo possível de obter (25 pontos). Verificou-se, ainda, que a tendência geral, do primeiro tempo, para o segundo, consiste num aumento da pontuação, a qual varia entre 1 e 4 pontos.

Quadro 1

Média, desvio padrão, mínimos e máximos da pontuação (conhecimentos)

| Momentos de avaliação | N | M | DP | Pontuação | |
|-----------------------|----|-------|------|-----------|--------|
| | | | | Mínimo | Máximo |
| T1 | 28 | 20,93 | 1,72 | 16 | 25 |
| T2 | 28 | 22,61 | 1,64 | 19 | 25 |
| T2-T1 | 28 | 1,68 | 2,13 | -4 | 4 |

As questões onde existia um aumento geral da pontuação estavam em relação com conteúdos abordados num contexto prático (dinâmica de grupos, exercícios, debates). Assim, tendo em conta os resultados do nível de satisfação dos participantes, pode-se considerar, em termos pedagógicos, um aperfeiçoamento das estratégias de transmissão de conteúdos, isto é, privilegiando estratégias participativas que impliquem debates e reflexões.

Valores, atitudes e comportamentos

Na análise das respostas do questionário utilizado na investigação descrita por Megías (2000), em termos descritivos, verificou-se que os participantes eram sensíveis à situação dos (ex)consumidores, considerando-os como «tristes», pessoas «abandonadas» ou «vítimas». Relativamente às suas opiniões acerca das drogas, a maioria mencionou que estas eram substâncias perigosas que não se deviam experimentar, mas outros confessaram que eles as consideravam como substâncias que é necessário conhecer e experimentar ao menos uma vez.

Relativamente às substâncias que os participantes revelaram consumir (cf. Quadro 2), as substâncias mais frequentemente mencionadas são o tabaco, o álcool e a cannabis, seguidos do ecstasy, alucinógenos e cocaína. A

seqüência mais frequente de consumo experiencial é “Tabaco/álcool/Cannabis”, tanto em T1 ($n=12$) como em T2 ($n=14$). Verifica-se um aumento do consumo experimental de álcool. Por outro lado, constata-se que existem menos elementos que revelam ter apenas experimentado tabaco e álcool, de sete elementos (T1) passou-se a quatro (T2). Num segundo momento da avaliação aparece um novo tipo de substância nos consumos: os “tranquilizantes”.

Quadro 2

Substâncias psicoactivas que os participantes revelam ter experimentado

| Substâncias psicoactivas | T1 (n) | T2 (n) |
|--|--------|--------|
| Álcool | 2 | 3 |
| Cannabis | 1 | 0 |
| Tabaco/álcool | 7 | 4 |
| Álcool/tranquilizantes | 0 | 1 |
| Tabaco/álcool/cannabis | 12 | 14 |
| Tabaco/cannabis/alucinogéneos | 0 | 1 |
| Álcool/cannabis/alucinogéneos | 1 | 0 |
| Tabaco/álcool/cannabis/cocaína | 0 | 1 |
| Tabaco/álcool/cannabis/alucinogéneos/Ecstasy | 1 | 1 |
| Tabaco/álcool/cannabis/alucinogéneos/tranquilizantes | 1 | 1 |
| Tabaco/álcool/cannabis/Ecstasy/cocaína | 2 | 1 |
| Nenhum | 1 | 1 |
| Total | 28 | 28 |

Relativamente aos consumos no último ano, houve diminuição do consumo de apenas tabaco e álcool de T1 ($n=13$) para T2 ($n=8$). Por outro lado, observou-se um aumento do consumo de “tabaco/álcool/cannabis” de T1 ($n=7$) para T2 ($n=12$), assim como um aumento do consumo de “álcool”. A substância habitualmente mais consumida pelos participantes é o “tabaco” ($n=6$), o “álcool” ($n=5$ em T1; $n=6$ em T2) e o “tabaco/álcool” ($n=6$ em T1; $n=5$ em T2). Ainda se verifica que existem consumidores habituais de “tabaco/cannabis” ($n=1$ em T1; $n=2$ em T2) e num segundo momento da avaliação um elemento revela ser consumidor habitual de “tabaco/álcool/cannabis”. Finalmente, apenas dois indivíduos referem não serem consumidores habituais de nenhuma das substâncias referidas, no entanto, em T2, esse valor passou a ser equivalente a zero.

Estes resultados estão de acordo com estudos nacionais e internacionais, que mostram que estas são as três substâncias mais consumidas e que entre elas, a substância ilícita mais consumida é a cannabis (Calafat, 1999; Feijão, 2007; IDT, 2007; Nations Unies, 2007).

Neste estudo, a análise de vários dados mostrou tendências de resposta diferentes, que levaram a concluir que havia dois “tipos” de participantes: os que consumiam substâncias regularmente e aqueles que não consumiam nenhuma substância ou raramente. As opiniões de respostas destessujeitos foram diferentes e mostraram níveis de sensibilidade diferentes.

Os resultados obtidos no Questionário de Representações Sociais do consumo de Droga na Adolescência (Carvalho & Leal, 2006), mostraram mudançasna soma dos pontos obtidos nas dimensões das atitudes e das crenças, mas não existiam diferenças estatisticamente significativas do primeiro para o segundo tempo.

De acordo com a quadro que se segue, constata-se que a média relativa às Atitudes relativamente às drogas diminui ligeiramente, ou seja, diminui de 17,62 para 17,25. O Desvio Padrão, por sua vez aumenta. Também se verifica que, no segundo momento da avaliação, tanto o valor máximo e o valor mínimo diminuem, passando de 27 pontos para 26 pontos (Valor Máximo) e de 11 pontos para 8 pontos (Valor Mínimo).

Relativamente à subescala das Crenças, verifica-se que a média do primeiro ($M=22,78$) para o segundo ($M=22,92$) tempo, aumenta, assim como o valor do desvio padrão (T1: $DP=5,29$; T2: $DP=5,51$). Quanto ao Valor Máximo, verifica-se que este aumenta de 30 pontos (T1) para 31 pontos (T2), enquanto que o valor mínimo diminui de 12 pontos (T1) para 8 pontos (T2).

Quadro 3

*Média, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo
das subescalas atitudes e crenças*

| | Atitudes | | Crenças | | Atitudes | Crenças |
|--------------------|----------|-------|---------|-------|----------|---------|
| | T1 | T2 | T1 | T2 | T2-T1 | T2-T1 |
| <i>M</i> | 17,62 | 17,25 | 22,78 | 22,92 | -0,35 | 0,04 |
| <i>DP</i> | 4,68 | 5,03 | 5,29 | 5,51 | 3,89 | 4,61 |
| Valor Máximo | 27,00 | 26,00 | 30,00 | 31,00 | 9,00 | 9,00 |
| Valor Mínimo | 11,00 | 8,00 | 12,00 | 8,00 | -7,00 | -11,00 |
| Valores que faltam | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 |

Estes resultados vêm confirmar as conclusões obtidas por Miller (2003), a partir de um estudo efectuado junto de estudantes universitários, onde verificou que as iniciativas nas universidades foram efucazes, no que diz respeito ao aumento da consciência dos efeitos negativos de álcool e de outras substâncias, mas não o foram na mudança das percepções e atitudes

dos pares. Isto significa que é importante, em termos de intervenção, para evitar os efeitos negativos das intervenções, de considerar não só o nível individual, mas também o nível colectivo/ de contexto, de forma global e contínua.

Sentido de coerência

No que diz respeito ao sentido de coerência, verificou-se que apenas houve aumento estatisticamente significativo na dimensão Compreensão do QOV. De acordo com a Quadro 4, verifica-se que, no sentido de coerência, de forma geral, existe uma maior mudança nas dimensões Compreensão, que apresentou um aumento na média mais elevado ($M=38$ em T1 e $M=40,6$ em T2).

Quadro 4

Médias e desvios-padrão das dimensões do QOV

| N=28 | | T1 | | T2 | |
|---------------|----------|-------|------|-------|------|
| Dimensões QOV | Nº Itens | M | DP | M | DP |
| Compreensão | 11 | 38,00 | 6,35 | 40,6 | 6,02 |
| Gestão | 10 | 47,00 | 5,67 | 46,61 | 5,11 |
| Investimento | 8 | 42,61 | 5,69 | 42,26 | 5,45 |

Estes resultados vão de acordo com o que seria de esperar, tendo em conta as mudanças significativas na dimensão Compreensão. A planificação do programa e a transmissão da informação estavam direccionadas para a facilitação da construção de conhecimentos relativamente à problemática do uso e da dependência de substâncias psico-activas.

Estes dados também revelam que, apesar deste questionário avaliar um nível geral de sentido de coerência, também exerce algum efeito no âmbito de uma temática específica, como o consumo de substâncias psicoactivas. Por isso, no contexto de formação de pares mediadores, representa um indicador favorável para a inclusão de aspectos informativos e de consciencialização acerca das drogas. Para além disso, num programa duradouro, para desenvolver mais competências pessoais e sociais, será necessário investir no aumento de conhecimentos, antes de existirem diferenças nas outras dimensões.

CONCLUSÃO

Em geral, pode-se concluir que a formação contribuiu de forma positiva em vários domínios, pelo facto de existirem mudanças estatisticamente significativas. É necessário considerar que a informação, por si só, não leva a mudanças de atitudes, é preciso esperar mudanças a longo termo, depois e programas de intervenção contínuos.

Uma das implicações práticas deste trabalho, é o facto de que os resultados serão úteis, para a FPCEUC, mas igualmente para outras instituições de ajuda, assistência aos estudantes. Os resultados levam a concluir a importância na organização de iniciativas, não só relativamente à ajuda psicopedagógica, mas também para a importância de actividades e intervenções de promoção da saúde, onde vários estudos confirmam a problemática dos consumos em contextos recreativos e consequências negativas associadas.

Quanto às implicações pedagógicas, os resultados mostram que, em geral, as intervenções que favorecem uma metodologia participativa são melhor aceites e demonstram uma maior eficácia quanto aos resultados obtidos. Por outro lado, os resultados ainda confirmam que no momento de planificar uma intervenção, é necessário considerar as diferenças interindividuais dos participantes. O tipo de prevenção implementado junto com estudantes que nunca consumiram deve ser diferente daquele que se aplica junto de estudantes que consomem regularmente, de forma a evitar eventuais efeitos negativos da própria intervenção.

Os resultados desta avaliação também mostram a importância de valorizar conteúdos que contemplam o desenvolvimento de competências, não só a nível cognitivo, mas também pessoais e sociais, assim como estratégias de resolução de problemas que são necessárias à mudança de valores, atitudes e comportamentos que visam a promoção da saúde e todos os níveis, assim como o desenvolvimento do sentido de coerência (capacidades de compreensão, gestão e investimento).

REFERÊNCIAS

Australian Government: Department of Education Science and Training. (2006). *Keeping in Touch: Working with Alcohol & Other Drug Use*.

- Caffarella, R.S. (2002). *Planning programs for adult learners: A practical guide for educators, trainers and staff developers* (2nd ed). San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Calafat, A. (1999). *Night life in Europe and recreative drug use. SONAR 98*. IREFREA & European Comission.
- Carvalho, A., & Leal, I. (2006). Construção e Validação de uma Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 287-297.
- Cruz, J. (2000). Conhecimentos, atitudes e praticas sexuais dos estudantes universitários: Implicações para a prevenção do VIH/SIDA nos jovens. In Precioso et al. (Eds.), *Educação Para a Saúde* (pp. 217-233). Braga: Departamento de Metodologias da Educação Universidade do Minho.
- Feijão, F. (2007). Adolescentes e consumo de substâncias psicoactivas: O tempo e o território enquanto factores subjacentes as dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa. *Revista Toxicodependências*, 13(1), 59-80.
- Faria, M. (2000). Educação para a Saúde no Ensino Superior. In Precioso et al. (Eds.), *Educação Para a Saúde* (pp.73-88). Braga: Departamento de Metodologias da Educação Universidade do Minho.
- IDT. (2007). *Relatorio Anual 2006: A situação do pais em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: IDT.
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2005). *Evaluating training programs – The four levels*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Machado, I. (1990). *Manual de educación sobre drogodependencias: Exposición para Educadores*. Vigo: Servicio galego de Saúde.
- Megías, E. (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación com las drogas*. Madrid: Fundacion “La Caixa”.
- Miller, D. (2003). Pluralistic Ignorance and Alcohol Use on Campus: Some Consequences of Misperceiving the Social Norm. In Salovey & Rothman (Eds.), *Social Psychology of Health: Key Readings in Social Psychology* (pp. 183-197). Psychology Press.
- Morais, C. (2000). Consumo de álcool e as suas repercussões na saúde pública. In Precioso et al. (Eds.), *Educação Para a Saúde* (pp. 185-195). Braga: Departamento de Metodologias da Educação Universidade do Minho.
- Navarro, M. (2000). Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Praticas. In Precioso et al. (Eds.), *Educação Para a Saúde* (pp. 13-28). Braga: Departamento de Metodologias da Educacao Universidade do Minho.
- Nations Unies: Office contre la Drogue et le Crime. *Rapport Mondial sur les Drogues 2007*. Retirado de http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2007/wdr2007_french_web.pdf a 24 Fevereiro de 2008.

- OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2009). *Relatório Anual 2009: A evolução do fenómeno da droga na Europa*. Lisboa: OEDT.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.
- Rosa, A., et al. (2000). *Toxicodependência: Arte de Cuidar*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Saboga, N. (2007). Salutogenesis & Health. Retirado de <http://193.136.116.5/saboga/soc/> a 14 de Julho 2008.

CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DE DOENÇA: ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE CRIANÇAS SAUDÁVEIS E CRIANÇAS
COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Lígia Lima¹ / Marina Serra de Lemos² / Brígida Lema²

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto; ²FPCE Universidade do Porto

A investigação tem vindo a demonstrar que um dos factores determinantes do bem-estar psicológico dos doentes e utentes em idade pediátrica consiste no fornecimento de informação relativa à sua saúde, doença, processo de hospitalização e procedimentos médicos. Existem resultados que mostram claramente a existência de uma associação entre o processo de dar informação e a redução do medo, ansiedade e dor no período pós-operatório (Rushforth, 1999). Consequentemente, começaram a surgir cada vez mais estudos que exploram a forma como as crianças concebem e compreendem os fenómenos relacionados com a saúde e doença.

Existem três grandes abordagens teóricas/perspectivas subjacentes a este tipo de estudos e a mais frequentemente utilizada é aquela que considera que a compreensão dos fenómenos de saúde e doença na infância é determinada pelo desenvolvimento cognitivo. Com base na teoria de Piaget sobre o desenvolvimento intelectual, Bibace e Walsh (1979) desenvolveram uma teoria de estádios para a compreensão da doença que é bastante semelhante ao esquema proposto por Piaget para descrever a compreensão dos conceitos de ordem física. Apesar de bastante difundida, esta teoria foca-se essencialmente naquilo que a criança ainda não conhece ou no que é incapaz de compreender (Eiser & Twamley, 1999). Uma abordagem alternativa enfatiza a influência da experiência, sugerindo que independentemente da quantidade de informação que lhes é fornecida, as crianças procuram sempre entender aquilo que se passa consigo, partindo do que já sabem e da sua experiência pessoal. De acordo com Carey (1985) o conhecimento é a chave, ou seja, quanto mais informação criança possuir, mais bem equipada ficará para compreender os fenómenos de saúde e de doença, e mesmo crianças muito pequenas têm a capacidade de atingir níveis de compreensão bastante sofisticados sobre as suas experiências de doença. Uma terceira perspectiva, sugere que a compreensão de saúde e doença depende quer do desenvolvimento cognitivo quer da experiência.

Este estudo, que se insere num projecto mais abrangente, teve como finalidade estudar as características das concepções infantis de saúde e de doença e analisar em que medida a experiência de doença tem influência

nas conceptualizações das crianças acerca destes fenómenos, comparando as concepções de uma amostra de crianças saudáveis com as concepções de uma amostra de crianças com doença oncológica.

MÉTODO

Participantes

Foram recolhidos dados em duas amostras: a primeira foi constituída por 183 crianças de idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos de idade (89 rapazes e 104 raparigas) pertencentes a diferentes instituições de ensino (públicas e privadas) do Norte do País; a segunda foi recolhida numa instituição de saúde especializada em doenças oncológicas e foi constituída por 29 crianças com idades entre os 7 e os 13 anos de idade (19 rapazes e 10 raparigas), que se encontravam no serviço de internamento.

Procedimento

As concepções de saúde e de doença foram recolhidas com recurso ao método de “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 estudo apenas analisamos os textos.

Os desenhos e textos da amostra de crianças saudáveis foram recolhidos em sala de aula e os da amostra de crianças com doença oncológica foram obtidos no hospital, na sala de brincar.

Codificação das respostas das crianças

Todos os textos foram sujeitos a um processo de análise de conteúdo e foram criadas normas de codificação e um sistema de categorias para cada uma das questões (conceito de saúde e conceito de doença), com base no modelo de Boruchovitch e Mednick (1997, 2002). Foi assim desenvolvido um sistema de categorias, constituído por pares de categorias que serviram para codificar os dados relativos aos conceitos de saúde e doença:

- 1 *Participação/falta de participação em práticas preventivas* – nesta categoria 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* – nesta categoria 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 ou levar injecções).
- 3 *Ausência/presença de problemas de saúde e sintomas* – esta categoria 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 ou específico de saúde ou sintomas físicos e somáticos (ex: estar doente é ter um vírus ou uma constipação).
- 4 *Capacidade/Incapacidade de realizar actividades exigidas e/ou desejadas* – inclui 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 poder brincar) 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* – esta categoria inclui as 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 quando estamos doentes sentimo-nos tristes e horríveis).
- 6 *Não sei* – nesta categoria incluem-se as 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:

- 7 *Vantagens e sentimentos positivos acerca de estar doente* nesta categoria as incluem-se respostas que descrevem as consequências positivas de estar doente (ex: quando se está doente as pessoas são mais simpáticas connosco).

RESULTADOS

Concepções infantis sobre saúde e doença

O primeiro objectivo deste estudo foi o de caracterizar as concepções infantis acerca dos conceitos de saúde e de doença, através da análise dos dados obtidos com a amostra de crianças saudáveis. Com base no processo de análise de conteúdo, foram identificadas e codificadas 1692 unidades de análise, representando uma média de 9,25 unidades por criança.

Em relação à definição de saúde (Quadro 1), as crianças apresentaram 809 unidades de registo e as categorias mais frequentes foram “Participação em actividades preventivas”, “Sentimentos positivos” e “Capacidade para fazer as actividades exigidas”. Entre os indicadores mais frequentes na categoria de ‘Participação em actividades preventivas’ estiveram o comer comida saudável como fruta, vegetais e leite e o fazer exercício físico. Felicidade, força e divertir-se foram alguns dos ‘Sentimentos positivos’ mais citados em relação a ser-se saudável.

Quadro 1

Percentagem de respostas em cada categoria da definição de saúde

| Definição de saúde | Crianças saudáveis | |
|---|--------------------|------|
| | N | % |
| Participação em actividades preventivas | 266 | 32,9 |
| Ausência de actividades | 26 | 3,2 |
| Ausência de problemas de saúde e sintomas | 59 | 7,3 |
| Capacidade para fazer as actividades exigidas | 192 | 23,7 |
| Sentimentos positivos | 240 | 29,7 |
| Não sei | 26 | 2,9 |
| Total | 809 | 100 |

A capacidade para correr, brincar ao ar livre e ir para a escola são exemplos de unidades que foram incluídas na categoria ‘Capacidade para fazer as actividades exigidas’. Menos frequentemente, as crianças também escreveram que a saúde estava associada com “Ausência de problemas de saúde” (ex: não ter febre) e “Ausência de participação em actividades preventivas” (ex: quando estamos saudáveis não precisamos de tomar remédios).

Para definir doença (Quadro 2) apresentaram 882 unidades de registo. As categorias mais utilizadas foram “Presença de problemas de saúde e sintomas”, “Incapacidade para fazer as actividades desejadas”,

“Sentimentos negativos” e “Ausência de actividades preventivas”. Entre os sintomas e os problemas de saúde mencionados pelas crianças estavam tosse, febre, dores de cabeça e muitas doenças como constipação, sarampo, cancro e gripe das aves. Os ‘Sentimentos negativos’ mais mencionados foram tristeza, aborrecimento, medo de morrer e sentir-se mal. Não comer comida saudável, não fazer exercício físico, fumar, consumir drogas e beber álcool foram algumas das unidades mais mencionadas e que foram categorizadas enquanto ‘Ausência de práticas preventivas’.

Quadro 2

Percentagem de respostas em cada categoria da definição de doença

| Definição de doença | Crianças saudáveis | |
|--|--------------------|------|
| | N | % |
| Ausência de actividades preventivas | 154 | 17,5 |
| Participação em actividades curativas | 80 | 9,1 |
| Presença de problemas de saúde e sintomas | 230 | 26,1 |
| Incapacidade para fazer as actividades desejadas | 206 | 23,4 |
| Sentimentos negativos | 185 | 21 |
| Vantagens e sentimentos positivos | 6 | 0,7 |
| Não sei | 21 | 2,4 |
| Total | 882 | 100 |

As definições que foram incluídas nas categorias restantes, foram as menos mencionadas, mais precisamente “Participação em actividades curativas” (ex: ir para o hospital) e “Vantagens e sentimentos positivos acerca de estar doente” (ex: receber mais mimo).

Comparação entre as concepções das crianças saudáveis e as concepções das crianças com cancro

Em comparação com as crianças saudáveis e em relação às concepções de saúde, as crianças com cancro usaram mais frequentemente a categoria “Capacidade para fazer actividades exigidas e desejadas” (53% vs 23,7%). Todas as outras categorias foram usadas menos frequentemente, e como pode ser observado na Figura 1, as principais diferenças entre as definições fornecidas pelas crianças com cancro e as crianças saudáveis estão relacionadas com a utilização muito menos frequente da categoria “Participação em actividades preventivas” (7 % versus 23,9%) e um uso mais frequente

da categoria “Capacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas” (53 % *versus* 23,7%).

Na definição de doença (ver figura 2) os temas mais utilizados pelas crianças da amostra clínica foram “Incapacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas” (36%) e “Sentimentos Negativos” (32%).

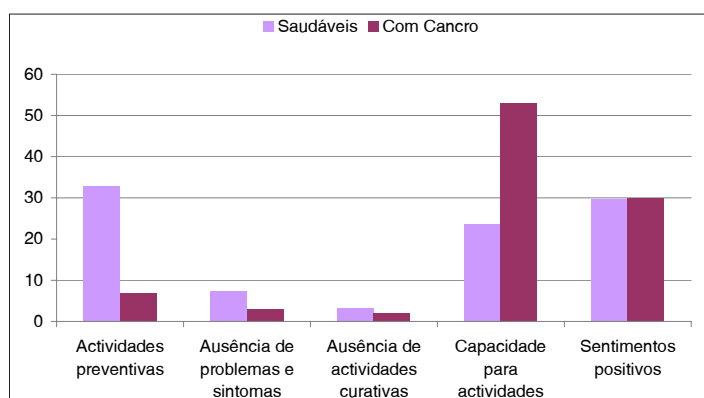


Figura 1. Concepção de saúde: Comparação entre crianças saudáveis e crianças com cancro

As categorias “Presença de problemas de saúde e sintomas” e “Participação em actividades curativas” também emergiram como relativamente importantes com uma percentagem de unidades de 17% e 10% respectivamente.

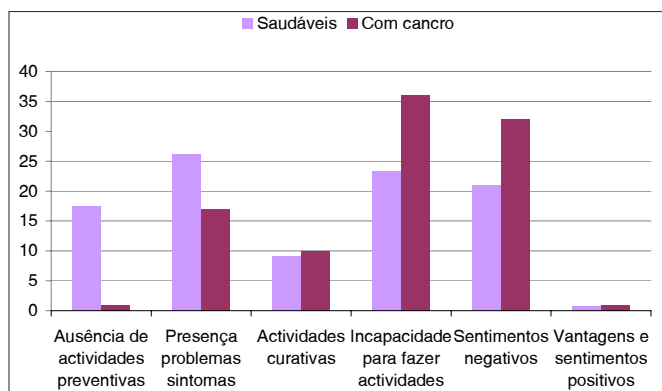


Figura 2. Concepção de doença: Comparação entre crianças saudáveis e crianças com cancro

A maior diferença na comparação dos dados obtidos com a amostra de crianças saudáveis diz respeito à categoria “Ausência de participação em actividades preventivas”, que apenas representa 1% das definições das crianças com cancro em comparação com 17 % na amostra saudável.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que, globalmente, as crianças forneceram definições de saúde e de doença relativamente complexas, reportando cerca de 9 unidades de registo para cada conceito e uma variedade significativa de tipos de concepções, abrangendo todas as sete categorias consideradas no sistema de categorização. As conceptualizações expressas pelas crianças foram também bastante holísticas, incluindo na maioria das vezes e para além de aspectos físicos, descritores de bem-estar psicológico. Em particular é de registar que os resultados mostraram que para as crianças deste grupo etário, a expressão directa de emoções e sentimentos é já um componente importante nas definições de saúde e doença.

Em geral, os temas empregues pelas crianças das duas amostras são muito consistentes com os encontrados em investigações anteriores, nomeadamente no estudo de Burochovitch e Mednick (1997), o que sugere a existência de semelhantes inter-culturais nas concepções infantis de saúde e doença.

As categorias mais frequentemente utilizadas na definição de saúde foram a “Participação em actividades preventivas”, “Sentimentos positivos” e a “Capacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas”, que contabilizaram a maioria das concepções expressas pelas crianças da amostra saudável. Na definição de doença, a “Presença de problemas de saúde e sintomas” foi a categoria mais frequentemente citada, confirmando dados obtidos em investigação anterior. (Burochovitch & Mednick, 2002). De facto, as crianças saudáveis demonstraram ser bastante conhecedoras acerca de doenças e forneceram uma descrição muito impressionante de doenças e sintomas associados, que em muitos casos ultrapassam a sua experiência pessoal, o que poderá ser menos esperado neste grupo etário. Entre as doenças mencionadas pelas crianças saudáveis estavam infecções pediátricas comuns como constipações, gripe e varicela mas também outras patologias mais prevalentes em adultos como cancro, sida, diabetes e doença de Chron. Em comparação com as crianças saudáveis, a amostra clínica demonstrou possuir uma concepção mais restrita de saúde, concentrando-se

em dois significados principais “Capacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas” e “Sentimentos positivos”. Comparativamente com as crianças saudáveis, as crianças doentes colocaram uma ênfase maior na possibilidade permitida pela saúde de fazer, quer as actividades usuais quer as mais agradáveis, expressando aparentemente a sua saudade pelas actividades de vida mais habituais. Em relação à doença e contrastando com as crianças saudáveis, as crianças com cancro revelaram uma utilização muito menos frequente da categoria “Ausência de actividades preventivas” e um uso mais frequente da categoria “Incapacidade para fazer as actividades exigidas e desejadas”. Em relação à “Ausência de actividades preventivas”, estes resultados podem significar que a experiência de estar doente pode acarretar uma diminuição significativa de atribuições internas das causas de doença. Esta é uma explicação plausível, que se baseia na teoria das atribuições, segundo a qual, tipicamente, as atribuições que se relacionam com os insucessos pessoais são mais do tipo defensivo (evitando a auto-culpabilização) do que as atribuições que dizem respeito ao comportamento de outros (Weiner, 1986). Esta diferença de atribuições que distingue as crianças saudáveis das crianças doentes pode desempenhar um importante papel protector da auto-estima, prevenindo o desenvolvimento de sentimentos de culpa e protegendo as crianças doentes da sua vulnerabilidade à depressão (Olson et al., 1988). A ênfase colocada pelas crianças doentes na falta ou na saudade da realização das actividades desejadas também parecer indicar que estas crianças tendem a focar-se nas perdas e restrições impostas pela doença. Há também a utilização mais frequente de sentimentos negativos para definir a doença evidenciando que a experiência de estar doente marca significativamente o impacto emocional da doença. Este impacto emocional é assinalado, mas relativamente, subestimado pelas crianças saudáveis.

Em suma, os resultados deste estudo sugerem fortemente que a experiência de ter uma doença grave como o cancro tem uma forte influência nas representações da criança acerca da saúde e doença, o que poderá ser usado para orientar serviços de apoio às crianças doentes.

REFERÊNCIAS

- Bibace, R., Schmidt, L., & Walsh, M.E. (1998). Children's Perceptions of Illness. In G. Penny, P. Bennet, & M. Herbert (Eds.), *Health Psychology: A Lifespan Perspective* (pp. 13-30.) Harwood: Amsterdam. Boruchovitch, E., &

- Mednick, B.R. (1997). Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. *Revista Saúde Pública*, 31(5), 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
- Eiser, C., & Twamley, S. (1999). Talking to children about health and illness. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 133-145) London: Sage.
- Olson, R. A., Holden, E. W., Friedman, A., Faust, J., Kenning, M., & Mason, P.J. (1988). Psychological consultation in a children's hospital: An evaluation of services. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 479-492.
- 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.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer
- Williams, D.T., Wetton, N., & Moon, A. (1989). *A Way in: Five Key areas of Health Education*. Health Education Authority. London.

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE MULHERES E HOMENS PRIMÍPAROS

Lília Maria Reis Abreu^{1,2} / Margarida Pocinho² / Isabel Leal¹

¹ISPA – Instituto Universitário; ²Universidade da Madeira

A transição parental representa uma etapa muito importante na vida do indivíduo, sendo deste modo percepcionada como um acontecimento positivo, por ser promotor de satisfação pessoal e conjugal. A fase de transição para a parentalidade têm sido considerada como um momento de grandes desafios para o casal (Apfel & Handel, 1999; Feldman, 2000; Wilkinson, 1995).

Ao longo do ciclo vital, somos regularmente confrontados com um conjunto de mudanças, as quais se revelam essenciais no nosso percurso de vida. Entre todas as transições (quer a nível individual quer a nível de casal), aquela que se destaca é a que ocorre quando nos tornamos pais. A transição para a parentalidade é frequentemente descrita como um momento de crise, sobretudo no caso do primeiro filho. Esta acarreta uma série de transformações físicas (do corpo da mulher) e relacionais (da mulher/homem consigo própria/o, com as famílias de origem), que envolvem uma reorganização a todos os níveis (biológico, cognitivo, emocional, relacional e social), razão pela qual, esta fase é consensualmente entendida como um período de crise ou profunda transformação no desenvolvimento pessoal e do casal (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2005).

As tarefas, atitudes e responsabilidades que fazem parte dos cuidados parentais foram designadas por Steele e Pollack (1968), citado por Williams (1999), como função maternal. Constitui um processo no qual um adulto (uma pessoa madura, capaz, protectora e auto-suficiente) assume o cuidado de uma criança (um ser imaturo desamparado e dependente).

Nesta óptica, pais e mães parecem apresentar diferentes trajectórias na adaptação à parentalidade (Salmela-Aro, Nurmi, Saisto, & Halmesmaki, 2000 & Moura-Ramos, 2006). A este respeito Dickie (1987) acrescenta que a mulher experimenta maior perturbação com os seus novos papéis, nomeadamente pelas mudanças que ocorrem aos mais diversos níveis.

Dado que esta reorganização pode ser distinta ao longo do tempo que se segue ao parto pretende-se com este estudo identificar os factores que contribuem para a adaptação materna e paterna, em pais e mães pela primeira vez, durante os seis meses de idade do filho. Para concretizar este objectivo, foi considerada como variável dependente, a adaptação parental ao nascimento do primeiro filho, medida através da escala de percepção de

stress parental (PSS) e, como variáveis independentes, as seguintes: variáveis sociodemográficas, emoções (medida através duma escala de avaliação de emoções) e necessidades individuais, do casal, do bebé (medidas através dum teste de transição parental).

MÉTODO

Participantes

Seleccionámos casais por amostragem de conveniência e intencional que estavam a vivenciar a experiência de serem pais/mães pela primeira vez, independentemente da idade e que obedeciam aos seguintes critérios, previamente definidos: a) viver em situação de conjugalidade; b) viver em situação de família nuclear; c) ser o primeiro filho (a) em comum do casal; ser filho saudável e que tivesse 6 meses de idade. A amostra foi constituída pelos pais de 98 crianças que foram à consulta dos 6 meses de idade no centro de saúde, acompanhadas pelo pai e/ou mãe, em todos os centros de saúde da Madeira. São 89 mulheres (66,9%) e 44 homens (33,1%), dos quais 35 são casais, totalizando 133 pais, 42,6% do universo de 312 novos pais de crianças nascidas no Hospital Central do Funchal no período compreendido entre Dezembro de 2008 e Fevereiro de 2009.

A maioria é casada (68,2%), com uma média de 4 anos de união (desvio de 3). As habilitações literárias da maioria dos participantes ainda se encontra na escolaridade obrigatória ou inferior (42,1%) e os restantes repartem-se pelo 12º ano ou equivalente (32,3%), o ensino unificado (21,8%) e o ensino superior e (20,3%). A média de idades do pai é de 30 anos (desvio de 5) e da mãe é de 28 (desvio de 6), mínimo de 16 e máximo de 45. No que se refere à distribuição dos pais e mães consoante planearam ou não o nascimento do filho, 65,9% indicam que a gravidez foi planeada, assim com 95% de confiança a percentagem de pais que preparam a chegada de um filho varia entre 57,8% e 74%. São geralmente as mães (57,6%) que acompanham as crianças ao centro de saúde. As sogras 18, 2% são quem habitualmente confere o apoio quando os pais necessitam, seguindo-se da irmã (6,8%).

Material

Foram utilizados 4 instrumentos: um questionário de dados sociodemográficos e três escalas de auto-resposta: a Escala de Avaliação das Emoções, Escala de Percepção do Stress e o Teste Transição Parental.

A Escala de Avaliação das Emoções (*Emotional Assessment Scale*) (EAS), desenvolvida por Carlson, Collins, Stewart, Porzellius, Nitz e Lind (1989) e aferida por Moura-Ramos, Canavarro e Pedrosa (2004), é composta por 24 itens, divididos em sete sub-escalas de emoções: a cólera, a tristeza, a ansiedade, a felicidade, a surpresa, o medo e a culpa. A EAS apresenta boas características psicométricas, com *alphas* de *Cronbach* entre 0,73 e 0,88, demonstrado ser adequada ao estudo da reactividade emocional dos sujeitos perante uma dada situação, neste caso, o nascimento do primeiro filho.

A Escala de Percepção do Stress (*Perceived Stress Scale*) (PSS) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), aferida a Portugal por Mota-Cardoso, Araújo, Gonçalves, e Ramos, (2002), é composta por 10 itens (forma abreviada) tipo *Likert*, e avalia a percepção do stress, ou seja, o grau em que as situações vividas pela pessoa durante o mês anterior ao preenchimento são percepcionadas como indutoras de stress. Possui elevada consistência interna, dada por *alpha* de *Cronbach* de 0,863, pelo coeficiente de *Spearman-Brown* (0,68) e pela correlação *Split-Half* (0,85). O Teste Transição Parental (TTP) traduzido e adaptado por nós de Sean Brotherson (in <http://ag.ndsu.edu/pubs/yf/famsci/fs604w.htm> – *The Transition from Partners to Parents*), é composta por 26 itens tipo *Likert*, de 0 e 4, sendo que 0 corresponde a “Nunca” e 4 corresponde a “Com Muita Frequência”. Após análise factorial, surgiram 3 factores, uma razoável consistência interna: necessidades individuais (*alpha* de 0,83), necessidades do casal (0,67) e necessidades do bebé (0,75). O total da escala é utilizado como indicador da preocupação parental percebida.

Procedimentos

Após autorização formal, dirigimo-nos aos enfermeiros-chefes dos diversos centros de saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM), solicitando colaboração no estudo, que decorreu entre Junho e Agosto de 2009. A recolha da amostra realizou-se de segunda a sexta, relativamente os utentes inquiridos foram incluídos os que frequentavam o centro de saúde da área da sua residência. Tivemos como critério de exclusão da amostra os sujeitos que não possuísem nível intelectual que possibilitasse o preenchimento de questionários ou que apresentassem perturbação ou deficiência.

RESULTADOS

Ao explorar possíveis diferenças entre adaptação paterna e materna ao nascimento do primeiro filho, dada pelas escalas EAS, PSS e TTS, podemos afirmar que só se verificaram diferenças significativas nas sub-escalas de culpa, necessidades individuais e percepção de stress. A mãe sente maior culpa, com média de 17,7 (12,93) face à média do pai de 14,63 (14,97) ($U=1488,5$; $p=0,04$). O mesmo acontece com as necessidades individuais, sendo a média da mãe de 1,78 (0,70) significativamente superior à do pai, que é de 1,52 (0,62) ($t=2,08$; $p=0,03$). Por fim, são também as mães que apresentam índices de stress percebido muito superiores ao pai ($Z=2,22$; $p=0,02$). Considerando as escalas utilizadas, procuramos saber qual o efeito do suporte familiar sobre a variável dependente “adaptação parental”. Conclui-se que não é clara a influência do suporte familiar na transição para a maternidade, uma vez que todos os valores de prova foram superiores a 0,05. No entanto, podemos afirmar entre os pais da amostra que a existência de suporte familiar está associada a uma média superior nas escalas Felicidade, Medo, Tristeza (EAS), e Necessidades da criança (TTS). Entre os pais sem suporte familiar as médias nas escalas Culpa, Cólera e Necessidades Individuais são superiores.

Procurámos, então, um modelo multivariado de regressão linear múltipla que ajudasse a perceber as variações na escala PSS (y): incluímos como variáveis explicativas a Ansiedade (x_1), Felicidade (x_2), Medo (x_3), Culpa (x_4), Cólera (x_5), Surpresa (x_6), Tristeza (x_7), Necessidade criança (x_8), Necessidades individuais (x_9), Necessidades do casal (x_{10}) e as seguintes variáveis dummy Parentesco (0-Mãe, 1-Pai) (x_{11}), Suporte Familiar_Dummy (0-Sem suporte familiar, 1-Com suporte familiar) (x_{12}); 1º ciclo_Dummy (0-Sem 1º ciclo, 1-Com 1º ciclo) (x_{13}), 2º e 3º ciclos_Dummy (0-Sem 2º e 3º ciclo, 1-Com 2º e 3º ciclo) (x_{14}), Secundário_Dummy (0-Sem Secundário, 1-Com Secundário) (x_{15}); Gravidez planeada_Dummy (0-Não, 1-Sim) (x_{16}), O bebé já esteve doente_Dummy (0-Não, 1-Sim) (x_{17}), Internamento bebé_Dummy (0-Não, 1-Sim) (x_{18}) o modelo de regressão inicial pode ser escrito como segue:

$$y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7 + \beta_8 x_8 + \beta_9 x_9 + \\ + \beta_{10} x_{10} + \beta_{11} x_{11} + \beta_{12} x_{12} + \beta_{13} x_{13} + \beta_{14} x_{14} + \beta_{15} x_{15} + \beta_{16} x_{16} + \beta_{17} x_{17} + \beta_{18} x_{18} + \epsilon$$

Do conjunto de variáveis seleccionadas é de reter:

$$PSS = 6,669 + 3,972 \times \text{Alterações_Individuais} + 0,087 \times \text{Cólera} + 0,056 \times \text{Felicidade} + \epsilon$$

Este modelo explica 64,6% (valor do coeficiente de determinação R^2) da variação do stress percebido à custa das variáveis Alterações individuais, Cólera e Felicidade (Quadro 1). Por cada unidade que as necessidades individuais aumentam é de esperar um aumento de 3,972 na escala PSS. De facto, as necessidades individuais (dos pais, principalmente da mãe) são as que maior efeito provocam sobre o stress percebido.

Por outro lado, os resultados da ANOVA indicam que as variáveis independentes (necessidades individuais, cólera e felicidade) influenciam a variação do PSS. Assim, o modelo ajustado é significativo ($F=29,39$; $g.l.=3$; $p=0,0001$). O Quadro 1 salienta a influência dos factores necessidades individuais, cólera e felicidade na percepção do stress sentido pelos pais nesta etapa de transição e adaptação ao novo estilo de vida, que é o nascimento do primeiro filho.

Quadro 1

Modelo estrutural da escala PSS

| | <i>B</i> | <i>Std. Error</i> | <i>Beta</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>Tolerance</i> | <i>VIF</i> |
|--------------------------|----------|-------------------|-------------|----------|----------|------------------|------------|
| (Constant) | 6,66 | 1,84 | | 3,62 | 0,0001 | | |
| Necessidades individuais | 3,97 | 0,55 | 0,52 | 7,18 | 0,0001 | 0,88 | 1,12 |
| Cólera | 0,08 | 0,02 | 0,26 | 3,48 | 0,001 | 0,84 | 1,18 |
| Felicidade | 0,05 | 0,01 | 0,21 | 3,02 | 0,003 | 0,93 | 1,07 |

O Quadro 1, mostra o contributo de cada uma das variáveis do modelo ajustado e a sua importância. Assim sabemos que se as alterações individuais aumentam numa unidade, então a PSS aumentará 3,97, sendo esta a variável que mais influencia a variabilidade do stress percebido (basta comparar os valores do beta estandardizado). Para cada variável incluída no modelo, verificamos o coeficiente é igual a zero, o resultado deste teste *t*-Student também é visível na tabela seguinte e leva à rejeição da hipótese nula, assim todas as variáveis contribuem para explicar o estudo.

Após a obtenção do modelo de regressão linear, devemos verificar alguns pressupostos nomeadamente: análise de resíduos e da multicolinearidade. Os resultados descritivos dos erros, indicam que estes seguem uma distribuição normal ($t=0,04$; $g.l.=131$; $p=0,20$) As correlações dos coeficientes da regressão através da estatística de Durbin Watson (2,12) que é próxima de 2, indica que os resíduos são independentes. Para saber se existe multicolinearidade, recorreremos às estatísticas (*Variance Inflation Factor*) (VIF) e Tolerance. Verificados os pressupostos

podemos utilizar o modelo ajustado para estimar níveis de PSS, apenas a partir das Necessidades Individuais, Cólera e Felicidade.

DISCUSSÃO

O estudo empírico analise o fenómeno da adaptação parental (dada pela escala PSS) 6 meses após o nascimento do primeiro filho, e identifica algumas das variáveis que contribuem para essa adaptação, nomeadamente variáveis sócio-demográficas e outras obtidas através das escalas EAS e TTS. Dada a diversidade de factores que influenciam o fenómeno, não é possível identificar uma única variável que explique as diferentes formas de adaptação, mas apenas conhecer algumas variáveis que funcionam como factores de protecção ou factores de vulnerabilidade à parentalidade.

Os resultados obtidos permitem caracterizar concluir que a mãe sente maior culpa e tem necessidades individuais mais elevadas do que o pai, após o nascimento dum primeiro. Frequentemente, as mães verbalizam medos de não saberem cuidar e de não compreender o bebé, o que pode suscitar comportamentos inadequados e a sentimentos de incompetência, de frustração e de culpa (Cruz, 1990; Rato, 1998).

Através da análise de regressão linear múltipla, foi possível encontrar um modelo estrutural ajustado à percepção de stress (dado pela escala PSS). Este modelo explica 64,6% da variação do stress percebido à custa das variáveis necessidades individuais, cólera e felicidade. De facto, as necessidades individuais (dos pais, principalmente da mãe) são as que maior efeito provocam sobre o stress percebido.

Em suma, a adaptação parental parece depender bastante da satisfação e diminuição das necessidades individuais dos pais, principalmente da mãe, bem como, da diminuição da cólera. Paradoxalmente, ainda que com menor influência, o modelo indica que um excesso de felicidade poderá aumentar a percepção de stress. Os jovens pais, ao deparar-se com níveis elevados de felicidade, poderão entrar em stress, se não correspondem às suas exigência daquele bom sentimento, sentido nervosismo face a um qualquer facto que possa diminuir esta felicidade.

Verificamos que a transição para a parentalidade é marcada por mudanças significativas nas informações autoreferentes e de autodefinição (Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn, & Stangor, 1988), assim como por

mudanças fundamentais nos estilos de vida e nos papéis de vida e sociais. Estes processos implicam perdas e ganhos, associados às representações que cada um faz da gravidez e parentalidade; requerem também respostas (cognitivas, emocionais, comportamentais) que habitualmente não integram o repertório comportamental dos pais, exigindo uma adaptação específica (Boss, 2002; Canavarro & Pedrosa, 2005).

Salienta-se ainda que a transição é complexa e multideterminada Dulude, Wright e Bélanger (2000), referem que esta pode implicar uma sobrecarga sensorial e emocional, e mesmo as mães e os pais psicologicamente bem adaptados poderão experienciar consideráveis perturbações psicológicas após o nascimento de um novo bebé (Campos, 2000; Cowan e Cowan, 1998; Crnic et al., 1983; Figes, 2000; Osofsky, 1985).

Relativamente ao teste de transição parental (TTP) as mães diferem significativamente dos pais no que diz respeito às necessidades individuais, o que pode eventualmente ser explicado pelas modificações físicas e variações hormonais que provocaram transformações aos vários níveis na mulher. Durante o período do pós-parto, em termos fisiológicos, ocorrem mudanças hormonais que tornam as mães mais sensíveis ao bebé (Fleming et al., 1988).

Existindo diferenças de género nas variáveis independentes necessidades individuais e culpa, sendo as mães que apresentam valores mais elevados, são também as mães que apresentam maiores índices de stress percebido, logo, possuem mais dificuldades em fazer a adaptação à transição à parentalidade, ao nascimento do primeiro filho. Não obstante que, cada vez mais, os pais estejam a assumir um papel activo no cuidado e no envolvimento com os filhos, ainda existem muitas limitações no cuidado prestado de forma directa. Neste sentido, a natureza da interacção entre pais e filhos é diferente quando relacionada com a mãe: actividades de lazer são habitualmente ligadas ao pai, enquanto que a alimentação, a higiene corporal e o vestuário das crianças é conferida à mãe (Brito & Oliveira, 2006).

REFERÊNCIAS

- Apfel, R.J., & Handel, M.H. (1999). Couples therapy for postpartum mood disorders. In L.J Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders* (pp. 163-178). Washington, DC: American Pssychiatric press.

- Boss, P. (2002). *Family Stress Management – A Contextual Approach*, Londres: Sage.
- Brito, R.C., & Oliveira, E.M. (2006). Aleitamento materno: Mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre.
- Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo, *Análise Psicológica*, XXVIII(1), 15-35.
- Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C., & Pedrosa, A.A. (2005). Transição para a Parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Carlson, C.R., Collins, F.L., Stewart, J.F., Porzellius, J., Nitz, J.A., & Lind, C.O. (1989). The assessment of emocional reactivity: A scale development and validation study. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 11, 313-325.
- Colman, L.L., & Colman, A.D. (1998). *Gravidez: A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cowan, C., & Cowan, P. (1988). Changes the marriage during the transition to parenthood: Most we blame the baby? In G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: current theory and research* (pp. 114-154). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crnic, K.A., Greenberg, M.T, Ragozin, A.S., Robinson, N.M., & Basham, R.B. (1983). Effects of stress and social support on mother and premature and full-term infants, *Child Development*, 54, 209-217.
- Cruz, M.M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*, 8(4), 367-370.
- Deutsch, F.M., Ruble, D.N., Fleming, A., Brooks-Gunn, J., & Stangor, C. (1988). Information-seeking and maternal self-definition during the transition to mother-hood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 420-431.
- Dickie, J.R. (1987). Interrelationships within the mother-father-infant triad. In P.W. Berman & F.A. Pedersen (Eds.), *Men's transition to parenthood: Longitudinal studies of early family experience* (pp. 113-143). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dulude, D., Wright, J., Bélanger, C. (2000). The effects of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of Reproductive and infant Psychology*, 18(1,5), 19.
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21, 176-191.

- Figes, K. (2000). *A mulher e a maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fleming, A.S., Flett, G.L., Ruble, D.N., & Shaul D.L. (1988). Postpartum Adjustment in First-Time Mothers: Relations Between Mood, Maternal Attitudes, and Mother-Infant Interactions. *Development Psychology*, 24(1), 71-81.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *População e Sociedade*, 12, 83-102.
- Jordan, W.J. (1997). Role Transitions: A literature review. *National Center on Fathers and Families* (One-line). Available Web site: <http://ncoff.gse.upenn.edu/>
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R.C., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Moura-Ramos, M. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, C.M., Pedrosa, A.A., & Canavarro, M.C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança, stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. Marques Pinto et al. (Coords.), *Stress e bem estar* (pp. 59-83). Lisboa: Climepsi Editores.
- Qsofsky, H.J. (1985). Transition to parenthood: Risk factors for parents and infants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4.
- Rato, P.I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, XVI(3), 405-413.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2000). Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 171-186.
- Williams, R.P. (1999). Problemas psicossociais. In I.M. Bobak, D.L. Lowdermilk, & M.D. Jensen (Eds.), *Enfermagem na maternidade* (4ª ed). Loures: Lusociência.
- Wilkinson, R.B. (1995). Changes in psychological health and the marital relationship through childbearing: Transition or process as stressor? *Australian Journal of Psychology*, 47, 86-92.

GESTÃO DE CONFLITOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Liliana Jesus¹ / Maria de Lourdes Vasconcelos² / Rui Duarte Santos³

¹Centro Hospitalar de Coimbra; ²Instituto Superior Bissaya Barreto;

³Universidade de Turim

As organizações de saúde são lugares sociais heterogêneos, nos quais interagem grupos e papéis díspares, possuem uma dinâmica interna que diariamente fomenta identidades, hierarquias, conflitos e alianças (Farias & Vaitsman, 2002).

A multidisciplinaridade de profissões e a sua dinâmica de funcionamento específica são uma das especificidades destas organizações. Se por um lado, não podemos descurar que as suas funções organizacionais se direccionam para a sua função capital que é o atendimento às necessidades dos seus utentes, também não é menos verdade que nela se movem diariamente trabalhadores com necessidades. Por conseguinte, numa organização hospitalar, temos duas dimensões primordiais do trabalho: o utente e o trabalhador da instituição.

A enfermagem é por eminência uma profissão de trabalho de equipa multi e interdisciplinar, inserindo-se por isso num contexto multiprofissional. Esta particularidade desencadeia com relativa facilidade situações geradoras de conflito. Tendo em conta que qualquer aspecto que possa colocar em causa a qualidade, a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados aos utentes, enquanto grupo/equipa de trabalho, este estudo tem por finalidade entender que tipos de situações são susceptíveis de provocar conflitos e quais as formas que este grupo profissional encontra para debelar essa realidade do seu quotidiano organizacional.

MÉTODO

Participantes

A amostra é composta por 84 enfermeiros dos serviços de urgência (28,6% / urgência pediátrica e 71,4% / urgência de adultos), com idades compreendidas entre os 23 e 57 anos (72,6 % do sexo feminino e 27,4% do sexo masculino). No que se refere ao estado civil, 46,4% são solteiros, 39,3% casados, 8,3 divorciados e 6% encontram-se noutra situação civil.

O tipo de horário praticado é essencialmente em regime de trabalho por turnos (92,9%), com uma distribuição relativamente próxima entre enfermeiros em regime de contrato (48,8%) e no quadro (51,2%).

Material

Foi elaborado um Questionário com perguntas abertas e fechadas com opções de resposta de modo a fazer a caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros. Foi utilizada a Escala de Avaliação do Conflito Intragrupal (EACI), tipo *Lickert* de 7 pontos, composta por 9 itens (5 itens: Conflito Tarefa e 4 itens: Conflito Afectivo), tipo *Lickert* (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005). Utilizámos a Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos, baseada na Escala ROCI-II, Estilos de Gestão de Conflitos, adaptada por Dimas, Lourenço e Miguez (2005) e na Escala de Estratégias para a Resolução de Conflitos (Jesuino, 2003), tipo *Lickert* de 7 pontos, composta por trinta e quatro itens (Colaboração/Integração: 7 itens, Competição/Domínio: 7 itens, Evitamento: 7 itens, Acomodação: 7 itens, Compromisso: 6 itens).

RESULTADOS

Para avaliar o tipo de conflito considerámos as duas dimensões preconizadas pela Escala de Avaliação do Conflito Intragrupal – EACI: o Conflito de Tarefa e o Conflito Sócio-afectivo. Porém, com o intuito de tornar mais perceptível onde o conflito é mais intenso resolvemos adoptar o conceito de *score* do Conflito Global que compreende o somatório de ambos os tipos de conflito.

Os resultados desta escala revelam um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .89, o que traduz uma boa consistência interna (Quadro 1).

A partir destas duas dimensões, obtivemos uma média (*M*) do *score* de Conflito Global de 31,05 e um desvio padrão (*DP*) de 7,03, uma *M*=17,63 e um *DP*=3,99 para o Conflito de Tarefa e uma *M*=13,42 e *DP*=3,58 para o Conflito Sócio-afectivo.

No que se refere ao tipo de equipa, verificamos que entre a “equipa de urgência de adultos” e a “equipa de urgência pediátrica” existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao Conflito de Tarefa. Assim, na “equipa de urgência de adultos” (*M*=18,32) o Conflito de Tarefa é mais intenso do que na “equipa de urgência pediátrica” (*M*=15,92) com uma

significância de $t=2,57$; $p<0,01$ (Quadro 2). Assim, e atendendo ao *score* de Conflito Global ($t=2,30$; $p<0,02$), verificamos que os profissionais de enfermagem da “equipa de urgência de adultos” apresentam níveis mais elevados de conflito ($M=32,13$; $DP=7,06$) do que os do enfermeiros que integram a “equipa de urgência pediátrica” ($M=28,33$; $DP=6,30$).

Quadro 1

Alfa de Cronbach das duas dimensões da escala

| Dimensões | Alfa de Cronbach |
|---|------------------|
| Dimensão 1: Conflito de Tarefa | 0,83 |
| Dimensão 2: Conflito Sócio-afectivo | 0,82 |
| Escala de Avaliação do Conflito Intragrupal | 0,89 |

Quadro 2

Dimensões e score do conflito global segundo o tipo de equipa

| Tipo de equipa | | N | M | DP | t | p |
|---|-------------------------------|----|-------|------|------|------|
| <i>score</i> do Conflito de Tarefa | Equipa de urgência de adultos | 60 | 18,32 | 3,97 | 2,57 | 0,01 |
| | Equipa de urgência pediátrica | 24 | 15,92 | 3,57 | | |
| <i>score</i> do Conflito Sócio-afectivo | Equipa de urgência de adultos | 60 | 13,82 | 3,62 | | NS |
| | Equipa de urgência pediátrica | 24 | 12,42 | 3,35 | | |
| <i>score</i> do Conflito Global | Equipa de urgência de adultos | 60 | 32,13 | 7,06 | 2,30 | 0,02 |
| | Equipa de urgência pediátrica | 24 | 28,33 | 6,30 | | |

Os resultados mostram que efectivamente existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao tipo de vínculo à instituição. Os enfermeiros com vínculo efectivo/quadro da instituição ($M=14,56$) têm valores superiores de Conflito Sócio-afectivo relativamente àqueles que possuem um vínculo mais precário, em regime de contrato ($M=12,22$), apresentando uma significância $p<0,001$ e $t=-3,15$. Verificamos ainda, do resultado do *score* de Conflito Global ($t=-2,43$; $p<0,02$), que o conflito é menos intenso entre os “enfermeiros contratados” ($M=29,20$; $DP=5,87$) do que entre os que pertencem ao quadro da instituição ($M=32,81$; $DP=7,64$). Para proceder à análise das variáveis quantitativas contínuas (idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no serviço de urgência) face às variáveis dependentes formámos dois grupos para cada variável. Neste sentido, e relativamente à idade, optámos por a agrupar em dois grupos: Grupo 1 (23-28 anos) e Grupo2 (>28 anos). Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas para o Conflito Sócio-afectivo ($t=-2,08$; $p<0,04$). Assim este tipo de conflito prevalece no grupo etário mais velho com “idades superiores aos 28 anos” ($M=14,21$; $DP=3,65$).

Tendo em conta a análise entre o tipo de conflito existente e o tempo de exercício profissional criámos, também, dois grupos: Grupo 1 (1-4 anos) e Grupo 2 (>4 anos). Os resultados obtidos (teste *t* de Student) demonstraram diferenças estatisticamente significativas. Assim, constatámos que o *score* Conflito Global ($t=-2,96$; $p<0,001$) tal como os dois tipos de conflito preconizados, o Conflito de Tarefa ($t=-2,28$; $p<0,03$) e o Conflito Sócio-afectivo ($t=-3,24$; $p<0,001$), apresentam médias mais elevadas nos enfermeiros que exercem funções há “mais de quatro anos” ($M=18,53$; $DP=4,20$, $M=14,53$; $DP=3,84$ e $M=33,07$; $DP=7,41$, respectivamente).

Relativamente ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência construímos os grupos seguintes: Grupo 1 (1-5 anos) e Grupo 2 (>5 anos). Ao compararmos o tipo de conflito e esta variável, constatámos que os enfermeiros que exercem a sua actividade no serviço de urgência há “mais de 5 anos” ($M=33,65$; $DP=7,56$) têm uma média de *score* Conflito Global superior aos que exercem a sua actividade naquele serviço há “menos de 5 anos” ($M=28,68$; $DP=5,62$) com uma significância de $t=-3,44$; $p<0,001$. O mesmo sucede no Conflito de Tarefa ($t=-2,84$; $p<0,01$) e no Conflito Sócio-afectivo ($t=-3,54$; $p<0,001$), sendo ambos mais incidentes nos enfermeiros que trabalham há “mais de 5 anos” no serviço de urgência ($M=18,88$, $DP=4,30$ e $M=14,78$, $DP=3,94$, respectivamente).

Os resultados relativos ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência e ao tempo de exercício profissional reflectem a mesma tendência, ou seja, aqueles que têm mais tempo de exercício profissional tem índices mais elevados de *score* do Conflito Global, do Conflito Sócio-afectivo e do de Tarefa.

A escala de avaliação das estratégias usadas perante as situações conflituais (Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos) compreende, como já referido, cinco dimensões: Acomodação; Compromisso; Evitamento; Competição/Domínio; Colaboração/Integração. Da mesma forma como fizemos anteriormente, considerámos o conceito de *score* de Estratégias Globais que compreende o somatório de todas as estratégias.

Os resultados desta escala revelam um coeficiente de alfa de Cronbach de .83, o que representa uma boa consistência interna (Quadro 3).

A partir destas dimensões, foram obtidos resultados que indicam que: a média (*M*) do *score* de Estratégias Globais é de 127,06 e o desvio padrão (*DP*) é de 16,81. Assim, temos para a dimensão Acomodação $M=23,41$ e $DP=4,94$, Compromisso $M=25,44$ e $DP=4,67$, Evitamento $M=23,55$ e $DP=6,66$, Competição/Domínio $M=18,85$ e $DP=5,07$ e Colaboração/Integração $M=35,81$ e $DP=6,96$.

Quadro 3

Alfa de Cronbach das cinco dimensões da escala

| Dimensões | Alfa de Cronbach |
|--|------------------|
| Dimensão 1: Estratégia de Acomodação | 0,57 |
| Dimensão 2: Estratégia de Compromisso | 0,70 |
| Dimensão 3: Estratégia de Evitamento | 0,79 |
| Dimensão 4: Estratégia de Competição/Domínio | 0,69 |
| Dimensão 5: Estratégia de Colaboração/Integração | 0,93 |
| Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos | 0,83 |

Face a estes resultados verificamos que quando se defrontam com uma situação de conflito intragrupal, os enfermeiros que constituem a nossa amostra têm como estratégia preferida a Colaboração/Integração, sendo a Competição/Domínio a menos adoptada. Observamos ainda que a estratégia Acomodação e Evitamento são usadas numa proporção muito semelhante por estes profissionais de saúde. Convém também ressaltar que a estratégia Compromisso se assume como a segunda mais utilizada. Entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais consideradas no estudo, apenas as variáveis género e vínculo à instituição apresentaram resultados significativos na análise da escala de Estratégias de Gestão dos Conflitos.

No que refere à variável género, os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas relativamente à segunda dimensão ($t=2,71$; $p<0,01$). Observamos que os “enfermeiros” numa situação de conflito utilizam mais a estratégia Compromisso ($M=27,61$; $DP=3,93$) do que as “enfermeiras” ($M=24,62$; $DP=4,69$), assim como a estratégia (quarta dimensão) Competição/Domínio ($M=21,65$; $DP=5,22$). De um modo geral, e tendo em conta o *score* de Estratégias Globais ($t=2$; $p<0,05$), verificamos que os “enfermeiros” fazem mais uso das estratégias de gestão de conflitos ($M=132,91$; $DP=13$) do que as “enfermeiras” ($M=124,85$; $DP=17,63$).

CONCLUSÃO

Ao correlacionarmos a escala de avaliação do conflito intragrupal e a escala de estratégias de gestão de conflitos nas duas equipas de trabalho separadamente verificámos que os resultados apurados na “equipa de

urgência de adultos” não diferem significativamente dos evidenciados pela amostra, as relações mais fortes permanecem, apenas as menos significativas sofrem alterações. Na “equipa de urgência pediátrica” não existe qualquer relação entre os tipos de conflito e as estratégias adoptadas pelos enfermeiros. Nesta equipa de trabalho a estratégia de Competição/Domínio aparece completamente isolada, ou seja, parece até nem ser considerada enquanto estratégia de gestão de conflitos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, F. (1995). *Psicologia para Gestores: Comportamentos de Sucesso nas Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Bilhim, J. (2001). *Teoria Organizacional: Estrutura e Pessoas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carapeto, C., & Fonseca, F. (2005). *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Chaves, C. (2004). Competências/Sinergias das Equipas de Saúde. In *Millenium-Revista ISPV*, (30/Outubro, pp. 252-254).
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. In *Millenium-Revista ISPV* (30/Outubro, pp. 234-251).
- Cunha, M., et al. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (5ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Devillard, O. (2001). *A Dinâmica das Equipas*. Lisboa: Bertrand.
- Dimas, I., Lourenço, P., & Miguez, J. (2005). Conflitos e desenvolvimento nos grupos e equipas de trabalho. [Em linha]. Disponível em <http://www.fpce.uc.pt/nucleos/nefog/conf/publicacoes/files/conflietget>. [Consultado em 1/09/06].
- Farias, L., & Vaitsman, J. (2002). Interação e Conflito entre Categorias Profissionais e Organizações de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1-19.
- Francisco, M., et al. (1997). Estilos de administração do Conflito entre Enfermeiros (as): Validação do instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50, 577-590.
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais* (1ª ed.). Lisboa: Monitor.
- Marques, A., et al. (2004). Gestão de Conflitos em Instituições de Saúde. *Hospitalidade*, 68, 7-12.
- Morais, A. (2002). Gestão de Conflitos. *Nursing*, 24-29.

- Nursing. (2000). Gestão de Conflitos: Modos de Resolução Construtiva. *Nursing*, 12, 28-31.
- Rahim, M. (2001). *Managing Conflict in Organizations* (3^a ed.). Westport, Quorum Books.
- Rodrigues, L., et al. (2002). *Conhecer os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Thomas, K. (1992). Conflict and Negotiation Processes in Organizations. In M. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (vol. 3, pp. 651-717). Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc.
- Valentine, P. (2001). A Gender Perspective on Conflict Management Strategies of Nurses. *Journal of Nursing Scholarchip*, 33, 69-74.

RESILIÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE PAÍSES (PORTUGAL E BRASIL) E GÉNEROS

Livia Andreucci¹ / Anabela Pereira¹ / Lurdes Cró² / Amarilis Rocha³ /
& Kenneth Merrell⁴

¹Universidade de Aveiro; ²Instituto Politécnico de Coimbra; ³Instituto Politécnico de Viseu; ⁴University of Oregon

Com tantas mudanças a nível tecnológico, dos meios de comunicação em tempo real, da estruturação e convivência entre as famílias, estudos revelam que desde a mais tenra idade as crianças têm de saber lidar com as adversidades, uma vez que as mudanças fazem parte do dia-a-dia, e exigem constantes esforços de adaptação.

A essa capacidade universal de se lidar com as situações difíceis, onde a criança estabelece relações com o meio em que vive, e é adquirida ao longo do ciclo de vida denomina-se resiliência (Pereira, 2001).

Na área da saúde, a resiliência é definida como a capacidade do ser humano de responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, mesmo que comportem risco potencial para a sua saúde e para o seu desenvolvimento, podendo contribuir para uma maior compreensão acerca dos processos de saúde que se desenrolam durante o aparente período de desorganização em que o indivíduo, ou neste contexto, a criança enfrentam durante as adversidades com as quais se deparam ao longo da vida.

A nível de educação, já se começam a evidenciar programas promotores da resiliência em diversas fases da vida, da infância à idade adulta. Em Portugal, os estudos são escassos, sendo reduzidas ou quase inexistentes as publicações sobre esta temática.

Existem vários programas estrangeiros que têm por objectivo activar e aumentar o grau de resiliência em crianças em idade pré-escolar, de entre os quais se destacam o *Devereux Early Childhood Assessment Program* (DECA), da Carolina do Norte, desenvolvido por LeBuffe e Naglieri (1999) e o *Strong Start*, da Universidade do Oregon (Merrell et al., 2008). Este último merecerá da nossa parte maior desenvolvimento.

O programa *Strong Start*, dos 3 aos 5 anos de idade, faz parte de um projecto abrangente, que também conta com o Programa *Strong Kids* (para crianças dos 5 aos 14 anos de idade) e *Strong Teens* (dos 14 aos 18 anos de idade). Os objectivos destes programas são uma intervenção precoce e também de carácter preventivo.

O presente trabalho tem como objectivo fazer um estudo comparativo entre Portugal e Brasil, em crianças pré escolares, em relação à promoção de competências e aptidões para a resolução de problemas, ao nível da resiliência, onde foi utilizado o *Programa Strong Start Pre K*. Destacaremos alguns resultados preliminares do estudo comparativo com crianças portuguesas e brasileiras em idade pré-escolar.

MÉTODO

O presente trabalho é um estudo piloto comparativo em Portugal e no Brasil, do tipo *quasi-experimental, longitudinal*, com um grupo experimental (submetido ao Programa *Strong Start Pre K* para a avaliação da resiliência) e um grupo controlo (não submetido ao Programa), com medidas pré e pós testes em ambos os grupos e em ambos os países. Esses grupos foram avaliados antes (pré-teste) e depois (pós-teste) da manipulação da variável independente.

Participantes

A amostra deste estudo comparativo consistiu em 76 crianças portuguesas, dos 3 aos 5 anos de idade, o grupo etário mais representativo é o dos 5 anos, com 46,1%, e o menos representativo o grupo dos 3 anos, com 21,1%. A maioria dos rapazes e raparigas apresentam idades correspondentes aos 5 anos de idade, com 42,5% e 50%, respectivamente; a média de idade é de 4,25 anos ($DP=0,78$). Para o sexo masculino, a média de idades é 4,23 anos ($DP=0,76$) e para o sexo feminino a média de idades é de 4,28 anos ($DP=0,81$). A amostra brasileira é composta de 151 crianças. Do total da amostra, o grupo etário mais representativo é o dos 5 anos de idade, com 45,7 %, e o menos representativo o grupo dos 3 anos, com 19,2%. A maioria dos rapazes e raparigas apresentam idades correspondentes aos 5 anos de idade, com 58,6% e 34,6 %, respectivamente; a média de idade é de 4,26 anos ($DP=0,76$). Para o sexo masculino, a média de idades é 4,44 anos ($DP=0,73$) e para o sexo feminino a média de idades é de 4,11 anos ($DP=0,75$).

Material

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Programa *Strong Start Pre K* e WeBeST. A finalidade do Programa *Strong Start Pre K* é ensinar aptidões

sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nas crianças. O objectivo desse programa é uma intervenção precoce e de carácter preventivo. O programa têm uma estrutura curricular que inclui 10 sessões, de aproximadamente 25 a 40 minutos cada, e pode ser conduzido por uma educadora de infância ou profissional de saúde mental.

As dez sessões contidas no manual apresentam os seguintes temas e conteúdos: “O grupo dos exercícios dos sentimentos/emoções”; “Perceber os teus sentimentos/emoções 1”; “Perceber os teus sentimentos/emoções 2”, “Quando estás zangado ou com raiva; Quando estás feliz”; “Quando estás preocupado (nervoso)”, “Perceber os sentimentos/emoções das outras pessoas; “Ser um bom amigo”, “Resolver os problemas das pessoas” e “Conclusão”.

Para medir a capacidade de resiliência na criança em idade pré-escolar, aplicámos o teste WeBeST – *Well-Being Screening Tool*. Este teste foi igualmente desenvolvido na Universidade de Oregon, nos Estados Unidos da América, pelo Departamento de Educação Especial e Ciências Clínicas e posteriormente, traduzido, depois de solicitada autorização aos autores, adaptado por Andreucci (2008) para as crianças brasileiras e por Andreucci e Pereira (2008) para as crianças portuguesas.

O WeBeST mede sintomas de afectos negativos, problemas emocionais e sociais, resiliência em crianças de jardim-de-infância e 1º e 2º ano do 1º ciclo de Ensino Básico. Neste estudo foi aplicado somente às crianças em idade pré-escolar, individualmente e directamente pelas investigadoras, antes e após a implementação do programa *Strong Start Pre-K*, às crianças do grupo experimental e de controlo. É constituído por 22 questões fechadas com 3 opções cada (Não; Mais ou menos e Sim), pontuadas segundo o método de Likert. Recebem pontuação de 0 a 2, obtendo-se um *score* máximo de 44 e um *score* mínimo de 0. Sendo que este é um teste de aferição negativa, quanto maior o *score* obtido do somatório das respostas, menor a capacidade de resiliência da criança e vice-versa.

Procedimentos

Após solicitação e autorização junto aos órgãos responsáveis, procedemos ao envio de pedido de autorização aos pais e ou encarregados de educação para que os alunos pudessem participar neste estudo.

O programa foi implementado em ambos os países durante o segundo semestre de 2008. Em cada sessão foi enviado um boletim com a

informação referente aos conteúdos que aprenderam e actividades que desempenharam naquele dia, para que o programa fosse reforçado e estimulado em casa, e assim, obter o apoio e colaboração dos pais.

A recolha de dados referentes à avaliação do programa foi realizada através do instrumento anteriormente descrito através de pré-teste (antes do emprego do programa *Strong Start Pré K*) e pós teste (após a aplicação do Programa) a todas as crianças da amostra, em ambos os países, individualmente.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 16.0, para MS Windows.

RESULTADOS

A amostra portuguesa deste estudo sobre a resiliência contou com 76 crianças, dos 3 aos 5 anos de idade, sendo 40 rapazes e 36 raparigas, sendo a faixa etária dos 5 anos de idade a mais representativa em ambos os sexos. Da amostra brasileira participaram 151 crianças, dos 3 aos 5 anos de idade, sendo 70 rapazes e 81 raparigas, com uma representação de 58,6% para os rapazes de 5 anos e de 34,6% para as raparigas de 5 anos de idade, a faixa de idade mais representativa.

Quadro 1

*Distribuição da amostra portuguesa e da brasileira
segundo a idade o e sexo*

| Idade | Portugal | | | | | | Brasil | | | | | |
|-------|-----------|------|----------|-----|-------|------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Feminino | | Total | | Masculino | | Feminino | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 3 | 8 | 20 | 8 | 22 | 16 | 21,1 | 10 | 14,3 | 19 | 23,5 | 29 | 19,2 |
| 4 | 15 | 37,5 | 10 | 28 | 25 | 32,8 | 19 | 27,1 | 34 | 42 | 53 | 35,1 |
| 5 | 17 | 42,5 | 18 | 50 | 35 | 46,1 | 41 | 58,6 | 28 | 34,6 | 69 | 45,7 |
| Total | 40 | 100 | 36 | 100 | 76 | 100 | 70 | 100 | 81 | 100 | 151 | 100 |

No grupo experimental português há 17 rapazes (44,7%) e 21 raparigas (55,3%). No grupo controlo, a distribuição da amostra é de 50% para cada um dos sexos, com 19 elementos cada sexo. No grupo experimental brasileiro há 42 raparigas (54,55%) e 35 rapazes (45,45%). No grupo controlo a distribuição da amostra é de 39 raparigas (52,7%) e 35 rapazes (47,3%).

Quadro 2

Distribuição do grupo segundo o sexo

| Grupo | Portugal | | | | | | Brasil | | | | | |
|-----------|--------------|------|----------|-----|-------|------|--------------|-------|----------|------|-------|------|
| | Experimental | | Controlo | | Total | | Experimental | | Controlo | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Masculino | 17 | 44,7 | 19 | 50 | 36 | 47,4 | 35 | 45,45 | 35 | 47,3 | 70 | 46,4 |
| Feminino | 21 | 55,3 | 19 | 50 | 40 | 52,6 | 42 | 54,55 | 39 | 52,7 | 81 | 53,6 |
| Total | 38 | 100 | 38 | 100 | 76 | 100 | 77 | 100 | 74 | 100 | 151 | 100 |

Serão apresentados os resultados da resiliência nos grupos experimental e controlo português e brasileiro.

No grupo experimental português (submetido ao programa de resiliência), relativamente ao pré-teste, o *score* mínimo observado foi de 7 e o máximo de 27, sendo a média de 14,42 ($DP=4,76$). No pós-teste, o *score* mínimo observado foi de 4 e o máximo de 33, com uma média de 12,16 ($DP=5,21$).

No pré-teste do grupo de controlo português, o *score* mínimo observado foi 2 e o *score* máximo 24, sendo a média 13,84 ($DP=5,55$). Relativamente ao pós-teste, o grupo de controlo apresenta um *score* mínimo de 5 e *score* máximo de 24, com uma média de 11,82 ($DP=4,74$).

No grupo experimental brasileiro, (submetido ao programa de resiliência), relativamente ao pré-teste, o *score* mínimo observado foi de 1 e o máximo de 24, sendo a média de 10,12 ($DP=4,89$). No pós-teste, o *score* mínimo observado foi de 0 e o máximo de 16, com uma média de 5,79 ($DP=3,44$). No pré-teste do grupo de controlo, o *score* mínimo observado foi 1 e o *score* máximo 25, sendo a média 10,97 ($DP=5,58$). Relativamente ao pós-teste, o grupo de controlo apresenta um *score* mínimo de 4 e *score* máximo de 36, com uma média de 13,92 ($DP=6,33$).

Como resultados totais das amostras, o *score* mínimo do pré teste português foi 2 e o máximo 27, sendo a média 14,13 ($DP=5,15$); quanto ao pós teste, o *score* mínimo foi 4 e o máximo 33, com uma média de 11,99 ($DP=4,95$).

Quanto aos resultados totais obtidos pelo grupo brasileiro, *score* mínimo do pré teste foi 1 e o máximo 25, sendo a média 10,54 ($DP=5,24$); quanto ao pós teste, o *score* mínimo foi 0 e o máximo 36, com uma média de 9,77 ($DP=6,49$).

Tanto no grupo controlo português, quanto no brasileiro, verificámos não haver diferenças significativas quer entre as pontuações dos grupos controlo, quer quanto ao géneros. Nos grupos experimentais, as pontuações do pós-teste são superiores à do pré-teste em ambos os grupos.

Sendo que o valor da probabilidade é estatisticamente significativa, indica que o programa de intervenção realizado teve efeito positivo tanto nas crianças portuguesas ($p=0,04$) quanto nas brasileiras ($p=0,001$) em idade pré-escolar. Não houve diferença significativa quanto ao programa em relação aos géneros.

Estes resultados indicam que quando comparados o grupo experimental e o grupo controlo de Portugal e do Brasil, a evolução da resiliência foi bem sucedida ao nível do grupo que se submeteu ao Programa *Strong Start Pre K* nos dois países, sem diferenciação dos géneros, sendo tais valores indicadores de que estas crianças melhoraram a sua capacidade de resiliência, especificamente ao nível do controlo das suas emoções, no lidar com os problemas e com as emoções próprias e dos outros, e também a nível da capacidade empática.

Tais resultados são muito semelhantes aos estudos exploratórios realizados pela equipa de investigadores que compõe o projecto do *Strong Start Pre K* de Kenneth Merrell (2008) da ORP, sediada na Universidade do Oregon, nos Estados Unidos.

A realização desta investigação comparativa envolveu vários técnicos de diferentes formações desde educadores de infância, monitores, professores, psicólogos, técnicos de assistência social, enfermeiros, médicos e psicólogos, tendo sido bastante exigente e desgastante em termos pessoais e profissionais. Contudo, foi altamente gratificante observarmos os resultados positivos e o progresso verificado nas crianças e no modo como elas desenvolveram as suas competências, embora saibamos serem resultados de um estudo exploratório, cujos resultados deverão ser interpretados com reservas e alguma precaução, onde não puderam ser controladas as variáveis “parasitas” e existirem limitações inerentes a este tipo de estudo.

Os resultados globais desta intervenção directa com as crianças portuguesas e brasileiras permitiram-nos salientar a importância dos objectivos e adequabilidade das metodologias utilizadas, bem como sugerir a continuação da aplicação desse programa de intervenção em contextos escolares, em crianças em idade pré-escolar e escolar, visando a promoção da saúde e do bem-estar de crianças, da melhoria da qualidade de vida, bem como a implementação no curriculum da formação básica e contínua dos profissionais que trabalham na área da educação e saúde, de noções sobre a resiliência e o estudo das emoções e sentimentos para uma melhor compreensão do mundo ao nosso redor e como lidar com as adversidades nas actividades quotidianas.

REFERÊNCIAS

- Andreucci, L., & Pereira, A. (2008). *Strong Start: Versão Portuguesa do Programa de Promoção da resiliência Strong Start*. Documento a aguardar publicação. Aveiro
- Andreucci, L. (2008). *Strong Start: Versão Brasileira do Programa de Promoção da resiliência Strong Start*. Documento a aguardar publicação. Botucatu. Brasil.
- Merrell, K., Whitcomb, S., & Parisi, D. (2009). *Strong Start Pre K: A social and emotional learning curriculum. Pre K*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Merrell, K.M., Parisi, D.M., & Whitcomb, S.G. (2007). *Strong Start-Grade K 2: A social and emotional learning curriculum*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Pereira, A. (2001). Resiliência, Personalidade, Stress e Estratégias de *Coping*. In José Tavares (Org.), *Resiliência e Educação* (pp. 77-84). São Paulo: Cortez Editora.
- Strong Kids Website, ORP, University of Oregon, consultado em 10 de Novembro de 2009 <http://strongkids.uoregon.edu/>
- The Devereux Early Childhood Initiative, consultado em 10 de Novembro de 2009. http://www.devereux.org/site/PageServer?pagename=deci_preschool

BULLYING E INTERVENÇÃO NO BRASIL:
UM PROBLEMA AINDA SEM SOLUÇÃO

Luciene R. Paulino Tognetta (lrpaulino@uol.com.br) / Telma Pileggi Vinha

Faculdade de Educação Unicamp – Brasil

Tão importante quanto a indisciplina na escola, as situações de violência que atingem os pares urge por uma melhor compreensão de suas características para que se possa apontar possibilidades de soluções que ajudem meninos e meninas, crianças e adolescentes a superarem um problema em suas relações interpessoais, mas cuja essência está intrinsecamente nas relações intrapessoais. Falamos do *bullying*, uma faceta da violência que machuca, mas que para muitos educadores se encontra longe de ser entendida e mesmo legitimada como uma forma de violenta. Diferentes pesquisas têm nos atestado tais fatos: quando se fala da violência na escola, o locus central do problema parece serem os sinais de desobediência às ordens de quem impõe as regras na escola (Nogueira, 2004; Tognetta, 2008; Tognetta & Vinha, 2008a). À revelia, crianças e adolescentes são intimidados, menosprezados, diminuídos, ameaçados por seus pares sem que as autoridades na escola sequer queiram perceber que há um problema ainda que não lhes afete diretamente.

Nosso cotidiano em escolas nos permite afirmar que há ainda muitos professores que desconhecem tal fenômeno da intimidação entre pares. Sim, sabem da violência, mas apenas a reconhecem quando são tomados como o próprio alvo. Uma pesquisa do Ministério da Educação do Governo Brasileiro em 2009 revela que 90% dos professores entrevistados se identificam como vítimas da violência de seus alunos. São meninos e meninas que desobedecem, desrespeitam e ameaçam a autoridade na escola. No entanto, ao fazermos um diagnóstico da realidade escolar, qual é a surpresa de inúmeros professores quando podem constatar que seus alunos apontam outros culpados e vítimas para a violência na escola. Pela urgência de se estudar outras formas de maus tratos como o bullying cujas características são peculiares e pela atual necessidade de se considerar o outro lado das pesquisas sobre violência na escola e suas direções, é que apresentaremos as investigações que temos conduzido no Brasil.

Contextualizando o fenômeno do ponto de vista psicológico

É urgente nos dispormos à tarefa de mapear o problema da violência na escola, em especial o bullying, para que possamos num primeiro passo, nos sensibilizar com uma desmedida falta de ética a que estão acometidos nossos alunos. No Brasil, diferentes autores, a partir dos primeiros

diagnósticos traçados por Dan Oweus (1998) e tendo como resultados bastante parecidos com aqueles encontrados por Avilés et al. (2005), Del Barrio et al. (2003) entre outros, têm se dedicado ao estudo desta forma peculiar de violência.

Começamos por situar o problema chamado bullying. Do inglês *bull* vem o sentido de intimidação para a língua portuguesa. Do touro, a força que assola, que menospreza, que diminui o outro. Bullying, como já bastante definido em meios acadêmicos diz respeito às formas de intimidação, de humilhação e menosprezo e conta, ao menos, com cinco características marcantes. Tomemos como exemplo, a fim de ilustrar as características do fenômeno, do ponto de vista psicológico do qual tratamos, um belo clássico do cinema que reproduz situações de bullying em que estão submetidos dois personagens principais, autores e alvos: Ponte para Terabitea (2007) apresenta a história de dois heróis que superam a condição de vitimização que experimentavam na escola. Jesse, numa família de outras três irmãs, é o penúltimo filho. Sofria a indiferença do pai que deixava evidente a sua preferência pelas meninas, principalmente a menor. Sofrendo de um menosprezo explícito de seus sentimentos, Jesse vai à escola e lá, como lugar propício à experiência entre iguais, encontra seus algozes que o ridicularizam por usar os tênis de sua irmã mais velha, por ter gostos diferentes dos demais (era um exímio desenhista, retirado em suas fantasias), por morar em uma região afastada dos centros urbanos... Essas e tantas outras formas de ridicularização podem nos evidenciar a primeira das características do fenômeno estudado: trata-se de uma forma de violência entre pares, ou seja, em que não há desnível de poder ou de autoridade entre aqueles que participam. Portanto, não chamaríamos de bullying uma forma de constrangimento exercida pelo professor sobre o aluno, como os que acontecem, por exemplo, na sala de Jesse e nem o autoritarismo do pai.

A segunda característica que explica o fenômeno é a repetição. Não são brincadeiras ao acaso: Jesse é vitimizado sempre: no ônibus, em sala de aula, na brincadeira do recreio. São sempre atos direcionados a um alvo, a uma vítima, por repetidas vezes já que existe uma terceira característica a ser considerada: há a intenção de ferir. Autores de bullying, intencionalmente escolhem seus alvos, que são exatamente aqueles que por razões psicológicas parecem concordar com a imagem que seus algozes querem fazer dele: as vítimas sentem-se diferentes, pela roupa que vestem, pelas maneiras como se relacionam, pelas diferenças físicas ou psicológicas, pelos trejeitos e por principalmente, sentirem-se pouco seguros com

relação ao respeito que nutrem por si mesmos, como é o caso de Jesse. Isso explica por que nem todos aqueles que são escolhidos como alvos de bullying permanecem nessa condição. Somente aqueles cujas imagens de si empobrecidas revigoram as características postas em evidência pelos autores de bullying são tomados como vítima. Ressaltemos aqui a presença da segunda personagem deste filme: Leslie é também, no começo de seus relacionamentos, alvo de constantes sarcasmos pelo seu tipo físico, por sua conduta em participar de brincadeiras “ditas” de meninos, por sua facilidade em criar fantasias. Leslie é uma menina, também sonhadora, mas que ao contrário de Jesse, resiste a se tornar vítima. Sustenta sua diferença, não demonstrando medo de seus agressores.

Resta-nos a quinta característica: não há bullying sem que haja um público a corresponder com as apelações de quem ironiza, age com sarcasmo e parece liderar aqueles que são expectadores. É verdade que enquanto autoridades, muitas vezes, não ficamos sabendo dos problemas que passam nossos alunos entre si. Talvez isso também explique por que tem sido tão difícil para os professores, considerarem que há um sofrimento em jogo. Contudo, o fato de não contarem para suas autoridades, propositalmente, fortalece outro fato interessante: autores de bullying precisam fazer com que seu público que os venere sabendo de suas proezas. Dão um jeito: ou mandam recado, ou contam sobre suas ações... E o público, por sua vez, quase que em sua totalidade, amedrontado com a possibilidade de se tornar “a próxima vítima” parece concordar com as formas pelas quais os autores agem, mesmo que seja pela indiferença ou pura aceitação. É o que podemos assistir nas cenas de escola do filme *Ponte para Terabítea*. Postas tais características, passemos então à pergunta recorrente entre os mais diferentes educadores: o que fazer? É exatamente visando responder a tal questionamento que apresentamos a seguir uma de nossas investigações realizadas no Brasil diante da necessidade de se repensar nas escolas as possíveis intervenções que podemos utilizar para vencer este problema.

Um recorte de realidades brasileiras

Foi com Fante (2005) que tivemos as primeiras reflexões sobre o bullying e suas conseqüências no cotidiano de escolas brasileiras. No interior do Estado de São Paulo, Fante mapeia as primeiras alusões à tais manifestações de violência, que, na verdade, como já apontado por Oweus e outros tantos autores, já existe desde que o homem é homem e se relaciona com seus pares: o que as novas investigações fazem, no campo das ciências, é apontar as características desta face da violência e nome-la como *bullying* cujas

implicações e formas de embate são diferentes, como pudemos constatar ao caracterizar o problema. Dados da região de São José do Rio Preto foram tomados como testemunho de que havia entre crianças e adolescentes brasileiros, sinais de violência entre pares: 66,92% dos entrevistados dizem sofrer algum tipo de violência na escola, sendo 25,56% casos de bullying. Preocupados com as ações que este diagnóstico nos instigava a ter, organizamos uma investigação da mesma natureza na região metropolitana de Campinas, também interior do estado de São Paulo. O estudo realizado na região contou com a participação de alunos do 4º. Ao 9º ano do Ensino Fundamental e do 1º ao 2º ano do Ensino Médio totalizando 827 crianças e adolescentes entrevistados. O primeiro grande objetivo desta investigação realizada em escolas particulares da região de Campinas era saber se existiriam casos de bullying nessas instituições para que então se cumprisse um segundo objetivo: tratava-se de uma pesquisa de campo, com caráter, também exploratório que buscava propor uma forma de intervenção ao problema que poderia ser detectado durante a primeira etapa de diagnóstico. Logo, o segundo passo a ser dado, após esse primeiro mapeamento do problema apontado pelos alunos, seria o estabelecimento de metas e de propostas de formação dos professores envolvidos. Isso, para que se pudesse pensar em estratégias eficazes para a superação do problema e mesmo a formulação de um estatuto anti-bullying pelos próprios alunos que trabalhariam com os dados do diagnóstico realizado. Contamos com um questionário adaptado de Oweus (1998) e de Fante (2005) em que crianças e adolescentes poderiam se referir à existência de situações de bullying, suas formas de ação, a frequência desses fatos e os locais de tais ações.

Teriam, os alunos, problemas de relacionamento entre eles que não tem sido alvo de discussões e planejamento de intervenções da escola? Ou em outras palavras: a escola estaria preparada para levar em consideração os problemas cujas causas sejam afetivas e agir de forma a contribuir para com a construção de personalidades mais equilibradas que não tenham a necessidade de menosprezar o outro para se sentirem valor, ou de serem menosprezadas por outrem? Não, seria a resposta, como veremos na apresentação dos resultados. Antes, porém, é preciso retomar um dos entraves cuja presença não nos permitiu, como veremos, a continuidade e o atendimento do segundo objetivo em questão que consistia nas propostas de intervenção. Expliquemos: no questionário adaptado por nós resolvemos incluir uma pergunta que não seria relevante do ponto de vista do entendimento do fenômeno em questão, o bullying. Tratava-se de uma

pergunta relacionada ao professor: você já foi ameaçado, menosprezado, diminuído, zombado, xingado, humilhado por algum professor? O viés encontrado nesta pesquisa parece-nos um dos mais urgentes pontos a serem repensados pela escola hoje, como veremos a seguir.

RESULTADOS

Apresentamos por hora, apenas um recorte das quarenta questões que foram respondidas pelos alunos, sendo eles: 249 do Ensino fundamental I, 377 do Ensino Fundamental II e 201 do Ensino Médio totalizando a amostra de 827 estudantes. Tal recorte consiste em apresentar duas questões que tomamos depois por base, para a segunda etapa que indicaria o início de um processo de sensibilização para procedermos a etapa posterior de intervenção. Uma das perguntas que fizemos como no estudo anterior era a seguinte: você já foi zombado, humilhado, ameaçado, constrangido por algum colega na escola? Os resultados encontrados para essa questão podem ser constatados com auxílio da Figura 1. Para análise desses dados, é preciso esclarecer que foram tomadas duas das possíveis respostas que mais se aproximavam da possibilidade de evidenciar-se o problema do bullying entre os participantes – às vezes e sim.

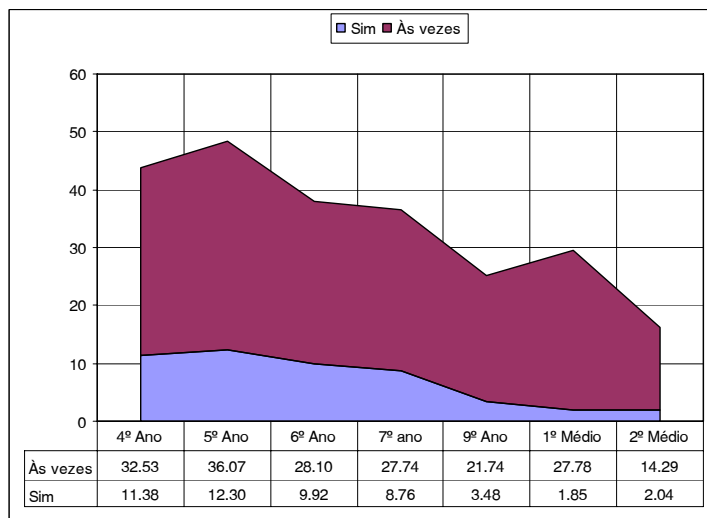


Figura 1. Respostas para a pergunta: Você já foi zombado, ameaçado, humilhado, desprezado, diminuído por algum colega?

Quando questionados sobre o fato de já terem sido vitimizados por algum colega da escola, essas crianças e adolescentes nos apontam que já passaram por tais situações. Notemos no gráfico de área que há uma tendência à diminuição das porcentagens de respostas “sim” que se referem à tal agressão correspondente ao crescente desenvolvimento dos sujeitos e com o passar dos anos, até chegar ao segundo ano do ensino médio. Contudo, chama-nos a atenção os escores referentes ao “às vezes”: vejamos que 36,07 % dos sujeitos dos 5os. anos apontam já terem sido vitimizados.

Passemos então à segunda questão que tomamos como referência para essa apresentação. Por ocasião da pesquisa, resolvemos inserir, como já dissemos, uma questão que se referia a uma possível intimidação que os alunos poderiam sofrer por parte do professor. Os resultados obtidos com essa questão nos promoveram uma surpresa bastante desagradável para quem estaria disposto a pensar no problema entre os pares: haveria algo mais – os alunos se referiam à situações em que também foram humilhados, ameaçados, zombados por seus professores. A Figura 2 permite-nos chegar a tais conclusões.

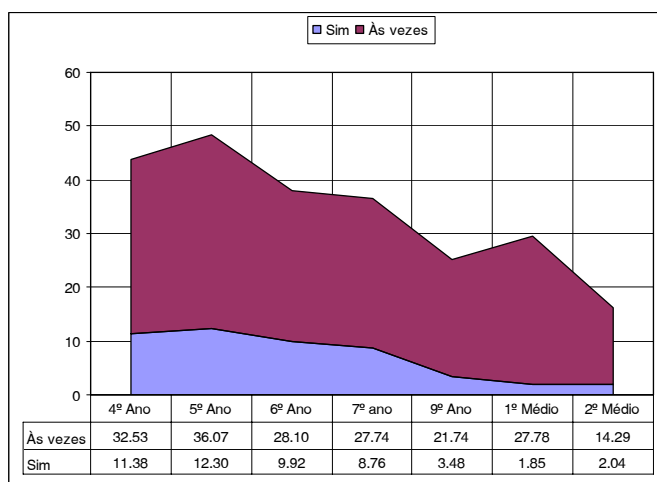


Figura 2. Respostas para a pergunta: Você já foi zombado, ameaçado, humilhado, desprezado, diminuído por algum professor?

Fica evidente pela análise dos resultados encontrados que meninos e meninas, quanto mais evoluem para não considerar a regra em função da autoridade, e, portanto, a não legitimar as ações da autoridade como sempre justas, mais apontam para uma violência escondida: o desrespeito advindo das figuras de autoridade. No nono ano, vejamos que as respostas

às vezes atingem a maior expressão: são 26,96% de sujeitos que às vezes se consideram desrespeitados por seus professores.

As discussões que podemos traçar e os apontamentos futuros

Os resultados encontrados estão em consonância com aqueles já apontados por outros autores mundialmente reconhecidos (Avilés & Casares, 2005; Del Barrio et al, 2003; Fante, 2005; Mascarenhas, 2009; Oweus, 1998; Prodocimo, 2009) e nos permitem afirmar que existe no cotidiano da escola uma violência silenciosa que acomete meninos e meninas, alvos de bullying, e que denota o fato de outros tantos meninos e meninas, autores de bullying também precisarem de ajuda para inverter uma hierarquia de valores que coloca a força, o poder, a virilidade, a intolerância à diferença como privilegiados. Meninos e meninas em nossas escolas convivem com uma violência velada, advinda daqueles que teoricamente, deveriam inserir a criança e o adolescente no mundo da moral: seus professores. Mas vejamos, não são maneiras explícitas porque não nos damos conta de que as humilhações, as constantes exposições em que colocamos nossos alunos são formas de desrespeito. A intenção é sempre boa quando chamamos a atenção de um aluno dizendo ao restante da classe: “pessoal, é assim que se faz?” Ou quando dizemos, mesmo amigavelmente: “só podia ser você mesmo, não?” Ou ainda, como conta-nos com tristeza uma amiga que assistia a aula de certo professor – num dado momento, visando ele obter a atenção e a “amizade” da turma, se dirige a uma aluna vestida de roxo, cuja diferença em termos de massa corporal era notória (chamada literalmente de gordinha), dizendo: “oi hematoma gigante”. O que dizer de situações como esta? O que dizer de outras tantas vexações que passam nossas crianças e adolescentes quando em aulas entediadas são colocadas para fora, ou de castigo, ou ainda, submetidas a constrangimentos do tipo ser obrigado a copiar cem a duzentas vezes “devo me comportar em sala de aula” (Vinha & Tognetta, 2008). Não é surpresa, portanto, que não conseguimos desenvolver a segunda etapa da pesquisa citada: os professores envolvidos recusaram-se a reconhecer que suas metodologias estavam bastante diferentes de formas mais evoluídas de intervir moralmente.

Por certo, Terabitea não está distante desta realidade. Entretanto, tal reino encantado tem o que falta em nossas escolas: espaços para que meninos e meninas possam se sensibilizar com suas diferenças, com aquilo que tem em comum, como fizeram Leslie e Jesse. Não é possível formar para a generosidade sem que os alunos possam falar entre si, sentar em grupos, discutir diferenças (Tognetta & Vinha, 2008b). Terabitea, para aqueles que duvi-

darem, é a possibilidade de superação da condição de violência porque Leslie e Jesse re-apresentavam tudo o que viviam. Lá, reelaboravam, falavam como se sentiam, falavam o que pensam. E voltavam fortalecidos para os enfrentamentos da realidade. Resta-nos a esperança de que, sem Terabithia, crianças e adolescentes encontrem em nossas escolas, espaços para construir o que mais precisam para a superação do bullying e de tantas outras violências: o auto-respeito.

REFERÊNCIAS

- Avilés, J.M., & Casares, I.M. (2005). Estudio de incidencia de la intimidación y el matrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria mediante el cuestionario CIMEI, 1999. *Anales de Psicología*, 21(1), junio.
- Del Barrio, C., Almeida, A., Meulen, K., Barrios, A., & Gutiérrez, H. (2003). Representaciones acerca del maltrato entre iguales, atribuciones emocionales y percepción de estrategias de cambio a partir de um instrumento narrativo: SCAN- BULLYING. *Infância y Aprendizaje*, 26(1), 63-78.
- Fante, C. (2005). *Fenômeno bullying: Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*. Campinas: Editora Verus.
- Mascarenhas, S.A.N. (2009). Bullying e moralidade escolar: Um estudo com estudantes do Brasil (Amazônia) e da Espanha (Valladolid). *Anais do I Congresso de Pesquisas em Psicologia e Educação Moral (COPPEM)*. Campinas, SP: Faculdade de Educação, Unicamp.
- Nogueira, R.M.C. Del P. (2004). Violência na escola: Em busca de definições. São Paulo: *Psicopedagogia On Line*.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Ediciones Morata.
- Prodócimo, E. (2009). Agressividade na escola: Conhecendo o fenômeno. *Anais do I Congresso de Pesquisas em Psicologia e Educação Moral (COPPEM)*. Campinas, SP: Faculdade de Educação, Unicamp.
- Vinha, T.P., & Tognetta, L.R.P. (2008a). Estamos em conflito: Eu, comigo e com você! Uma reflexão sobre o bullying e suas causas afetivas. In *Escola, conflitos e violência*. Santa Maria: Editora da UFSM.
- Tognetta, C.G., & Souza, C. (2007). *O fenômeno bullying no ambiente escolar*. Texto não publicado.
- Vinha, T.P., & Tognetta, L.R.P. (2008b). A construção da autonomia moral na escola: A intervenção nos conflitos interpessoais e a aprendizagem dos valores. *Anais do VIII Congresso Nacional de Educação da PUCPR – EDUCERE e o III Congresso Ibero-Americano sobre Violências nas Escolas – CIAVE*. Curitiba: PUC.

BULLYING E VIOLÊNCIA NA ESCOLA:
ENTRE O QUE SE DESEJA E O QUE REALMENTE SE FAZ

Luciene Regina P. Tognetta (lrpaulino@uol.com.br) / Telma Pileggi Vinha

Faculdade de Educação Unicamp, Brasil

Muitas são as angústias de educadores em escolas sobre o que fazer para resolver os problemas de maus comportamentos de seus alunos. Tal queixa tão presente no cotidiano da escola reitera a preocupação recente sobre o problema da violência escolar exatamente a partir de um foco: a indisciplina (Cunha, 2009; Leme, 2006; Nogueira, 2004). Não obstante, a presença de outras formas de não validação das regras contratuais existentes na escola, não são na maioria das vezes, levadas em consideração por aqueles que ainda se julgam vítimas de um sistema mal resolvido. Em outras palavras: se o tema da violência na escola assola países como o Brasil e tantos outros, este ainda reserva-se relacionado à falta de obediência as regras representadas pelos educadores. Apontar para outras formas de violência presentes neste cotidiano de relações parecem-nos uma tarefa imprescindível para quem deseja a transformação das relações sociais presentes em nosso cotidiano. Quem são as vítimas da violência na escola? Por que são vitimizadas neste espaço? E o que se pode fazer para resolver a questão da violência na escola? Respostas a essas perguntas nos parecem ser de extrema relevância para aqueles que educam e que preocupados estão com os rumos das relações em que a ética não se apresenta em dias de hoje. É o que nos propomos a fazer neste artigo que agora introduzimos.

UM PANORAMA DA SITUAÇÃO ESCOLAR

De fato, a escola tem dado mostras de que sozinha não tem conseguido resolver os problemas de violência advindos de seu próprio interior. Em pesquisas recentes, Fante (2005) chega a encontrar que professores afirmam destinar de 40% a 50 % de seu tempo em sala de aula para resolver conflitos entre seus alunos. Em outra pesquisa divulgada em junho de 2009 pelo governo brasileiro, de uma aula de 50 minutos, os professores entrevistados afirmam gastarem diariamente 15 minutos para a solução de problemas de comportamento (FIPI, 2009).

Dados como estes nos soam alarmantes para considerar que há problemas nas relações em nossas escolas. Não podemos negar: há uma crescente problemática instalada no cotidiano das instituições que educam. Contudo, é preciso que olhemos para o fenômeno ocorrido como algo a nos revelar: se há tantos conflitos para se resolver no interior da escola, esse fato não estaria nos indicando sua relevância e a necessidade de que seja “gasto” um tempo para se resolvê-los? Não seria sinal de que há algo mais que a escola não tem dado a esses alunos e que, portanto, estes clamam a sua falta? O cotidiano da escola nos dá mostras de que há algo a ser modificado em sua estrutura que opta por conteúdos que excluem uma necessidade notadamente humana – a de se aprender a resolver conflitos. Vejamos o que isso quer dizer.

Moreno-Marimón e Sastre (2002) numa pesquisa recente, perguntam a adultos que passaram por diferentes escolas se um determinado conteúdo aprendido em tal instituição teria hoje, em sua vida adulta, algum sentido ou, em outras palavras, teria sido utilizado fora da escola. A resposta a esta questão nos parece longe de mostrar que a escola tem cumprido seu papel formador. Perguntados sobre “quando utilizaram a raiz quadrada em suas vidas” apenas 6% dizem ter utilizado esse conceito em aplicações úteis como por exemplo, para cálculos de área, ou enquanto professores, para dar aulas particulares e outros 4% diriam que seu uso foi importante para ser usado em jogos diversos.

Infelizmente, para ainda explicar a necessidade dos 15 minutos considerados perdidos pelo professor para resolver conflitos, é preciso lembrar que a escola não tem cumprido o seu papel formador. Ela é sim, responsável pela formação ética de seus alunos. E se ética, segundo Ricoeur (1993), consiste na busca por uma vida boa, com e para o outro, é preciso pensá-la do ponto de vista das relações. Se não abandonamos nosso papel de formadores, é preciso pensar que os conflitos vividos pelos alunos no interior da escola são oportunidades de aprendizagens de valores. Temos insistido nesta questão (Vinha & Mantovani de Assis, 2007; Vinha & Tognetta, 2008; Tognetta & Vinha, 2008) e constatado que a cada dia mais temos estado longe do que Ricoeur ainda apresentaria como possibilidade de construir uma personalidade ética: o lugar em que é possível tal formação é pensado por ele como uma “instituição justa”. Como são justas as instituições que prezam pela autonomia em seus discursos e asseguram a obediência à autoridade e não aos princípios em suas práticas? Como são justas se não permitem que meninos e meninas

participem da elaboração das regras cuja essência é regular a convivência humana e, portanto, deveriam partir exatamente de quem delas necessita? Essas e outras indagações nos levam a repensar o cotidiano da escola e a freqüente queixa de que algo *não vai bem* em seu interior. Algumas de nossas investigações atuais reforçam exatamente a idéia de que nossos meninos e meninas são pouco atuantes. Tal ausência de participação coletiva parece reiterar a lógica de que onde há pessoas que não se indignam com as situações de injustiça vivenciadas por outrem, há uma enorme propensão de se prosperarem problemas como o bullying.

AS PESQUISAS: O QUE A ESCOLA REALMENTE FAZ

Para reforçar nossa hipótese de que a instituição educativa, em sua forma atual infelizmente parece desejar pela superação dos problemas de violência a que está submetida mas pouco fazer nesta direção, apresentamos agora os dados de duas investigações atuais.

A primeira delas consistiu em traçar um perfil do julgamento dos alunos sobre situações de injustiça (Tognetta & Vinha, 2009). Questionados sobre “O que uma pessoa faz que lhe deixa com raiva ou indignado?” nossos participantes foram convidados a pensar exatamente na virtude diretamente ligada ao sentimento de indignação: a justiça. Sente-se indignado quando se é vítima de uma ação considerada imoral. Portanto, estariam eles preocupados com as injustiças a outrem? Para tal, contamos com uma amostra de 150 estudantes de escolas públicas e particulares da região metropolitana de Campinas, alunos de oitavos e nonos anos do Ensino Fundamental II. A escolha da amostra foi aleatória.

A segunda investigação apresentada neste artigo diz respeito a um recorte de uma pesquisa atual que está sendo replicada também na região metropolitana de Campinas. Os dados desta pesquisa que apresentamos agora foram coletados, aleatoriamente, junto a escolas públicas e particulares de todo o Estado de São Paulo. O estudo consistiu num questionário para ser respondido por alunos leitores a partir do segundo ano até o nono ano do Ensino Fundamental. A amostra foi formada por um total de 120 participantes. O recorte aqui apresentado refere-se a duas questões principais, sendo a primeira “Você já foi colocado para fora da sala ou já viu algum colega sendo colocado para fora da sala de aula?” E

a segunda: “Quando um aluno é colocado para fora da sala de aula, ele lá permanece, em média, quanto tempo?”

RESULTADOS

A primeira investigação: Público x privado

Perguntados sobre “o que uma pessoa faz que lhe deixa indignado?” nossos 150 participantes apresentaram-nos as seguintes categorias de respostas: 35,33% apontaram valores considerados individualistas, pois se indignam quando consideram que seus direitos foram violados. São exemplos de suas respostas: “*Quando eu falo alguma coisa e elas ficam tirando sarro ou pensam besteira*”; “*Me irritar e ficar colocando apelido*”; “*O que me deixa com raiva é falar de mim se eu não fiz nada e que mintam a meu respeito*”.

Outras 40,66% são respostas caracterizadas por estereótipos sociais e/ou que demarcam preocupações apenas por pessoas cujas relações sejam próximas. Nesta categoria, por um lado, os valores são transmitidos socialmente e decorrentes da heteronomia que elege para a sua moral aqueles que são predominantes em sua comunidade, restringindo-se basicamente ao meio social em que estes sujeitos vivem (corrupção, necessidade de “ser alguém importante”...). Há o predomínio de regras convencionais – conjunto de regras de condutas consideradas obrigatórias para um grupo, mas não universalizáveis. Por outro lado, a indignação se justifica pela injustiça ou agressão ocorre com alguém que se relaciona como a família ou os amigos como na resposta de um de nossos sujeitos: “O que me indigna é xingarem minha mãe ou meu pai”. Apenas 24% das respostas de nossos sujeitos elegem valores morais e éticos tais como: a honestidade, a justiça, o respeito, a igualdade, a dignidade e a não-violência cuja falta é indignante. Nesta categoria, há o predomínio de regras morais que são especificamente relacionadas às questões interpessoais, à resolução de conflitos, à restrição de condutas e à busca da harmonia pessoa e do bem-estar alheio. São exemplos dessas respostas: “*A falta de dignidade, de respeito com o próximo*”; “*Matar e roubar são os piores, por exemplo, pessoas gananciosas também, pessoas que só pensam em si mesmas*”; “*A rejeição de uma pessoa ou discriminação racial*”.

A Figura 1 apresenta tais resultados.

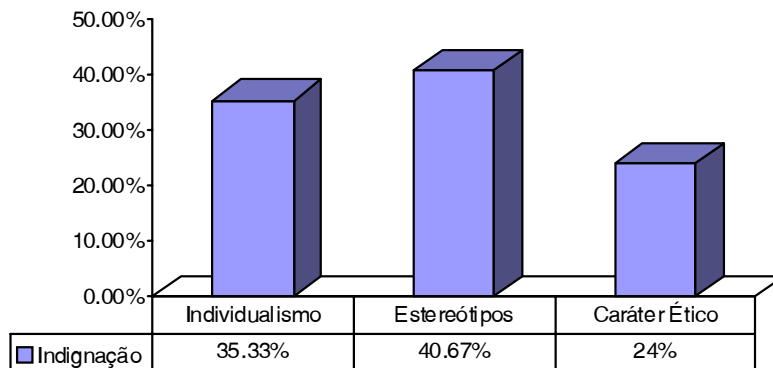


Figura 1. O que uma pessoa faz que lhe causa raiva ou indignação?

O que podemos discutir sobre a perspectiva desses jovens quanto ao que lhes gera indignação? Esses dados nos permitem constatar uma moral mais restrita à esfera privada e não à dimensão pública que envolve o outro, inclusive aquele não pertencente à sua comunidade. Parece haver uma separação abrupta entre o que é “público” e o que é “privado”. Esses adolescentes não vêem a esfera pública, ou, em outras palavras, o que seria indignável a qualquer ser humano digno de valor: 76% dos participantes de nosso estudo não generalizam os valores para qualquer ser humano, para o sujeito universal. Destes, 35,33% de jovens demonstram um senso de justiça autocentrado (individualista) e 40,67% apresentam uma moral “estereotipada” ou restrita às suas relações afetivas. Por conseguinte, o preconceito, a mentira e a injustiça, por exemplo, só os indignam quando ocorrem consigo mesmos ou com o seu próximo “bem próximo”! Com o auxílio da Figura 2, apresentamos as categorias encontradas nos dois grupos que formaram nossa amostra.

Notemos que em ambos os tipos de ambientes, os estereótipos sociais foram encontrados em maioria: 29 respostas correspondentes a 38,67% entre estudantes de escolas particulares e 32 respostas correspondentes a 42,67% entre estudantes advindos de escolas públicas. As respostas alusivas ao individualismo também se mantiveram semelhantes: 24 (32%) entre estudantes de escolas particulares e 29 (38,67%) entre estudantes de escolas públicas. Porém, é na terceira categoria que encontramos uma diferença expressiva: 22 respostas dos sujeitos de escolas particulares, ou seja, 29,33% da amostra desse ambiente apresentou indignação moral e 18,67%, que corresponde a 14 respostas, dos sujeitos de escolas públicas, se referiram ao caráter moral e ético.

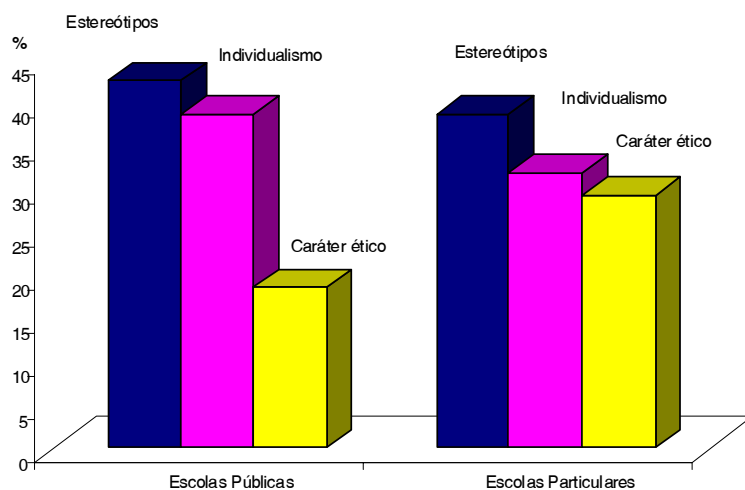


Figura 2. Respostas dos sujeitos das escolas pública e particular por categoria

A segunda investigação: A exposição pública

A segunda pesquisa que apresentamos, como já dissemos, consiste num recorte de uma investigação que conduzimos no Estado de São Paulo, entre 120 crianças e adolescentes objetivando constatar algo que é comum nas escolas brasileiras: a exposição da criança colocada para fora nos corredores das escolas. Para tanto, perguntamos aos participantes dessa investigação: Você já foi colocado para fora da sala ou já viu algum colega sendo colocado para fora da sala de aula? Os resultados encontrados são demonstrados na Figura 3.

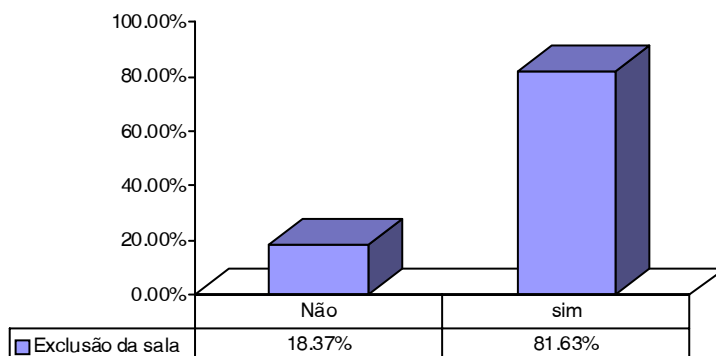


Figura 3. Incidência de exclusão da sala de aula

Notemos que 82% dos respondentes já foram ou viram alguém sendo colocado para fora de sua sala de aula como uma medida de intervenção a um comportamento inadequado. É preciso um esclarecimento: a questão anterior que deixamos de apresentar neste presente estudo, incidia exatamente sobre a presença de comportamentos inadequados em sala de aula e assim, por decorrência, a questão posterior, agora tabulada, pode nos dar indicativos de que a exclusão da sala ainda é uma sanção bastante utilizada em nossas escolas.

Quanto tempo permaneceria esse aluno fora da sala de aula? Seria possível mensurar esse “tempo”? Perguntamos aos nossos participantes: “Quando um aluno é colocado para fora da sala de aula, ele lá permanece, em média, quanto tempo?”. Entre as variadas respostas para tal pergunta, temos as seguintes categorias: 27% das respostas descrevem o tempo de exclusão da sala se referindo à “aula toda”. Em 7% das respostas há uma variação que vai de 20 a 30 minutos. Tais respostas foram agrupadas numa mesma categoria. 42% dos entrevistados sinalizam diferentes medidas de tempo sempre menos a 20 minutos, o que levou-nos a agrupar tais respostas com um advérbio “pouco”. Interessantemente, o que nos chama a atenção é o fato de alguns sujeitos se referirem ao advérbio de tempo para explicar a medida: 24% apontam para “muito” tempo, como podemos visualizar na Figura 4.

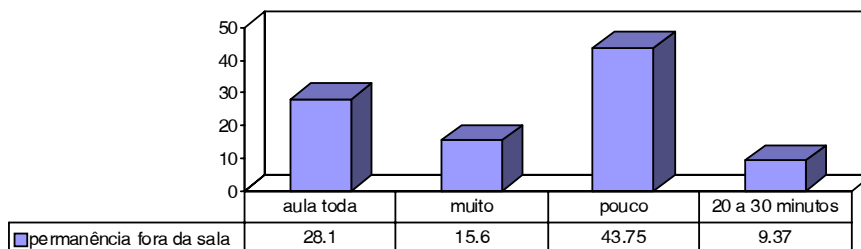


Figura 4. Tempo de permanência fora da sala.

Por certo, o recorte que por hora apresentamos nos possibilita afirmar que costumeiramente o que fazemos na escola não corresponde aos nossos desejos de formar para autonomia. Como podemos formar para a autonomia, como sinônimo de auto-regulação se nossos alunos são abruptamente retirados da discussão que o possibilitaria tomar consciência das regras que regulam a convivência na sala? É interessante retomarmos o que significa uma das respostas emergidas de nossos estudantes: em sua opinião, os alunos que são colocados para fora lá permanecem por “muito”

tempo. Um tempo psicológico diríamos. No entanto, significativamente importante para aqueles que desejam que os espaços de convivência sejam preservados e que crianças e adolescentes possam aprender a ser respeitados. Eles mesmos consideram um tempo “grande” demais para ser desperdiçado...

No que tais investigações relacionam-se com a presença de bullying, afinal? As respostas a essa pergunta pode ser respondida em alguns pontos. Em primeiro lugar, é preciso considerar que a escola trata o que é público como particular e o que é particular como público. Vejamos: há pouco tempo tivemos um acontecimento no Brasil que denota esta primeira consideração: uma aluna universitária é menosprezada, zombada, ameaçada por seus colegas numa grande universidade de São Paulo, no Brasil. O motivo? Usando um vestido curto, a aluna teria “provocado” a atenção dos rapazes e moças, também alunos. O fato vira caso de polícia. Qual a posição da instituição educativa frente a essa situação? A aluna é expulsa da universidade. Vejamos que esse acontecimento ilustra nossa primeira afirmação: a escola trata o que é público como privado. Nenhum dos estudantes que havia ameaçado, zombado, irritado a colega com suas brincadeiras sobre seu vestido teria sido “repreendido” pelas autoridades. A questão: era preciso alguém, mais evoluído em termos morais, chamar a atenção desses alunos para o fato – nada justifica a ironia, a ameaça, a zombaria contra qualquer que seja a pessoa ainda que o vestido fosse curto. Se essa era a situação, a intervenção deveria ser dupla: à menina, uma conversa sobre a sua própria intimidade a ser preservada, pois é ela *e somente ela* a ser prejudicada. Aos colegas, a discussão: como é preciso que as pessoas sejam tratadas?

Esse e muitos outros exemplos corriqueiros da escola denotam o quanto se trata em termos particulares o que necessariamente é preciso que seja uma discussão pública: quantas vezes nos deparamos com situações em que professores, na ânsia de resolver apressadamente os conflitos cotidianos, são capazes de dizer “não ligue” quando toda a classe ri de um apelido que um autor de bullying coloca num alvo. Por sua vez, a escola trata do contrário: como público o que deveria ser privado. Na boa intenção de promover a tomada de consciência, muitos de nossos professores expõem crianças e adolescentes em cenas também corriqueiras: “pessoal, vejam o que fulano fez – é isso que foi pedido para fazer?”

Os resultados de nossa segunda investigação reverberam ainda mais o fato de que não nos apropriamos da necessidade de resolvermos os problemas com quem é de direito: é por certo, muito mais fácil retirar o problema do

que confrontá-lo (Tognetta & Vinha, 2007; Vinha & Tognetta, 2008). Deste modo, o que no Brasil tende a ser utilizado como jargão político – “nenhuma criança fora da escola” infelizmente, permanece apenas nos desejos de quem almeja superar problemas como o bullying escolar. Contudo, essas mesmas ações contribuem enormemente para seu fortalecimento já que ensinam que a melhor maneira de se resolver um problema é pela exclusão.

REFERÊNCIAS

- Cunha, J.M. (2009). *Violência interpessoal em escolas do Brasil: Características e correlatos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009.
- Fante, C. (2005). *Fenômeno bullying: Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*. Campinas: Editora Verus.
- Leme, M.I.S. (2006). *Convivência, conflitos e educação nas escolas de São Paulo*. Instituto SM para a Educação.
- Moreno-Marimon, M., & Sastre, G. (2002). *Resolução de conflitos e aprendizagem emocional*. São Paulo: Moderna.
- Nogueira, R.M.C. Del P. (2004). Violência na escola: em busca de definições. São Paulo: *Psicopedagogia On Line*.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil
- Tognetta, L.R.P., & Vinha, T.P. (2008). Estamos em conflito: Eu, comigo e com você! Uma reflexão sobre o bullying e suas causas afetivas. *Escola, conflitos e violência*. Santa Maria: Editora da UFSM.
- Vinha, T.P., & Tognetta, L.R.P (2007). *Quando a escola é democrática: Um olhar sobre a prática das regras e assembleias na escola*. Campinas: Mercado de Letras.
- Vinha, T.P., & Tognetta, L.R.P. (2008b). A construção da autonomia moral na escola: A intervenção nos conflitos interpessoais e a aprendizagem dos valores. *Anais do VIII Congresso Nacional de Educação da PUCPR – EDUCERE e o III Congresso Ibero-Americano sobre Violências nas Escolas – CIAVE*. Curitiba: PUC.
- Vinha, T.P., & Mantovani de Assis, O.Z. (2007). A autonomia, as virtudes e o ambiente cooperativo em sala de aula: A construção do professor. In Tognetta (Org.). *Virtudes e educação: Um desafio da modernidade*. Campinas: Mercado de Letras.

CONFUSÃO DE LINGUAGENS: O DESENCONTRO ENTRE A TERNURA E A PAIXÃO

Luís Jorge Faleiro

ISPA – Instituto Universitário

Actualmente assiste-se cada vez mais a uma proliferação de notícias reportadas pelos órgãos de comunicação, as quais fazem emergir a plena luz do dia, os casos mais sórdidos e macabros relativos a abusos e ofensas sexuais. Casos estes que se envolvem de contornos ainda mais perturbantes quando se trata de abuso sexual dirigido a crianças. A percepção actual por parte da sociedade de que este flagelo é susceptível de atingir qualquer um dos seus filhos é potenciadora desta maior atenção e consciencialização, as quais originam por sua vez um nível de alerta qualitativamente superior por parte de todos.

No abuso sexual infantil, como em tantos outros comportamentos desviantes, a punição sobre os responsáveis não pode ser suficiente para que se sinta que se está a proteger a vítima. Não nos podemos quedar pela punição. Só através de uma crescente procura de conhecimento científico se pode lançar luz sobre determinado fenómeno, pensar sobre ele e tentar agir na sua globalidade.

O AGRESSOR SEXUAL INFANTIL

Groth, tal como o tinha realizado para os violadores, elaborou um modelo de classificação de pedófilos. Tal como anteriormente, o autor interessou-se particularmente por aspectos motivadores e descreveu os afectos e comportamentos através dos quais essas motivações se exprimiam. Interessava-o particularmente a “intenção motivadora na agressão sexual de crianças” (Groth & Burgess, 1977). Outras publicações (Burgess, Groth, Holmstrom, & Sgroi, 1978; Groth, Hobson & Gary, 1982) completam a apresentação do seu modelo de classificação, o qual se revelou um instrumento precioso para vários clínicos ao sugerir-lhes critérios de diagnóstico. Existe no entanto uma ausência de critérios de diagnóstico objectivamente e puramente operacionais (McKibben, 1993), o que de resto é uma crítica recorrente a muitas tipologias.

Porém importa aqui rever algumas considerações e tomar como base alguns dos pressupostos deste modelo. Groth utiliza como primeiro critério de classificação o grau de violência utilizado pelo agressor. Sendo assim, temos duas grandes primeiras classificações distintas. São elas o atentado ao pudor e a violação, sendo esta última caracterizada por um nível de violência superior. Num atentado ao pudor, o agressor obtém o que deseja da criança, pela sedução ou persuasão. Há uma pseudo aproximação afectiva, uma pseudo relação. Em termos ilustrativos, este abusador diz à criança que a ama, que está preocupado com os seus problemas, que a quer ajudar e fá-la sentir-se importante. Porém, o que o agressor realmente procura é a tal pseudo-mutualidade, ou pseudo-reciprocidade, no prazer sexual e também na relação afectiva. Ele deseja que a criança aprecie os contactos e neles participe. Assim sendo, não é nada de estranhar que muitas das vezes este tipo de agressor mantenha uma relação próxima e regular com a criança (McKibben, 1993). Em relação à criança em si, ela investe positivamente e procura no agressor a sensação de utilidade, de ser importante e de ser amada. Este facto, ou seja, esta dualidade, co-dependência e confusão de linguagem entre adulto e criança é de realçar e reter, já que mais adiante será alvo de maior nível de apreciação.

No caso da tipologia de violação, o agressor utiliza as ameaças, a intimidação e/ou a força física como factores submissores. Não há tentativas de persuasão, nem manipulações. A criança é o receptáculo da hostilidade ou do desejo de domínio e de submissão por parte do agressor. Neste quadro o abusador não está interessado em saber se a criança obteve prazer ou não com os contactos sexuais. Desta forma se pode depreender que habitualmente nestes casos não há uma relação que é mantida com a criança exceptuando dar-se o caso do agressor ser um familiar próximo ou pessoa em posição de autoridade. Do ponto de vista da criança, neste tipo de configuração, pode-se verificar que esta investe negativamente e é usualmente despersonalizada, ridicularizada, humilhada e explorada sexualmente (McKibben, 1993).

A partir desta principal diferenciação do modelo de Groth, pode-se retirar algumas ilações válidas. O violador, este agressor violento com motivações várias (sadismo e/ou cólera e/ou poder), não se interessa pelo que a criança diga ou pelo que esta transmite (à excepção do indivíduo marcadamente motivado pelo poder que quer ver a sua *performance* sexual e predatória aprovada pela vítima) ao contrário do indivíduo que pratica um atentado ao pudor. Nesta última tipologia de indivíduo, que

pode constituir esta patologia por fixação ou por regressão, a linguagem da e para a criança é fulcral no seu pseudo-relacionamento (McKibben, 1993). Numa fixação existe uma orientação e uma preferência sexual marcada pela criança. Esta problemática está em evolução, muitas vezes desde a adolescência. Há uma premeditação e uma planificação, assim como uma ausência de factor desencadeador. Os contactos sexuais com os adultos são geralmente limitados. O agressor pode ter uma relação com um adulto, mas é pouco funcional sexualmente ou afectivamente e os seus contactos sociais são igualmente frios e distantes. Este indivíduo é marcado por uma desconfiança em relação aos adultos e cria um ímpeto de identificação com as crianças.

Num indivíduo marcado a este nível por regressão, o interesse pelas crianças surge normalmente já na idade adulta. O delito aparece como efeito de uma ferida causada pelos seus fracassos de ordem afectiva, social ou sexual. A premeditação, sobretudo no caso de uma primeira agressão, é menos evidente, do que numa patologia deste tipo adquirida por fixação. Numa regressão, o *modus vivendi* é mais tradicional, no qual o agressor investe também no mundo das crianças (McKibben, 1993). Quer seja por regressão ou fixação, encontramos nos indivíduos integrados num quadro de atentado ao pudor, um interesse em investir no mundo das crianças em que lhes interessa sobremaneira o que as crianças dizem, como dizem, como se expressam e como pensam. Porém, a forma do agressor/vítima entender ou processar o que está a ser comunicado por cada uma das partes é que é diferenciada e no caso do agressor é potencialmente enviesada por condicionantes patológicas.

Noutro plano, em 1990, Knight e Prentky apresentam-nos entre outras, uma tipologia de violador, com uma motivação sexual não sádica e com distorções cognitivas pronunciadas. Estas distorções por vezes camuflam a verdadeira intenção do agressor e de alguma forma tentam preencher a explicação para o seu comportamento desviante através de “falhas de comunicação”. A puro título de exemplo, este tipo de violador pode ter a convicção de que dada pessoa deseja ser forçada sexualmente porque simplesmente olhou para ele(a) ou alguém que, na sua opinião se vista de forma provocadora, deseja ter contactos sexuais com ele(a).

Tendo como base tudo o referido até este ponto e tendo em conta o explicitado no parágrafo anterior, poder-se-ia perguntar então se estes actos de agressão sexual infantil serão motivados por simples casos de “falhas de comunicação”. A resposta é simples: não. Mas a falha na comunicação entre a expressão da linguagem de amor e de ternura da

criança, erotizada e passada ao acto pelo adulto, sim é de extrema importância atentar e pensar com maior rigor.

De forma a analisar com maior detalhe a questão do abuso sexual infantil, a confusão de linguagens entre agressor e vítima e os traumas causados por estes eventos, interessa introduzir na discussão alguma conceptualidade psicanalítica.

ORIGENS DO TRAUMA

Entre 1895 e 1897, Freud elaborou uma “teoria da sedução” a partir do seu trabalho clínico com pacientes adultos, em que atribuiu a origem das neuroses (que em adulto os sintomas seriam a expressão simbólica de conflitos infantis, como por exemplo nas neuroses de transferência, histeria, obsessão, neuroses de angústia e neuroses ditas narcísicas), à lembrança de cenas de sedução reais geralmente ocorridas entre um adulto e uma criança (Gabel et al., 1998). As cenas de sedução são definidas como aquelas cenas reais ou fantasmáticas em que o sujeito (normalmente a criança) sofre passivamente por parte de outro (normalmente um adulto) assédio ou manobras sexuais. A passividade implica aqui não só um comportamento passivo por parte do sujeito mas também uma vitimação sem que a situação tenha provocado nele respostas ou representações sexuais (LaPlanche e Pontalis, 1984, pp. 436-437, cit. por Gabel et al., 1998). Esta teoria pressupõe que o trauma se produza em dois períodos. O primeiro diz respeito a um acontecimento sexual por parte do adulto mas pré-sexual por parte da criança, o que pressupõe uma não repressão inconsciente na criança por falta de capacidade de elaboração. O segundo período desenvolve-se quando há um acontecimento desencadeador (nem sempre de natureza sexual) que por associação faz ressurgir uma lembrança da cena de sedução anterior. Segundo Freud, essa lembrança despoletaria um afluxo de excitação sendo então necessária a sua repressão/recalcamento. Seria então esta repressão que estaria na origem das neuroses (Gabel et al., 1998). Freud acabaria por abandonar esta teoria em 1897, mas fê-lo dar passos importantes no sentido de desenvolver as noções de fantasma inconsciente, realidade psíquica e sexualidade infantil ao longo da sua teoria psicanalítica. Apesar de ter abandonado a origem das neuroses como sendo a da teoria da sedução, Freud nunca deixou de “sustentar a existência, a frequência e a realidade das cenas de sedução

vivenciadas pelas crianças” (LaPlanche e Pontalis, 1984, p. 438, cit. por Gabel et al., 1998).

Sándor Ferenczi (1873-1933), de nacionalidade húngara, um dos alunos, discípulos e colaborador de Freud, é achado por muitos como um autor importante mas pouco conhecido (Sanches, 2005). Ferenczi é criticado por outros por se colar teoricamente às ideias de Freud. Contudo, Sanches em 2005, refere que a sua obra pode ser dividida em duas fases. Uma primeira (1908-1923), que se inicia com a sua colaboração com Freud e aqui sim, as ideias dos dois são muito similares e uma segunda fase (1924-1933) em que se separa do mestre para seguir a sua própria investigação. É precisamente nesta fase que formula as suas contribuições mais valiosas para a psicanálise, tais como a sua técnica analítica ou activa (a par de outras técnicas como a técnica de relaxamento e neocatarse, a elasticidade da técnica analítica e a análise mútua). Empirista convicto, queria otimizar a capacidade terapêutica da psicanálise de modo a proporcionar um alívio psíquico mais eficaz aos seus pacientes, o que o levou ao longo da fase final da sua vida a criar um modo de estar com os pacientes qualitativamente diferente, ou por outras palavras, acabaria portanto por criar uma forma de psicanálise diferente da de Freud (Sanches, 2005). No entanto, para o presente trabalho não importa tanto escarpelizar algumas das técnicas introduzidas por Ferenczi, mas sim alguma da sua teorização sobre a origem dos traumas. Ao longo desta última fase da sua vida, e ao criar novas técnicas a partir dos seus trabalhos clínicos (viz. a técnica activa surge da estagnação do tratamento de pacientes histéricas), o autor também se apercebe de que há uma base traumática presente em todas as perturbações psíquicas (Katz, 1996). É precisamente na sua última obra, “Confusão de línguas entre vítima e agressor” que Ferenczi “... retoma a ideia do trauma freudiano, aquele das origens, aquele que encontrou o seu fundamento na história real e na sedução infantil...” (Uchitel, 2001, p. 81). A ênfase de novo na importância do trauma na origem de neuroses, mais particularmente do trauma sexual toma contornos mais sólidos com Ferenczi. Um dos argumentos para que Freud deixasse cair a sua teoria da sedução como origem das neuroses deveu-se ao pressuposto da não existência de pais perversos e da existência de um mundo sexual infantil que poderia explicar por si só os traumas (Cromberg, 1998). Este facto não encontra suporte por parte de Ferenczi pois o autor reconhece a existência desse mundo sexual infantil mas relata também que em análise, muitos dos seus pacientes confessaram ter praticado algum tipo de abuso sobre uma criança (Cromberg, 1998). Por outras palavras, o autor reconhece a

endogeneidade do trauma mas põe particular ênfase no factor exógeno do mesmo. Tal como o explicita claramente na sua obra, "... as seduções incestuosas produzem-se normalmente assim: um adulto e uma criança amam-se; a criança tem fantasmas lúdicos como manter um papel maternal em relação a um adulto. Este jogo pode tomar uma forma erótica, mas permanece sempre ao nível da ternura. Não acontece a mesma coisa com adultos com predisposições psicopatológicas, sobretudo se o controlo de si foram perturbados...confundem as brincadeiras das crianças com os desejos de uma pessoa que já atingiu a maturidade sexual, e deixam-se levar a actos sexuais sem pensar nas consequências. Verdadeiras violações...são frequentes." (Ferenczi, p. 351, 1933, cit. por Cromberg, pp. 178-179, 1998). É finalmente aqui que encontramos a verdadeira questão e o fulcro deste estudo, a confusão de línguas/linguagens, de afectos, entre criança e adulto.

Tal como se pode constatar pelo supracitado, a linguagem da criança é uma de ternura (sexualidade infantil, ingénua). Há uma busca por um encontro afectivo profundo por parte da criança. Esta maioritariamente transforma a sua eroticidade numa linguagem de amor, ternura, ao que um adulto pode responder erradamente com uma linguagem de paixão (sexualidade adulta, culposa) (Cromberg, 1998).

Ferenczi acreditava que os traumas de uma criança poderiam ter três origens. Uma delas seria suscitada por meio do "amor forçado" (ou da falta de amor), consequência de frequentes punições físicas insuportáveis e pelo terrorismo do sofrimento (Cromberg, 1998). Por amor forçado, entenda-se na perspectiva do autor, as experiências sexuais entre crianças e adulto podendo haver ou não contacto sexual. Esta seria então uma das causas do trauma infantil e o que está na sua origem é a confusão de linguagens entre adulto e criança, entre agressor e vítima. Segundo Ferenczi, neste caso e na perspectiva da criança, os traços de amor pelo objecto podem aparecer mas somente enquanto fantasma. As crianças brincam com a ideia de tomarem o lugar do pai do mesmo sexo para se tornarem o substituto deste em relação ao pai de sexo oposto. Quando nesta fase de "ternura" os pais impõem mais amor ou um amor diferente daquele que ela deseja e é normal e expectável, isto poderá ter as mesmas consequências de uma privação grave de amor, num futuro desenvolvimento infantil. As consequências destes actos podem ser devastadores para a criança. Perante uma situação deste tipo, perante uma imposição da sexualidade adulta que assenta numa genitalidade, sobre a sexualidade infantil, a criança poderá sentir uma excitação física ou não, mas o que

certamente experienciará é uma situação e estado psicológico, para os quais não está preparada para elaborar sobre (Cais, 2002). Dá-se então por parte da criança uma sensação de dor e medo intenso, já que o adulto apresenta uma autoridade esmagadora sobre ela que exerce através da sua matriz superegóica ante o seu frágil ego (Cromberg, 1998). Tudo isto é por demais avassalador para uma psiqué infantil e por variados motivos é difícil ou mesmo impossível para a criança, conseguir defender-se com sentimentos de recusa, ódio, repugnância e consequentemente afastar-se de forma inócua. Assim sendo, o que a criança cria é um mecanismo de hiper-obediência e submissão de tal forma que o agressor e os seus desejos e vontades passam a fazer parte dela, tornando-se numa entidade intrapsíquica. A criança passa então a realizar uma identificação com o agressor. Este é um processo cerne desta questão traumática, assim como se expõe neste trabalho.

A criança sofre então uma cisão interna, em que parte dela mantém a “ternura” anterior e continua a agir como se nada de anormal se passasse, exagerando por vezes obsessivamente a situação, de forma a agradar ao agressor e para que este não sinta raiva dela. A sua outra parte transforma-se num próprio agressor interno que agride a sua outra “metade” (Cromberg, 1998), num mecanismo de introjecção. Este mecanismo é activado, quando a criança introjecta a culpa do adulto, que em algum nível e grau também sente culpa pelo seu acto. A criança ao fazer uma identificação com o agressor, sente a sua culpa e introjecta-a.

É então através desta identificação introjectiva que a criança vai sentir a culpa do adulto como se dela fosse, esquece-se de si mesma para se igualar pelo menos ao agressor, não consegue reagir e deixa de confiar nos seus próprios sentimentos. Como muitas vezes estas situações de abuso são desmentidas/negadas pelo agressor e/ou alguém próximo deste, passam despercebidas ou se finge que puramente não existem, a criança irá perder também a confiança nas pessoas mais próximas (muitas vezes a própria mãe ou pai), o que a deixa ainda com maior sentimento de culpa, ainda mais dividida e confusa acerca da realidade, se é que aquela é mesmo a realidade, questionar-se-à ela. Num estado assim e em casos de abusos de longa duração é fácil perceber como se pode passar facilmente para um quadro de clivagem psíquica e psicoticismo (Cais, 2002). Tal como o afirma Furniss, citado por Cais em 2002, o abuso sexual de uma criança reveste-se de um síndrome de segredo para a criança e de adicção para o adulto. O segredo mantém o ciclo de abuso fechado. O adulto cria estratégias para que este segredo se mantenha e o ciclo não se quebre. São

exemplo destas estratégias a mudança de papéis (passa de pai a amigo especial, namorado, etc.) e a própria confusão de línguas quando é utilizada de forma a remeter a culpa directa e explicitamente para a criança. Se adicionarmos a identificação introjectiva por parte da criança a este hábito e dependência psicológica por parte do abusador, compreende-se que muitas destas crianças acabem por sentir excitação e procurar gratificação sexual no próprio abusador ou noutros numa compulsão da repetição (Cais, 2002).

IMPLICAÇÕES

As consequências destes abusos sexuais variam de acordo com certos factores (Cais, 2002): idade e relação da vítima e agressor, personalidade da vítima, duração e frequência da agressão, tipo e gravidade do acto e reacção do ambiente. Pós stress traumático, queixas somáticas, mudanças repentinas de comportamento, inibição ou agitação psicomotora, fobias, distúrbios obsessivo-compulsivos, revitimização, estigmatização, isolamento, baixa auto-estima, concentração e atenção, distúrbios sexuais, agressividade descontrolada, são tudo efeitos possíveis a curto e médio prazo que podem ocorrer entre 60 a 80% das vítimas. A longo prazo (cerca de 20% das vítimas) pode-se encontrar entre as vítimas, patologias tais como fobias crónicas, pânico, personalidade múltipla, depressão, revitimização, prostituição ou repetição do padrão abusivo (Cais, 2002). Em síntese e após o supramencionado, não nos podemos deixar de surpreender pela intrincada rede de complexidade com que se desenvolve todo este processo. Se atentarmos à teoria de Ferenczi e verificarmos o que uma “confusão de línguas” entre criança e abusador pode originar, é extraordinariamente compelidor tentarmos perceber como a partir deste fenómeno se desenrola todo um conjunto de mecanismos de defesa por parte da criança abusada e como esta pode passar para um quadro de inúmeras patologias, como consequência dos actos de abuso. É intenção do autor contribuir para uma reflexão crítica sobre este complexo mecanismo e fazer notar que as considerações e discussões científicas podem, se assim se pretender, ser posteriormente colocadas num plano mais directo, de modo a permitir uma discussão e intervenção em sociedade aberta. O objectivo último terá sempre de ser prevenir e impedir que mais situações de abuso sexual infantil ocorram.

REFERÊNCIAS

- Cais, A.C., & Almeida, D.C. (2002). *O fim do silêncio na violência familiar: Teoria e prática*. São Paulo: Summus. Consultado através de <http://books.google.pt/books?id=cOAWQYpsMIYC&pg=PA179&dq=abuso+sexual+de+crian%C3%A7as+ferenczi>
- Cromberg, R.U. (1998). *Cena Incestuosa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Filho, J., & Burd, M. (1998). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gabel, M., & Goldfeder, S., & Gomes, C. (1998). *Crianças vítimas de abuso sexual* (2ª ed.). São Paulo: Grupo Editorial Summus.
- Katz, C.S. (1996). *Férenczi: história, teoria, técnica*. São Paulo: Editora 34.
- McKibben, A. (1993). La classification des agresseurs sexuels. In J. Aubut et collaborateurs (Eds.), *Les agresseurs sexuels: Théorie, évaluation et traitement*. Montréal: Maloine.
- Sanches, G.P. (2005). *A psicanálise pode ser diferente*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Uchitel, M. (2001). *Neurose traumática: Clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SAÚDE EMOCIONAL NOS PROFESSORES:
ESTUDO DE EMOÇÕES POSITIVAS E DE
EMOÇÕES NEGATIVAS EM FUNÇÃO DO GÊNERO

Luís Sérgio Vieira / Saul Neves de Jesus

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve

SIGNIFICADO PSICOLÓGICO E AVALIAÇÃO DA AFECTIVIDADE
NO BEM-ESTAR SUBJECTIVO

Numa perspectiva psicológica, as emoções (e.g., alegria, medo, ansiedade, ira), enquanto reacções emocionais básicas que ocorrem em todo o indivíduo de qualquer cultura, exercem um papel crucial no bem-estar psicológico dos indivíduos, na comunicação e na interacção social, bem como estão intimamente relacionadas com a dicotomia saúde – doença. A análise histórica do conceito de emoção revela-nos uma trajectória em muito semelhante ao sucedido com o conceito de bem-estar, de uma tendência focada no que é negativo (mal-estar) para uma perspectiva direccionada para o positivo (bem-estar). Isto é, depois de, nos anos 50, as emoções serem entendidas como perturbações e, dessa forma, com responsabilidades em dificuldades de adaptabilidade do organismo às situações (Frijda, 1999), nos anos noventa, consequência das investigações e dos escritos revolucionários de Damásio (1995) que permitiram clarificar as bases biológicas das emoções e a estreita relação entre pensamento e emoção, passou-se a conferir funções adaptativas às emoções. Estas, tanto podem ser definidas como respostas a eventos significativos, constituídas por componentes do domínio da experiência subjectiva, do comportamento e da reacção fisiológica; como podem ser entendidas enquanto estados emocionais que envolvem valências positivas e negativas, logo, integrando uma componente afectiva que é, por sua vez, parte do bem-estar subjectivo (BES).

Em ciência, frequentemente, não existe a ou uma só definição para o mesmo conceito, sucedendo o mesmo com o de emoção, cujo enunciado varia consoante a sua interpretação funcional. No nosso caso situamos a emoção como dimensão emocional (vulgo afecto) do BES, pelo que não iremos fazer qualquer alusão à dimensão neuronal do afecto (vulgo emoção). De igual modo, ainda, existem diferentes formas de abordagem dos afectos. Enquanto uns tendem a seguir uma orientação de afecto específico, onde cada emoção tem um significado próprio e independente das outras emoções, outros procuram uma perspectiva dimensional dos

afectos. Diversas linhas de investigação e um grande número de análises sugerem que o modelo de Watson e Tellegen (1985) é aquele que melhor explica a dimensão afectiva do BES, logo aquele que tem reunido maior consenso na comunidade científica, dada a consistência sugerida pelas análises factoriais de duas componentes independentes: os afectos positivos e os afectos negativos. No mesmo sentido, Costa e McCrae (1980) afirmam que o equilíbrio entre afectos positivos e negativos indica o índice de BES global alcançado por uma pessoa, pelo que, uns e outros, contribuem de forma independente para o bem-estar.

Mais especificamente, as dimensões da afectividade positiva (PA) e pela afectividade negativa (NA), do modelo circular bidimensional de Watson e Tellegen (1985), representam duas componentes subjectivas dos sistemas bio-comportamentais gerais, a saber: o *sistema de inibição do comportamento*, cujo propósito é o de manter o organismo fora das situações adversas ou que representem dificuldades, inibindo todo o comportamento que possa conduzir à dor, ao castigo ou a qualquer outra consequência indesejável, pelo que os estados emocionais negativos associados à NA promovem a vigilância e motivam os indivíduos a evitar as situações potencialmente ameaçadoras; e o *sistema de facilitação do comportamento*, que procura dirigir ou aproximar o organismo de situações e experiências que potencialmente possam proporcionar prazer e recompensa, pelo que é esperável que os indivíduos procurem as situações que promovam as emoções positivas (Watson et al., 1999).

Assim, a afectividade positiva (PA) é a medida que reflecte o entusiasmo com a vida, isto é, traduz-se na tendência para experimentar sentimentos e emoções agradáveis, tais como: alegria, entusiasmo, orgulho e felicidade, e, por outro lado, a afectividade negativa (NA) é a medida que reflecte a indisposição ou perturbação, ou seja, exprime-se pela disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis, como: culpa, vergonha, tristeza, ansiedade e depressão (Diener et al., 1999).

O modelo citado reúne o maior consenso entre os investigadores, mas nem todos o corroboram. Por exemplo, uns questionam a bidimensionalidade do conceito de afectividade (e.g., Killgore, 2000); outros interrogam a independência – correlação entre PA e NA (e.g., Egloff, 1998). Assim, enquanto uns defendem a ortogonalidade da afectividade positiva e negativa, ou seja, como componentes independentes, em que o aumento numa das componentes não implica, necessariamente, uma diminuição da outra, e é possível a ocorrência simultânea de resultados elevados em ambas componentes; outros, os defensores da bipolaridade, são

apologistas de que as componentes da afectividade estão inversamente correlacionadas, de modo que um resultado elevado numa implica, necessariamente, um decréscimo na outra componente da afectividade.

Apesar da controvérsia, para a maioria dos autores, o BES é entendido como o resultado de experiências afectivas e avaliações cognitivas da vida e que a afectividade integra duas componentes independentes. Todavia, parece ser pouco sustentável admitir que um indivíduo ao revelar o peso e o sentido das emoções que experimentou, por exemplo a pretexto de uma determinada situação ou intervalo de tempo, não o faça suportado num julgamento, naturalmente, cognitivo. Nesta perspectiva, Cheng (2006) afirma que será difícil imaginar que uma pessoa satisfeita com a vida, com elevada afectividade positiva e baixo escore na afectividade negativa esteja descontente com a vida, pelo que as duas dimensões (afectivo e cognitivo) do bem-estar não são tão distintas como geralmente é assumido. Assim, Cheng propõe que a relação entre estas duas componentes não é linear, mas multiplicativa, criando o termo *well-being appraisal* (WBA), por nós livremente traduzido por “bem-estar estimado” para referir, de um modo geral, a componente cognitiva do BES. A sua *affective endowment-contrast theory* argumenta que o bem-estar estimado é função directa da preponderância dos afectos positivos sobre os afectos negativos. Todavia, o efeito de PA no índice estimado de bem-estar depende do nível de NA, de forma que o efeito é mais forte quando NA for alto do que quando NA for baixo. “That is, when life is rough, an everyday positive experience (such as the sight of flowers) which may have little or no effect ordinarily would go a long way in maintaining our sense of well-being. On the contrary, when life is going well, the effect of adding more positive experiences may just be marginal” (Cheng, 2006, p. 558).

A sua teoria assume a fórmula: $WBA = (PA - NA) + (NA \times PA)$. A expressão $PA - NA$, representa o *efeito de doação combinada* (*combined endowment effects*) de PA e NA, geralmente designado de balanço da afectividade, e a expressão $NA \times PA$ representa o *efeito de contraste* (*contrast effect*). Assim, quando NA for baixa, o produto deste termo é pequeno e o efeito em WBA é desprezível, mas quando NA for alto, o efeito de contraste serve para compensar o efeito de doação negativa de NA e, consequentemente, para elevar parcialmente o bem-estar. Os resultados que Cheng obteve demonstraram que os afectos positivos tinham um valor preditivo mais forte no bem-estar global e que o contraste afectivo aumenta, de certo modo, o bem-estar, uma vez que é compensado pelos efeitos dos afectos

negativos, ajudando, deste modo, a manter um sentido positivo do bem-estar quando as coisas não vão bem.

Sabemos que as avaliações globais de bem-estar emocional não equivalem à acumulação de uma série de avaliações de bem-estar de situações específicas (Kahneman, 1999), pelo que é importante distinguir entre a frequência e a intensidade das experiências emocionais (Robbins & Kliever, 2000). Na verdade, as investigações mais recentes têm vindo a revelar que não é a intensidade das emoções que é o melhor preditor da felicidade mas a sua frequência. Deste modo, o indivíduo que sente emoções agradáveis por períodos de tempo mais longos e experimente emoções desagradáveis intensas mas esporádicas, apresenta elevado nível de felicidade, mesmo que as emoções agradáveis sejam moderadas (Novo, 2000), pelo que a frequência de experiências emocionais positivas são mais importantes na determinação do bem-estar que a intensidade da experiência.

Nos estudos de aferição para a população portuguesa da *Satisfaction With Life Scale* (SWLS; Diener et al., 1985), Simões (1992) encontrou diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao sexo, com os homens a obterem resultados superiores às mulheres, mas Neto (1999), num outro estudo com recurso ao mesmo instrumento, não encontrou diferenças de género. Da revisão de vários estudos onde Simões e colaboradores (2000) encontraram magnitudes de efeito médio de $r=.04$, ou inferiores, concluem que, admitindo que as diferenças de género existam, os dados indicam que elas são muito pequenas. E, caso existam, e sejam favoráveis às mulheres, então, a explicação para o facto de ser também nelas que a depressão mais prevalece, passa pelo designado paradoxo do BES, talvez, uma vez que “os indivíduos do sexo feminino experienciam, mais forte e frequentemente, quer emoções positivas, quer negativas [...], as emoções positivas mais intensas contrabalançam as emoções negativas fortes, resultando daí um nível de BES não muito diferente do dos homens” (p. 272). Apesar de as investigações apresentarem resultados contraditórios, a literatura sugere, em termos globais, que o género é uma variável cujo seu efeito sobre o BES é inexistente ou bastante modesto dada a magnitude do efeito média ser muito pequena (Simões et al., 2003). Os domínios onde estas diferenças surgem mais sistematicamente, são nos das emoções negativas, tais como a tristeza, a ansiedade, o medo, ou ainda, mas de maneira menos sistemática, em comportamentos, como a irritabilidade, a agressividade, a hostilidade e os humores (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999). Uma explicação possível é apontada por Lucas e Gohm (2000), ao afirmarem

que as diferenças observáveis dependem da componente do BES que está a ser avaliada e de que forma, pois habitualmente, as mulheres têm mais tendência para sentir a afectividade negativa de forma mais intensa e com maior frequência que os homens.

Considerando o exposto colocou-se-nos a seguinte pergunta: os professores do ensino básico e do ensino secundário manifestarão expressões afectivas consoante o género?

MÉTODO

Participantes

Consideramos uma amostra de 526 professores de ambos os sexos; 350 (66,5%) do sexo feminino e 176 (33,5%) do masculino, de diferentes áreas científicas, dos 2º e 3º ciclos do ensino básico e do ensino secundário, que leccionavam no ano lectivo de 2004/05, 261 (49,6%) em cursos gerais ou científico-humanísticos, 61 (11,6%) em cursos tecnológicos e 204 (38,8%) em cursos profissionais.

Material

Os dados foram recolhidos através da aplicação da *Escala de Afectividade Positiva e Negativa* (PANAS; Watson & Clark, 1988; Simões, 1993), tendo-se obtido índices de consistência interna de 0,87 na PA e de 0,84 na NA. Schwarz e Strack (1999) sugere que o contexto no qual o BES é avaliado influencia as respostas, tanto mais que, de acordo com Robbins e Kliever (2000), os resultados obtidos num contexto permite que se coloque a questão se o BES é estável ou se é fortemente influenciado pelos eventos diários e pelos estados de humor do momento. Daí a nossa opção por fazermos associar os julgamentos das emoções ao contexto da relação pedagógica, através da utilização nas instruções da PANAS da seguinte referência temporal: “*durante as aulas da última semana*”. Refira-se, ainda, que a versão utilizada é constituída por 22 itens, onze para cada componente, uma vez que a inclusão de mais dois itens, em relação à versão original, tornou mais adequado o conteúdo da tradução, para além de Simões (1993) ter verificado que a sua inclusão melhorou os *alphas* e que os itens acrescentados revelaram boas correlações item/total.

RESULTADOS

No Quadro 1, são apresentadas as médias, os desvios-padrão e as correlações dos resultados nas variáveis estudadas. Da leitura da tabela é possível observar que os participantes apresentam pontuações superiores na afectividade positiva comparativamente à afectividade negativa e que os resultados tendem a estar, respectivamente, mais próximos do escore máximo ou abaixo do meio da escala dos valores possíveis.

Quadro 1

Estatística descritiva e correlações

| Variáveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------|---------|----------|------------|--------------|-------------|
| 1. PA | | | | | |
| 2. NA | -0,10* | | | | |
| 3. PA-NA ^a | 0,74*** | -0,74*** | | | |
| 4. NAXPA ^a | 0,20*** | -0,06 | 0,17*** | | |
| 5. WBA ^a | 0,64*** | -0,56*** | 0,80*** | 0,73*** | |
| M | 37,81 | 17,16 | 0,0001 | -0,10 | -0,10 |
| DP | 6,34 | 5,68 | 1,48 | 1,28 | 2,12 |
| Mínimo/Máximo | 11/55 | 11/43 | -7,54/3,79 | -14,02/11,61 | -21,57/9,61 |

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; ^aResultados padronizados.

As correlações vão no sentido esperado. De notar, em particular, que a variável PA, e as demais variáveis compósitas, estão associadas de maneira positiva com todas as variáveis à excepção da afectividade negativa, que revela uma relação em sentido negativo com as mesmas variáveis. As correlações mais elevadas registam-se entre o equilíbrio afectivo e o bem-estar estimado (0,80), seguido da associação entre PA e o balanço emocional (0,74) e, deste último, com NA num índice equivalente mas em sentido contrário. Todas as intercorrelações são estatisticamente significativas, e na sua maioria ao nível de $p < 0,001$, excepção feita à relação entre NA e o efeito do contraste.

No Quadro 2, são apresentadas as médias e os desvios-padrão dos resultados por sexo. Verificámos que os resultados são superiores na PA nos dois grupos por oposição à NA. A leitura dos escores obtidos revela-nos que os participantes do sexo masculino registam valores superiores aos do sexo feminino na afectividade positiva ($M=38,43$; $DP=6,70$), e nas medidas compósitas do equilíbrio afectivo ($M=0,21$; $DP=1,50$) e no bem-estar estimado ($M=0,05$; $DP=2,13$). Por outro lado, a amostra de professores do

sexo feminino apresenta os valores mais altos na afectividade negativa ($M=17,49$; $DP=5,87$) e no efeito de contraste ($M=-0,07$; $DP=1,25$).

Quadro 2

Médias e desvios-padrão dos resultados e t-Student nas medidas por sexo

| Amostras | Feminino (N=350) | | Masculino (N=176) | | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------|------------------|-----------|-------------------|-----------|----------|----------|
| Variáveis | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | |
| PA | 37,50 | 6,15 | 38,43 | 6,70 | -1,57 | 0,11 |
| NA | 17,49 | 5,87 | 16,50 | 5,24 | 1,90 | 0,05 |
| PA-NA ^a | -0,107 | 1,465 | 0,213 | 1,506 | -2,34 | 0,01 |
| NAxPA ^a | -0,072 | 1,257 | -0,163 | 1,338 | 0,76 | 0,44 |
| WBA ^a | -0,180 | 2,117 | 0,051 | 2,135 | -1,17 | 0,24 |

Nota. ^aResultados padronizados.

Na análise comparativa dos valores por sexo encontrámos apenas uma diferença estatisticamente significativa, ao nível de $p<0.05$, favorável aos professores do sexo masculino na escala que avalia o balanço da afectividade ($t=-2,34$; $p=0,01$), que, mesmo assim, não tem reflexo na variância do bem-estar, conforme esperado pelo que se disse atrás. Esta falta de homogeneidade no sentido dos resultados impeliu-nos a que analisássemos os resultados por item. A leitura individualizada das emoções sugerem uma certa tendência, mais ou menos constante, para os homens pontuarem mais nas emoções positivas e as mulheres nas emoções negativas, mesmo que na maioria dos casos sem significado estatístico relevante.

Ao nível da variância de resultados, as situações de excepção são cinco e estão distribuídas de forma equilibrada e homogénea, em termos de número e de sentido, entre professores do sexo feminino e professores do sexo masculino. As mulheres apresentam escores favoráveis e estatisticamente significativos, na escala de aflito(a) ($t=3,16$; $p=0,002$); na escala de irritável ($t=2,56$; $p=0,01$); e na escala de nervoso(a) ($t=2,18$; $p=0,02$). Por outro lado, os homens pontuam a seu favor na escala de forte ($t=-4,10$; $p<0,0001$) e na escala de inspirado ($t=-2,44$; $p=0,01$). Estes resultados parecem sugerir que os professores do sexo feminino da nossa amostra revelaram uma ligeira tendência para sentirem a afectividade negativa de forma mais intensa que os homens, nomeadamente revelando-se mais nervosas, irritáveis e aflitas que os seus colegas do sexo masculino. Estes, por outro lado, experimentaram com mais tenacidade emoções positivas, revelando-se inspirados e forte. Estas diferenças, para

além de reduzidas estão no sentido esperado, nomeadamente no que diz a amostra de outros países e constituídas por participantes de outras profissões.

Quadro 3

Médias e Desvio-padrão das emoções na PANAS em função do género

| Amostras Variáveis | Feminino (N=350) | | Masculino (N=176) | | t | p |
|-------------------------------|------------------|------|-------------------|------|-------|--------|
| | M | DP | M | DP | | |
| 1. Interessado(a) | 3,71 | 0,70 | 3,72 | 0,76 | -0,06 | 0,94 |
| 2. Afrito(a) | 1,85 | 1,08 | 1,55 | 0,88 | 3,16 | 0,002 |
| 3. Estimulado (animado)(a) | 3,43 | 0,84 | 3,51 | 0,90 | -1,03 | 0,30 |
| 4. Aborrecido(a) | 1,94 | 0,92 | 1,89 | 0,90 | 0,56 | 0,57 |
| 5. Forte | 3,23 | 0,85 | 3,55 | 0,79 | -4,10 | 0,0001 |
| 6. Culpado(a) | 1,22 | 0,55 | 1,27 | 0,59 | -0,89 | 0,37 |
| 7. Assustado(a) | 1,27 | 0,67 | 1,18 | 0,53 | 1,49 | 0,13 |
| 8. Hostil (inimigo)(a) | 1,16 | 0,47 | 1,18 | 0,56 | -0,34 | 0,73 |
| 9. Entusiasmado (arrebato)(a) | 3,19 | 0,95 | 3,31 | 0,99 | -1,26 | 0,20 |
| 10. Orgulhoso(a) | 3,16 | 1,02 | 3,16 | 1,02 | -1,28 | 0,20 |
| 11. Irritável | 2,00 | 1,02 | 1,77 | 0,86 | 2,56 | 0,01 |
| 12. Atento(a) | 3,78 | 0,71 | 3,84 | 0,82 | -0,87 | 0,38 |
| 13. Envergonhado(a) | 1,21 | 0,62 | 1,30 | 0,60 | -1,42 | 0,15 |
| 14. Inspirado(a) | 3,21 | 0,83 | 3,40 | 0,85 | -2,44 | 0,01 |
| 15. Nervoso(a) | 1,89 | 1,06 | 1,68 | 0,93 | 2,18 | 0,02 |
| 16. Decidido(a) | 3,69 | 0,78 | 3,81 | 0,83 | -1,59 | 0,11 |
| 17. Atencioso(a) | 3,75 | 0,77 | 3,80 | 0,77 | -0,69 | 0,48 |
| 18. Agitado (inquieta)(a) | 2,19 | 1,15 | 2,01 | 1,10 | 1,68 | 0,09 |
| 19. Activo (mexido)(a) | 3,57 | 0,87 | 3,57 | 0,89 | -0,03 | 0,97 |
| 20. Medroso(a) | 1,22 | 0,59 | 1,17 | 0,50 | 0,89 | 0,37 |
| 21. Emocionado(a) | 2,77 | 1,16 | 2,63 | 1,11 | 1,27 | 0,20 |
| 22. Magoado(a) | 1,55 | 0,94 | 1,50 | 0,87 | 0,53 | 0,59 |

Considerando que nas instruções da PANAS se fazia referência às emoções sentidas durante as aulas da última semana, os resultados aqui apresentados sugerem que, no global, os professores de ambos os sexos tendem a experimentar emoções equivalentes às que outros profissionais vivenciam na vida em geral ou na actividade profissional; e que a possível tendência para as mulheres experimentarem na vida em geral mais emoções negativas do que os homens se mantém na interacção social em contexto escolar. Um olhar mais cuidado, nomeadamente quanto ao tipo – frequência das emoções que os indivíduos tendem a experimentar, poderá vir a constituir um elemento fundamental para a definição de estratégias de promoção da saúde psicológica, quer no que diz respeito à vida pessoal, quer para a vida profissional, que no caso do grupo que estudámos ganha

especial relevo pela intensidade e significado da interação social na profissão de professor.

Os resultados obtidos no bem-estar, enquanto produto do aditamento do equilíbrio afectivo e do efeito do contraste, e a relação daquele indicador com as demais variáveis, sugerem conforme esperado e preconizado pelos autores atrás citados, que o índice de bem-estar esteja associado à relação, não necessariamente inversa, entre a PA e NA; e que o próprio impacto da afectividade positiva no bem-estar estimado possa depender do nível da afectividade negativa.

REFERÊNCIAS

- Cheng, S.-T. (2006). Negative emotions make positive emotions more salient in well-being appraisal. *Personality and Individual Differences*, 40, 557-567.
- Costa, P.T Jr., & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy. People. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Damásio, A. (1995). *O erro de Descartes* (8ª ed.). Lisboa: Publicações Europa – América.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Egloff, B. (1998). The independence of positive and negative affect depends on the affect measure. *Personality and Individual Differences*, 25, 1101-1109.
- Frijda, N.H. (1999). Emotions and hedonic experience. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 190-211). New York: Russell Sage Foundation.
- Kahneman, D. (1999). Objective Happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 3-25). New York: Russell Sage Foundation.
- Killgore, W. (2000). Evidence for a third factor on the Positive and Negative Affect Schedule in a college student sample. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 147-152.
- Lucas, R.E., & Gohm, C.L. (2000). Age and Sex differences in subjective well-being across cultures. In E. Diener & E.M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 291-318). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características da personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- Nolen-Hoeksema, S., & Rusting, C.L. (1999). Gender differences in well-being. In D. Kahneman, D. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 300-350). New York: Russell Sage Publications.
- Novo, R.F. (2000). *Para além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico de mulheres na idade adulta avançada*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Robbins, S.B., & Kliewer, W.L. (2000). Advances in theory and research on subjective well-being. In S. D. Brown & R.W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (3rd ed., pp. 310-345). New York: John Wiley & Sons.
- Schwarz, N., & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 61-84). New York: Russell Sage Foundations.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(3), 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII(3), 387-404.
- Simões, A., Ferreira, J.A.G.A., Lima, M.P., Pinheiro, M.d.R.M.M., Vieira, C.M.C., Matos, A.P.M., & Oliveira, A.L. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia Educação e Cultura*, IV(2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J.A.G.A., Lima, M.P., Pinheiro, M.d.R.M.M., Vieira, C.M.C., Matos, A.P.M., & Oliveira, A.L. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Psychologica*, 37(1), 5-30.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 820-838.

SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS:
ANÁLISE DAS DIFERENÇAS DE GÉNERO

Luísa Santos¹ / Anabela Pereira¹ / Feliciano H. Veiga²

¹Universidade de Aveiro; ²Universidade de Lisboa

Investigação apoiada pela FCT através da bolsa SFRH/BD/30085/2006

A frequência do ensino superior é, inquestionavelmente, um período de potencial desenvolvimento pessoal e social para o estudante (Tavares et al., 2007). Não obstante, sabemos também que é um período de stress acrescido, pois o jovem adulto é confrontado com uma série de desafios relacionados com: as tarefas desenvolvimentais, como a formação da identidade, autonomia crescente e o estabelecimento de relações íntimas; pressões do meio académico e pressões parentais para tirar boas notas, preocupações financeiras e ansiedades sociais (Kadison & DiGeronimo, 2004). Embora a maioria dos estudantes dê provas da sua resiliência e consiga encontrar estratégias adequadas para lidar com as adversidades, haverá alguns que se envolvem em estratégias disfuncionais e acabam por desenvolver diversos sintomas psicopatológicos.

Efectivamente, a saúde mental dos estudantes do ensino superior é um assunto que tem vindo a receber cada vez mais atenção nos últimos anos, devido, por um lado, à mediatização de alguns casos de suicídios e, por outro, à divulgação de diversos estudos que indicam que a saúde dos estudantes é pior do que a da população geral (Stewart Brown et al., 2000) e que sugerem um aumento da prevalência e da severidade dos problemas mentais apresentados pela população estudantil (Arehart-Treichel, 2002; Kitzrow, 2003).

Dados internacionais mostram que os problemas de saúde mental que mais conduzem os estudantes a procurar os serviços de aconselhamento de instituições do ensino superior são a ansiedade, depressão, comportamento suicida, auto-mutilação, abuso de substâncias, distúrbios alimentares e comportamento psicótico (Kadison & DiGeronimo, 2004; Sharkin 2006). A nível nacional, a situação parece ser semelhante, como reporta a Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES, 2002). Certo é que os problemas de saúde mental não afectam os estudantes indiscriminadamente. Há múltiplos factores que podem estar associados a uma maior ou menor vulnerabilidade para desenvolver uma psicopatologia específica, como predisposições genéticas, experiências de vida e características pessoais como a idade, o estatuto socioeconómico ou o

género. A análise do género, neste contexto revela diferenças ao nível da prevalência e curso da psicopatologia, bem como o impacto de factores biológicos, psicológicos e sociais na base dos problemas nos homens e mulheres (Judd, Armstrong, & Kulkarni, 2009). Vários estudos demonstram que as mulheres têm mais tendência para desenvolver sintomas de ansiedade ou depressão (Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi, & Oginni, 2006; Bayram & Bilgel, 2008), enquanto os homens têm mais tendência para problemas relacionados com o abuso de álcool ou drogas (Wagner, Stempluk, Zilberman, Barroso, & Andrade, 2007).

Acreditamos que a compreensão destas diferenças constitui um alicerce para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e promoção da saúde mental. Partindo desse princípio, o presente estudo tem como objectivo analisar as diferenças de género ao nível da saúde mental dos estudantes do ensino superior, mais concretamente no que concerne ao bem-estar, funcionamento e sintomatologia psicopatológica.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 666 alunos da Universidade de Aveiro, dos quais 55% são do sexo masculino e 45% do sexo feminino. As idades variaram entre os 18 e os 48, tendo como média os 20,55 anos. Tendo em conta que os dados foram recolhidos durante a fase de transição dos planos de estudos do período pré-Bolonha para os de Bolonha, encontramos alunos do 1º ao 5º ano de licenciatura, bem como alunos de formação inicial e mestrado 2º ciclo de Bolonha.

Material

A Medida de Saúde Comportamental-20 (MSC-20, Santos, Pereira & Veiga, 2008) é a versão portuguesa do Behavioral Health Measure-20 (Kopta & Lowry, 2002), um questionário de auto-resposta destinado a avaliar a saúde mental. Este instrumento é composto por 20 itens, cuja resposta é dada numa escala tipo Likert de 5 pontos, de 0 a 4.

Os 20 itens indicam a Saúde Mental Global. Para além disso, podemos encontrar três subescalas: Bem-estar (3 itens) que avalia o bem-estar e o

stress; Sintomas (13 itens) que verificam a presença de sintomas emocionais como a ansiedade ou a depressão; Funcionamento (4 itens), que explora o modo com o indivíduo lida com diferentes áreas da sua vida, como a escola ou as relações íntimas. O resultado em cada escala é calculado através da média dos vários itens que a compõe. Quanto maior o valor obtido, melhor a saúde mental. O mesmo se passa com as escalas relativas a sintomas, ou seja, quanto mais elevado o resultado, menor a sintomatologia, e consequentemente, melhor a saúde mental.

Este instrumento demonstrou boas propriedades psicométricas, tanto na versão original (α total=0,89 to 0,90), como na Portuguesa (α total=0,88).

Procedimento

Os dados foram recolhidos em contexto de sala de aula, após terem sido obtidas as autorizações por parte de vários docentes da Instituição. Nos momentos que antecederam a passagem dos questionários, os alunos foram esclarecidos acerca dos objectivos da investigação e do carácter voluntário da sua participação. Para além disso, foi lhes garantido o total anonimato e confidencialidade das respostas. Os dados foram posteriormente analisados com recurso ao programa SPSS (versão 17).

RESULTADOS

Uma vez que pretendemos estabelecer comparações entre dois grupos, os géneros masculino e feminino, baseámos as análises estatísticas no teste T de Student.

Como podemos observar no Quadro 1, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as escalas analisadas. Mais concretamente, o género masculino parece apresentar níveis mais elevados de saúde mental global, bem-estar e melhor funcionamento em diversas áreas de vida, do que o género feminino. Para além disso, o género masculino parece apresentar menos sintomas, especificamente no que diz respeito à depressão, ansiedade, pânico. As únicas excepções são o consumo de álcool e drogas e o risco de ferir os outros, que neste caso, afectam mais os homens.

Quadro 1

Comparação da saúde mental por género

| Escala | Homens (n=366) | | Mulheres (n=300) | | Teste <i>t</i> | <i>P</i> |
|---------------------|----------------|-----------|------------------|-----------|----------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | |
| MSC-20 | | | | | | |
| Saúde Mental Global | 3,05 | 0,45 | 2,74 | 0,51 | 8,20 | 0,0001 |
| Bem-Estar | 2,47 | 0,71 | 1,99 | 0,71 | 8,68 | 0,0001 |
| Funcionamento | 2,81 | 0,62 | 2,68 | 0,64 | 2,52 | 0,01 |
| Sintomas | 3,25 | 0,45 | 2,93 | 0,52 | 8,42 | 0,0001 |
| Depressão | 2,95 | 0,57 | 2,57 | 0,63 | 8,01 | 0,0001 |
| Ansiedade | 2,70 | 0,72 | 2,16 | 0,77 | 9,32 | 0,0001 |
| Pânico | 2,90 | 0,77 | 2,24 | 0,84 | 10,37 | 0,0001 |
| Álcool/ Drogas | 3,79 | 0,46 | 3,89 | 0,44 | -2,92 | 0,004 |
| Risco ferir outros | 3,74 | 0,66 | 3,86 | 0,56 | -2,61 | 0,009 |

DISCUSSÃO

No presente estudo foram encontradas diferenças de género claras, o que vai ao encontro da literatura existente. Com efeito, os homens parecem apresentar níveis mais elevados de saúde mental (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001; Nerdrum, Rustoen, & Ronnnestad, 2006). Por sua vez, as mulheres parecem sofrer de mais sintomas, especialmente no que diz respeito a ansiedade e pânico (Bayram & Bilgel, 2008; Watanabe, 1999; Wong, Cheung, Chan, Ma, & Tang, S., 2006) e depressão (Adewuya et al., 2006; Connell, Barkham, & Mellor-Clark, 2007). Não obstante, os homens foram os mais afectados por problemas ligados à violência e ao consumo de álcool e drogas (Bewick et al., 2008; Wagner et al., 2007) Em Portugal, semelhantes diferenças haviam sido relatadas noutros estudos, com populações clínicas, nomeadamente no de Rabasquinho e Pereira (2007), com utentes de um serviço de Psicologia de um Hospital.

Curiosamente, num estudo idêntico ao presente, realizado por nós no ano passado, com várias instituições do ensino superior de Portugal, foram obtidas diferenças significativas somente ao nível da ansiedade, pânico e consumo de álcool e drogas (Santos, Pereira e Veiga, 2009). Tendo em conta que são múltiplos os factores psicossociais que podem concorrer para explicar os resultados encontrados, acreditamos que outras variáveis não analisadas como as diferenças culturais, estatuto socioeconómico ou estabilidade dos sistemas familiares, por exemplo, poderão justificar as

diferenças encontradas entre os dois estudos, pelo que será conveniente procurar controlá-las no futuro.

Estratégias eficazes de prevenção de doenças mentais e de redução dos seus factores de risco não podem ser indiferentes ao género, se os riscos em si são específicos a cada género (Afifi, 2007). As instituições do ensino superior deverão estar cientes de um largo espectro de problemas de saúde mental e das vulnerabilidades associadas a cada género e partindo daí, desenvolver iniciativas para a diminuição dos níveis de sintomatologia e promoção do bem-estar e ajustamento. Neste âmbito, a prevenção, essencial à psicologia da saúde, deverá constituir uma prioridade.

REFERÊNCIAS

- Adewuya, O.A., Ola, B.A., Aloba, O., Mapayi, B.M., & Oginni, O.O. (2006). Depression amongst Nigerian university students: Prevalence and sociodemographic correlates. *Social Psychiatry Epidemiology*, 41, 674-678.
- 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.
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Med Journal*, 48(5), 385-391.
- Arehart-Treichel, J. (2002). Mental illness on rise on college campus. *Psychiatry News*, 37(6), 6-38.
- 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.
- Bewick, B., Mulhern, B., Barkham, M., Trusler, K., Hill, A., & Stiles, W. (2008). Changes in undergraduate student alcohol consumption as they progress through university. *BMC Public Health*, 8, 163
- Connell, J., Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35, 41-57.
- Judd, F., Armstrong, S., & Kulkarni, J. (2009). Gender-sensitive mental health care. *Australasian Psychiatry*, 17(2), 105-111.

- Kadison, R., & DiGeronimo, T.F. (2004). *College of the overwhelmed: The campus mental health crisis and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kitzrow, M.A. (2003). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41(1), 167-181.
- Kopta, S.M., & Lowry, J.L. (2002). Psychometric evaluation of the Behavioral health Questionnaire-20: A brief instrument for assessing global mental health and the three phases of psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*, 12(4), 413-426.
- Nerdrum, P., Rustoen, T., & Ronnnestad, M. (2006). Student psychological distress: A psychometric study of 1750 Norwegian 1st year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50 1), 95-109.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3, 439-454.
- RESAPES (2002). *A situação dos serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior em Portugal* (vol. 1 e 2). Lisboa: RESAPES.
- Roswell, M. (1997). The well and sick young adult. In P. Webb (Ed.), *Health Promotion and Patient Education: A professional's guide* (pp. 119-141). Cheltenham: Stanley Thornes.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008). Estudo preliminar das características métricas da versão portuguesa do Behavioral Health Measure-20. In A.P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII Conferencia internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2009). How's the mental health of higher education students in Portugal? In *Actas da 1st International Conference of Psychology and Education*. Covilhã.
- Sharkin, B.S. (2006). *College students in distress: A resource guide for faculty, staff and campus community*. New York: The Haworth Press.
- Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, S., Doll, H., Balding, J., & Regis, D. (2000). The health of students in institutes of higher education: An important and neglected public health problem? *Journal of Public Health Medicine*, 22, 492-499.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A.A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Wagner, G., Stempliuk, V., Zilberman, M., Barroso, L., & Andrade, A. (2007). Alcohol and drug use among university students: gender differences. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 123-129.
- Wong, J., Cheung, E., Chan, K., Ma, K., & Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 777-782.

A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE
NA PERCEPÇÃO DE SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA
EM INDIVÍDUOS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA.

*Luísa Pedro^{1,2} / José Pais-Ribeiro^{2,3} / Rute Meneses⁴ / Isabel Silva⁴ /
Helena Cardoso^{5,6} / Denisa Mendonça⁶ / Estela Vilhena⁶ /
Madalena Abreu³ / Ana Martins⁵ / António Martins-da-Silva^{5,6}*

¹ESTES-Lisboa; ²Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde,

ISPA – Instituto Universitário; ³FPCE, Universidade do Porto;

⁴Universidade Fernando Pessoa, Porto; ⁵Hospital Sto. António, Porto;

⁶ICBAS, Universidade do Porto

This research was supported by FCT Grant PTDC/PSI/71635/2006

Os conceitos de religião e a espiritualidade foram considerados como um único e mesmo conceito até ao advento do século XX. A partir daqui observou-se uma distinção gradual entre a religião como práticas e crenças sobre o sagrado ou divino, e espiritualidade que passou a significar algo relacionado com a experiência emocional (Hill et al., 2000).

Segundo King e Koenig (2009), a espiritualidade é a busca pessoal pela compreensão de respostas para as perguntas fundamentais sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar a um desenvolvimento de rituais religiosos.

A espiritualidade começou a fazer parte dos assuntos de interesse para a saúde, muito recentemente e esta temática tem vindo a ser cada vez mais desenvolvida em vários estudos que envolvem a prevenção e a gestão da doença, nomeadamente nos indivíduos que estão nos cuidados paliativos e em doentes com doença grave (Lukoff, Provenzano, Lu, & Turner, 1999; McCullough, Hoyt, Larson, Koenig & Thoresen, 2000).

Pais-Ribeiro e Pombeiro (2004) sugerem que a espiritualidade relacionada com a saúde é conceptualmente diferente da religiosidade, assim a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjectiva, solitária e inerente a cada indivíduo. Esta diferenciação é tanto maior, quanto mais grave o indivíduo percebe o seu estado de saúde. Segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2007) A espiritualidade nos cuidados de saúde é uma dimensão importante do homem, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui uma unidade individual, no qual cada pessoa se distingue das outras.

Os trabalhos de investigação desenvolvidos por (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold, & Targ, 1999) sugerem que o bem-estar espiritual está associado à qualidade de vida, mas também ao fatalismo e ao negativismo. De fato, há evidências que mostram que a espiritualidade é um conceito importante na forma como cada indivíduo lida com a doença, oferecendo alguma protecção contra a percepção de falta de esperança e com o desespero em doentes terminais. No entanto, não existe ainda, um consenso sobre a importância da espiritualidade na saúde e bem-estar em indivíduos com doença, e qual o impacto que a espiritualidade tem nos benefícios em saúde para os indivíduos. As definições multi-dimensionais adoptam uma conceptualização da Espiritualidade, como uma abordagem individual e aberta na busca de sentido para a vida, como uma busca transcendental da verdade, que pode incluir um senso de ligação com outros, com a natureza e/ou com o divino (Büssing, Ostermann & Matthiessen, 2005). Estes autores descrevem a espiritualidade como uma percepção que integra existência do indivíduo como um ser competente e capaz de lidar com as dificuldades da vida, e com as limitações de recursos humanos existenciais, e na construção de uma orientação cognitiva importante para o funcionamento pessoal.

Pinto e Pais-Ribeiro (2007) desenvolveram uma escala de espiritualidade com objectivo de medir esta dimensão, tanto em indivíduos saudáveis, como com diagnóstico de doença. Esta escala integra duas dimensões espirituais, uma dimensão associada à relação com o transcendente, relacionada com a prática religiosa, e uma dimensão existencial, mais relacionada com o conceito de esperança, atribuindo um significado para a vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio. Na escala desenvolvida por estes autores o aspecto da transcendência está associada às “crenças”, e o aspecto relacionado com a dimensão existencialista está associado à “esperança/ optimismo”. Segundo os autores, esta última dimensão aparece relacionada com o conceito de qualidade de vida.

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença neurodegenerativa, progressiva e sem cura que atinge milhões de indivíduos em todo o mundo, com especial incidência para as mulheres jovens que vivem em climas temperados. Esta doença caracteriza-se pelas progressivas desvantagens nos aspectos físicas, psíquicas e sociais em consequência da doença (Kobelt, Berg, Lindgren, Fredrikson, & Jonsson, 2006). A espiritualidade poderá ser um aspecto facilitador na gestão da vida diária destes indivíduos.

O objectivo deste estudo é verificar em que medida a espiritualidade se relaciona com a percepção de saúde, a percepção de doença e a Qualidade de vida em indivíduos portadores de EM.

MÉTODO

O estudo é exploratório e descritivo. Os participantes deste estudo são 101 indivíduos com diagnóstico definitivo de EM confirmado há mais de três anos, e reintegrados na sua vida do dia a dia, e sem alterações mentais. Esta amostra foi obtida através da Associação Portuguesa de Esclerose Múltipla entre os indivíduos associados entre 20 e 40 anos, que vivam na região de Lisboa e que exercem uma actividade profissional, estando alguns com baixa médica, devido à doença. Os dados são confidenciais, e são obtidos após a declaração de consentimento informado.

Dos 101 participantes, (65,3%) são mulheres e (34,7%) homens, havendo assim uma diferença de cerca de 3 para 1, tal como indicam os estudos epidemiológicos; A idade média é $M=35,6$ e $DP=6,6$; escolaridade de $M=14,0$, entre 4 e 22 anos, com $DP=3,6$, a maioria dos sujeitos são casados ou vive em união de facto (64,4%), a maioria vive na cidade de Lisboa, (51,5%) não vai acompanhada às consultas por não necessitar. Relativamente aos anos de diagnóstico da doença registou-se uma média, $M=8,2$ encontrando indivíduos entre 1 e 20 anos de diagnóstico de EM.

Utilizamos como instrumentos de avaliação a Escala de Espiritualidade (ET) desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) constituída por duas dimensões: espiritualidade crenças (EC) e espiritualidade esperança (EE), num total de 5 itens. Esta escala foi validada com uma amostra de 426 sujeitos a quem tinha sido diagnosticado cancro, e que se encontravam em situação de *follow-up*. Mostra boas propriedades psicométricas. Utilizamos também, para avaliar esta temática, três questões relacionadas com a percepção de saúde, a percepção de doença e a Qualidade de vida, destes indivíduos, são elas: Em geral como classificaria a sua doença? (Q1); Em geral como diria que é a sua saúde (Q2); Em geral como classifica a sua qualidade de vida? (Q3). A resposta a estas questões é dada numa escala ordinal com 10 alternativas de resposta

Na análise dos resultados utilizou-se o SPSS, versão 16.

RESULTADOS

A inspecção da correlação entre as dimensões consideradas são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1

Correlações entre as dimensões da Escala de Espiritualidade e as questões sobre percepção de saúde, a percepção de doença e a Qualidade de vida

| Escala de Espiritualidade | Q1 | Q2 | Q3 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|
| Espiritualidade Crenças (EC) | -0,26* | NS | NS |
| Espiritualidade Esperança (EE) | NS | -0,23* | -0,37* |
| Espiritualidade Total (EE) | -0,25* | NS | -0,25* |

Nota. * $p < 0,05$; (Q1) Em geral como classificaria a sua doença; (Q2) Em geral como diria que é a sua saúde; (Q3) Em geral como classifica a sua qualidade de vida.

Os resultados deste estudo mostram que, quando estudámos a relação entre as variáveis da escala de espiritualidade e a questão “em geral como classificaria a sua doença?”, os resultados indicam que existe uma correlação estatisticamente significativos entre a espiritualidade e a percepção de doença, ou seja, quanto mais grave o individuo percebe a sua doença, menor é a sua percepção de espiritualidade. Contudo esta percepção é significativa para a dimensão “crenças da espiritualidade”. Quando estudamos a relação entre as variáveis da espiritualidade e percepção de saúde, verificamos que somente na dimensão “esperança”, existe valor de correlação estatisticamente significativo, neste caso quanto maior for a percepção de saúde menor será a percepção de espiritualidade, na sua vertente mais existencialista. Por último verificamos que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção de qualidade de vida e a espiritualidade, nomeadamente na dimensão “esperança”, sugerindo, também aqui, que este conceito de qualidade de vida está relacionado fundamentalmente com a percepção mais existencialista do conceito de espiritualidade.

Globalmente verifica-se que a dimensão “crenças” está associada com a avaliação dos aspectos negativos (doença) e a dimensão “esperança” com as dimensões positivas (saúde e qualidade de vida)

DISCUSSÃO

Este estudo permite conhecer a importância do conceito de espiritualidade em indivíduos portadores de uma doença crónica, progressiva e incapacitante, como é o caso da EM. O conceito de espiritualidade esteve, durante muitos séculos, nas sociedades ocidentais de inspiração judaico – cristãs, muito associado à relação do indivíduo com o divino e as suas crenças religiosas. Contudo, ao longo destes últimos anos, existem correntes que diferenciam a percepção de espiritualidade com base nas crenças e a percepção de espiritualidade com base em conceitos mais existencialistas muito associados ao conceito de esperança (Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004).

A importância da espiritualidade em contextos de doença, no nosso estudo, em indivíduos com EM, parece ser um factor importante na capacidade individual para lidar com as dificuldades do dia a dia, e na sua capacidade para implementar um conjunto de estratégias facilitadoras da sua vida.

Através do nosso estudo podemos concluir que a espiritualidade associada às crenças, envolvendo a relação com o divino e as práticas religiosas, parece ser facilitador na percepção de doença, ou seja, quanto maior for a espiritualidade crenças, mais positiva é a percepção de doença, a percepção de saúde e a percepção de qualidade de vida. Este factor poderá ter duas leituras, se por um lado a dimensão da espiritualidade “crenças” minimiza os efeitos negativos de percepção de doença, por outro lado, pode dificultar a percepção real da gravidade da doença.

No que diz respeito à percepção de saúde, somente a dimensão de espiritualidade “esperança”, tem influência estatisticamente significativa embora moderada. Assim os resultados indicam que quanto menor for a percepção de saúde, mais importância os indivíduos dão aos aspectos relacionados com o significado com a vida, numa leitura mais existencialista do homem com a sua existência e na relação com o mundo e os outros.

Relativamente à percepção de qualidade de vida, a leitura dos resultados é idêntica à da percepção com a saúde, estabelecendo uma relação mais forte entre a percepções de qualidade de vida e a vertente mais existencialista da espiritualidade.

Podemos pois concluir que, no nosso estudo, a espiritualidade parece ser um conceito importante na percepção de doença, de saúde e de qualidade de vida. Contudo, relativamente à percepção de doença, parece ser a corrente da espiritualidade crenças a mais importante, enquanto na

percepção de saúde e qualidade de vida a corrente existencialista da espiritualidade é mais determinante.

REFERÊNCIAS

- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. (2005). Role of Religion and Spirituality in Medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44(3), 321-340.
- Cotton, S.P., Levine, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*, 8, 429-438.
- Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., McCullough, M.E., Swyers, J.P., Larson, D.B., & Zinnbauer, B.J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
- King, M., & Koenig, H. (2009). Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Services Research*, 9, 116-117.
- Kobelt, G., Berg, J., Lindgren, P., Fredrikson, S. & Jonsson, B. (2006). Coast and quality of life in multiple sclerosis in Europe. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77, 918-926.
- Lukoff, D., Provenzano, R., Lu, F., & Turner, R. (1999). Religious and spiritual case reports on Medline: A Systematic analysis of records from 1980-1996. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5, 64-70.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- Pais-Ribeiro, J.L., & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In J. Pais-Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 757-69). Lisboa: ISPA.
- Pinto, C.A., & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construction of a spirituality scale for use in health settings. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.

DIFERENÇAS QUANTO AO GÊNERO RELATIVO A QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Luísa Pedro¹ / José L. Pais Ribeiro²

¹Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Politécnico de Lisboa; ²FPCE, Universidade do Porto

A qualidade de vida é um conceito do domínio de várias disciplinas. No entanto, mais recentemente tem sido estudada com particular interesse no campo da saúde e das doenças. Os indicadores de qualidade de vida dos indivíduos em contexto de saúde e doença, começam a ser considerados como resultados importantes não só para a monitorização de práticas e de resultados na saúde e nas doenças, mas como indicadores da gestão dos recursos. No domínio da saúde, este conceito começa por ser uma preocupação não só relacionada com a evolução dos indivíduos doentes e com os cuidados que lhe são prestados, mas também é uma preocupação para os cuidadores e os pagadores, quanto à forma como são utilizados e rentabilizados os recursos, no sentido de proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos doentes (Pais-Ribeiro, 2004, 2005).

Com a generalização deste conceito no domínio da saúde, assistimos a alterações na própria definição de saúde e doença, na medida em que a percepção de saúde altera a avaliação de medidas negativas como doença, incapacidade, desconforto, insatisfação, entre outras, para medidas positivas como satisfação, capacidade funcional, recuperação, etc., na qual é determinante a avaliação da qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 2004, 2005). No campo específico das doenças ou dos cuidados de saúde a expressão termo utilizada tem sido “qualidade de vida relacionada com a saúde” ou seja, a qualidade de vida que está relacionada com as especificidades da doença em estudo (medicação, tratamentos, evolução da doença, etc.).

Alguns autores propõem modelos explicativos da qualidade de vida relacionados com a saúde. Por exemplo, para Sprangers e Schwartz (1999), existe um mecanismo dinâmico de feedback que permite adquirir a percepção individual de qualidade de vida. As alterações individuais do estado de saúde estão relacionadas com os comportamentos, as cognições e os processos afectivos, necessários para vivenciar a doença. Estes processos têm a capacidade de alterar os padrões, os valores e as concepções individuais de qualidade de vida relativamente à resposta, à mudança, que pode influenciar a percepção da mesma. A chave dos mecanismos individuais, a sua magnitude e o tipo de resposta à mudança, dependem das características disposicionais do indivíduo.

Para Murrell e Kenealy (1999), o conceito básico de qualidade de vida relacionado com a doença está muitas vezes associado a outros conceitos, tais como: estado de saúde, satisfação com a vida e bem-estar subjectivo. A conceptualização de qualidade de vida na saúde não é uma finalidade, nem uma aspiração, por parte das pessoas, mas faz parte de um percurso para atingir um fim. Os factores, que contribuem para a percepção de uma boa ou má qualidade de vida são, provavelmente, individuais e contextualizáveis. Nos estudos desenvolvidos por Mitchell, Léon, Gonzalez e Navarro (2004, 2005), a progressão da doença e a consequente degradação do estado físico e mental dos indivíduos com esclerose múltipla, conduzem inevitavelmente à redução da autonomia dos indivíduos, e esta, por sua vez, está relacionada com a baixa percepção de qualidade de vida.

A qualidade de vida é assim um construto que avalia os vários problemas que afectam o doente e que estão relacionados com a doença, numa perspectiva física, psíquica e social, ou seja, multidimensional, na qual a avaliação do doente é fundamental (Shawaryn, Schiaffino, LaRocca & Johnston, 2002).

Nos estudos realizados por León, Morales, Navarro e Mitchell (2003) foi mostrado que a duração prolongada da doença, o grau de gravidade e a sua rápida progressão, aumentam a ansiedade e a depressão nos indivíduos portadores de esclerose múltipla, estando estes sintomas fortemente associados a domínios da qualidade de vida como: vitalidade; saúde mental; função cognitiva; qualidade de vida em geral; função sexual; alterações emocionais; fadiga; memória e perturbação da concentração.

Estes mesmos autores mostram nos seus estudos, que a duração da doença, o seu percurso clínico avaliado através da escala de danos neurológicos (EDSS), têm impacto, não só na incapacidade física e funcional destes indivíduos, como também nas funções cognitivas e emocionais. Estas alterações em doentes com esclerose múltipla conduzem muitas vezes, a situações de exclusão social, desemprego ou trabalho precário, bem como a restrições de actividades sociais em geral e a alterações na participação activa nas actividades do agregado familiar, sendo mais relevantes nas mulheres.

Em estudos comparativos entre população saudável e população com doença crónica, aplicando o instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36 conclui-se que os homens têm melhores níveis de percepção de qualidade de vida que as mulheres, tanto nos grupos de pessoas saudáveis com em indivíduos doentes (Pais-Ribeiro, 2005).

O objectivo deste estudo é verificar as diferenças na qualidade de vida entre homens e mulheres com esclerose múltipla.

MÉTODO

O estudo é exploratório e descritivo.

Participantes

Os participantes deste estudo constituem uma amostra sequencial. São 280 indivíduos com diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, não havendo dúvidas no seu diagnóstico neurológico, sem alterações mentais. Esta amostra foi obtida na consulta externa dos hospitais: Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central, Hospital de Sta Maria e Hospital de Egas Moniz. Dos 280 participantes, 200 (71,4%) são mulheres e 80 (28,6%) homens, havendo assim uma diferença de cerca de 3 para 1, ou seja, as mulheres são o grupo predominante nesta doença tal como a investigação epidemiológica refere para a população em geral: registou-se uma idade média $M=39,23$ (entre os 16 os 70 anos) e $DP=11,21$, escolaridade de $M=11,80$, encontrando-se entre os valores 3 e 25 anos, com $DP=4,59$, a maioria dos sujeitos são casados (60,7%), a maioria (64,6%) tinha uma actividade de trabalho normal ou full time, a maioria (56,8%) vinha acompanhada à consulta e destes (30,4%) faziam-se acompanhar pelo/a companheiro/a. Relativamente aos anos de diagnóstico registou-se uma média de $M=7,21$ encontrando indivíduos entre 0,5 a 37 anos com diagnóstico de esclerose múltipla.

Material

Utilizámos a Multiple Sclerosis Quality of Life (MSQoL-54), uma escala desenvolvida por Vickrey, Hays, Harooni, Myers e Ellison (1995), específica para avaliar a Qualidade de Vida em doentes com Esclerose Múltipla. É constituída por 54 itens, combinando itens da escala de avaliação de qualidade de vida genérica, o 36-Item Health Survey (SF-36), com outros itens relevantes (18 itens) e específicos na Esclerose Múltipla, geralmente itens que expressam sintomas da doença. O SF-36 tem como

objectivo avaliar a qualidade de vida de uma forma genérica, podendo ser aplicado a várias populações. É constituído por 36 itens divididos por 8 dimensões: saúde geral (5 itens); vitalidade (4 itens); função social (2 itens); saúde mental (5 itens); desempenho emocional (3 itens); função física (10 itens); desempenho físico (4 itens) e dor (2 itens) e mais um item de transição de saúde. Na elaboração da escala (MSQOL-54) foram criados mais 18 itens específicos da Esclerose Múltipla. Alguns destes itens foram associados a algumas dimensões já existentes da escala SF-36. Outros itens foram elaborados de forma a constituir novas dimensões, que avaliam a Qualidade de Vida dos indivíduos com Esclerose Múltipla. A MSQOL-54 fica, então, constituída por 12 dimensões que se subdividem em duas componentes: componente física e mental. Assim, para a componente físico as dimensões encontradas foram: função física; desempenho físico; dor; saúde em geral; vitalidade; função sexual; função social e distress. Para a componente mental foram atribuídas as seguintes dimensões: qualidade de vida em geral; bem-estar emocional; desempenho emocional e função cognitiva. Foram encontrados bons valores de validação psicométrica pelos autores. Esta escala, na parte específica da esclerose múltipla está em processo de validação para a população portuguesa.

RESULTADOS

Na análise dos resultados utilizamos o “Statistical Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 16, utilizando os testes de comparação de médias entre os grupos, para avaliar diferenças entre género para as várias dimensões da MSQOL-54, e que são mostradas no Quadro 1.

Através da análise do quadro 1 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas com base no género relativamente às dimensões da Qualidade de vida: “função física”, “desempenho físico”, “desempenho emocional”, “dor”, “bem-estar emocional”, “vitalidade” e “função cognitiva”. Em todas estas dimensões, os homens apresentam valores mais elevados de que as mulheres. Verificando-se assim que em várias dimensões do domínio dos componentes físicos e dos componentes psicológicos, os homens com esclerose múltipla expressam maior qualidade de vida do que as mulheres. Principalmente nas dimensões: “desempenho físico”, “desempenho emocional” e “vitalidade” o estudo apresenta diferenças mais acentuadas entre homens e mulheres.

Quadro 1

Diferenças com base no género para as dimensões da MSQOL-54

| Dimensões da MSQOL | Masc-M | Fem-M | F | p |
|-------------------------|--------|-------|-------|--------|
| Função física | 65,50 | 55,97 | 6,18 | 0,01 |
| Desempenho físico | 68,92 | 54,54 | 12,53 | 0,0001 |
| Desempenho emocional | 61,18 | 45,27 | 10,33 | 0,001 |
| Dor | 71,18 | 63,95 | 4,78 | 0,03 |
| Bem-estar emocional | 61,70 | 53,79 | 5,45 | 0,02 |
| Vitalidade | 52,55 | 44,81 | 7,01 | 0,009 |
| Saúde em geral | 48,43 | 45,54 | 1,33 | NS |
| Função social | 72,08 | 66,28 | 3,39 | NS |
| Função cognitiva | 73,67 | 67,30 | 3,65 | 0,05 |
| Distress com a saúde | 57,46 | 55,12 | 0,45 | NS |
| Qualidade vida em geral | 59,60 | 61,90 | 0,87 | NS |
| Satisfação sexual | 35,71 | 39,63 | 1,09 | NS |
| Função sexual | 24,89 | 29,06 | 0,92 | NS |
| Alteração estado saúde | 50,31 | 49,12 | 0,15 | NS |

Nota. MSQOL: escala de Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla; Masc.: masculino; Fem: feminino.

DISCUSSÃO

A qualidade de vida em indivíduos com doenças crónicas, nomeadamente em doenças progressivas que alteram as condições físicas, psíquicas e sociais é uma variável muito importante na avaliação na progressão da doença. Contudo a chave dos processos individuais, a sua magnitude e o tipo de resposta à mudança, dependem das características do indivíduo e no meio em que ele se encontra (Sprangers & Schwartz, 1999). Assim não só os factores que são inerentes à doença vão influenciar a qualidade de vida dos indivíduos com doença crónica, mas também, existem outros factores de ordem pessoal que podem ser muito importantes. Nos estudos sobre a qualidade de vida em população saudável e em população com doença crónica, realizado por Pais-Ribeiro, (2005), concluiu-se que em ambos os grupos, os homens tinham melhor qualidade de vida que as mulheres. Parece pois que esta vantagem masculina é uma constante, para esta variável, independentemente da existência de doença crónica.

Neste estudo podemos concluir que os homens portadores de esclerose múltipla tem melhor qualidade de vida que as mulheres, em muitas das dimensões da escala de qualidade de vida, em especial nas dimensões físicas e psicológicas, e menos nas dimensões sintomáticas. Relativamente às dimensões relacionadas com as relações sociais, factores relacionadas

com a sua saúde e variáveis do domínio do desempenho e satisfação sexual não foram encontradas diferenças entre géneros.

Evidencia-se neste estudo que relativamente aos factores da expressão da doença, não existem diferenças: elas ocorrem relativamente aos factores individuais (físicos e psicológicos), destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

- León, J., Morales, J., & Navarro, J. (2002). Health-related quality of life and its relationship to cognitive and emotional functioning in multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*, 9, 497-502.
- León, J., Morales, J., Navarro, J., & Mitchell, A. (2003). A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 25(23), 1291-1303.
- Mitchell, A., León, J., Gonzalez, J., & Navarro, J. (2004). A systematic approach to analyse health-related quality of life in multiple sclerosis: The GEDMA study. *Multiple Sclerosis*, 10, 47-54.
- Mitchell, A., León, 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.
- Murrell, R., & Kenealy, P. (1999). Assessing quality of life in persons with severe neurological disability associated with multiple sclerosis: The psychometric evaluation of two quality of life measure. *British Journal of Health Psychology*, 4, 349-362.
- Pais-Ribeiro, J. (2004). Quality of Life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23(1), 121-130.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck.
- Shawaryn, M., Schiaffino, K., LaRocca, N., & Jonhston, M. (2002). Determinants of health-related quality of life in multiple sclerosis: The role of illness intrusiveness. *Multiple Sclerosis*, 8, 310-318.
- Sprangers, M., & Schwartz, C. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. *Social Science & Medicine*, 48(11), 1507-1515.
- 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.

MIGRANTES, SAÚDE E LAZER: A PROCURA DE UMA RELAÇÃO

Luísa Ramos Santos¹ / Carlos Subtil¹ / Nicole Viana²

¹Inst. Politécnico de Viana do Castelo; ²Centro Saúde de Viana do Castelo

Os fluxos migratórios são um fenómeno que se perde na memória dos tempos, que se organizaram sob diversas formas, pelas mais variadas razões e, também, com consequências diversas que resultam dos processos de integração e de coesão (Fonseca, 2003), no contacto entre culturas diferentes. Neste encontro intercultural em que está presente a cultura do país de acolhimento e a de todos os outros países de origem dos imigrantes, operam-se fenómenos de enculturação – mudanças provocadas nos indivíduos por influência do seu próprio contexto cultural – e de aculturação – mudanças que resultam do contacto directo e contínuo de duas culturas diferentes. Aumenta assim a necessidade de valorizar os conceitos de diversidade cultural, cultura emergente e risco de perda de identidade cultural. É desejável que hajam ganhos nestes contactos interculturais, que se mantenha a cultura de origem e, em simultâneo, se adira à cultura de acolhimento, construindo-se assim a diversidade cultural.

O processo de aculturação envolve, por si só, um conjunto importante de mudanças a todos os níveis: biológicas, físicas e psicossociais: muda-se o clima, mudam-se os hábitos alimentares, muda-se a língua, mudam-se os valores, muda-se a organização do país (Sousa, 2006).

Na pós-modernidade, as migrações realizam-se num contexto de globalização, num quadro de explosão das redes de comunicação que modificam o espaço e que fazem com que o longe fique perto, que os continentes se aproximem, que se derrubem fronteiras e se banaliza a rapidez na circulação das ideias, bens e pessoas. Deslocar-se torna-se assim cada vez mais fácil e os fluxos migratórios têm vindo a aumentar consideravelmente.

Estes fenómenos podem ser observados sob diversas perspectivas. No âmbito das nossas preocupações, interessa-nos colocar o foco nos processos de saúde-doença a nível individual e familiar por considerarmos a família como principal contexto de vida das pessoas.

Para além de mudanças que vão exigir processos de adaptação complexos, o processo migratório inclui todo um conjunto de rupturas relativas ao espaço e ao tempo. Os indivíduos que migram passam por uma experiência determinante no seu processo vivencial que abrange também toda a família (Ramos, 2004). A família tem um papel cada vez mais

reconhecido e valorizado sendo necessário esclarecer e avaliar o impacto destes processos de forma holística, ou seja, como se reflecte no sistema familiar a forma com o(s) seu(s) membro(s) está(ão) a vivenciá-lo e, por outro lado, de que forma a família se constitui num recurso significativo nas estratégias que o indivíduo usa para lidar com a situação. Como dificuldade acrescida, verifica-se, não raras vezes, que as sociedades de acolhimento colocam restrições à reunificação das famílias (Fonseca, 2005).

Estes processos migratórios, frequentemente associados ao objectivo de melhorar a estabilidade social, económica e psicológica, apresentam muitas dificuldades. Grande número de migrantes e de minorias étnicas pertencem a estratos sócio-económicos baixos o que faz com que frequentemente a classe social e a origem étnico/cultural estejam associadas. As políticas de imigração dos países mais desenvolvidos são cada vez mais restritivas e privilegiam os imigrantes com maiores habilitações académicas ou profissionais (Figueiredo, 2005; Ramos, 2004).

Em 2007, a Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 estabeleceu um Plano para a Integração dos Imigrantes concebendo, na base de certos princípios orientadores, um conjunto de medidas em diversas áreas.

Porque nos interessa compreender os processos de saúde-doença nos imigrantes, vejamos algumas questões. Desde logo, queremos destacar a falta de consensualidade sobre o conceito: pela variabilidade das situações sociais e culturais, pela forma subjectiva como as pessoas avaliam a sua própria saúde de acordo com as suas normas e expectativas, pelas diferenças de percepção do público em geral e a dos profissionais sobre o que se considera doença ou incapacidade, as suas causas e formas de tratamento e pelas divergências entre os próprios profissionais de saúde; estar saudável tem um significado diferente para pessoas diferentes, sendo que, para muitos, quer dizer, simplesmente, não estar doente; também pode ser considerada como um bem adquirido, só se pensando nela quando a doença surge; pode significar força e robustez, ou ter reservas para lutar contra a doença e lidar com o *stress* e a fadiga, ou ainda ser associada ao humor, a sentimentos ou a um sentido de equilíbrio global do indivíduo. (Ewles & Simmet, 1999). A saúde inclui uma dimensão subjectiva, o *sentir-se bem* e uma dimensão objectiva, a *capacidade funcional* (Terris, 1975).

Lutar contra a doença passa por duas frentes principais: a das doenças infecciosas e a das doenças crónicas não transmissíveis. Função do seu

estádio de desenvolvimento, a maioria dos países deve continuar a combater nestas duas frentes pois as doenças relacionadas com os modos de vida vão ganhando terreno enquanto estão por resolver as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade causada por doenças infecciosas, concretamente nos continentes africano e asiático em que continuam mesmo a ser uma das principais causas de morte, contrariamente ao que se verifica actualmente nos países mais desenvolvidos em que os padrões de morbilidade e de mortalidade se alteraram completamente mas onde continuam a aparecer novas doenças transmissíveis e, simultaneamente, relacionadas com comportamentos (Faria, 2002; OMS, 1998).

A doença pode estar associada a acontecimentos biológicos, alterações fisiológicas e/ou bioquímicas mas também às condições que se prendam com o sentir-se doente (*illness*), sentir algum desconforto ou mal-estar relacionado com a pressão dos acontecimentos da vida e a interpretação, com o significado e importância que o próprio sujeito atribui ao acontecimento. Esta perturbação não implica somente a experiência pessoal do problema de saúde mas também o sentido que o indivíduo dá à mesma, ou seja, a mesma doença ou o mesmo sintoma podem ser interpretados de maneiras diferentes por pessoas diferentes o que terá também influência nos comportamentos e na abordagem terapêutica.

Desde 1986, por iniciativa da própria OMS, o conceito originário de saúde como completo bem-estar físico, mental e social, tem vindo a ceder a perspectivas mais dinâmicas e sistémicas, passando a ser entendida como um recurso inestimável dos indivíduos, famílias e comunidades que lhes permite realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e modificar ou lidar de forma positiva com o meio ambiente, como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da qualidade de vida e não o objectivo da vida em si; uma ideia de saúde enquanto capacidade de adaptação contínua às situações que estão em constante mudança; uma experiência e um processo de equilíbrio que tende a ser percebido pelas pessoas como bem-estar e funcionamento adequado, significando assim, ter controlo sobre os recursos, ter oportunidade e possibilidade atingir o seu potencial total, em função dum grande número de factores, uns factores de vida (comportamentos de saúde individual) e outros, factores sociais, económicos e ambientais. Por sua vez, estes factores dependem da sociedade em que a pessoa vive, (igualitária, autocrática), do tipo de rede de apoios sociais disponíveis, políticas de emprego, salários e habitação (Noack, 1991; Ewles & Simnet, 1999).

Novo (2003) refere a natureza das relações entre saúde mental e saúde física como sendo fundamental para uma melhor compreensão do funcionamento psicológico positivo. Numa perspectiva intra e interpessoal, depende do modo como cada um se sente doente ou não, em função de cada momento da sua vida e da sua história pessoal e grupal. A saúde é também vista como a capacidade que cada indivíduo tem para lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar, devendo este projecto ser equilibrado e harmonioso dentro dos limites do possível (Dejours, 1995).

O conceito de bem-estar tem sido objecto de análise de um número cada vez maior de estudos, alguns dos quais têm analisado formas de comportamentos propícios à saúde ao invés de, como se fez durante muitos anos, acentuar formas de comportamento nocivas. Nesta perspectiva considera-se comportamento saudável todo o esforço desenvolvido pelos indivíduos para manter ou melhorar a sua saúde e a dos outros, de forma activa e consciente (OMS, 1995).

Ainda nesta área têm sido propostas várias teorias sobre o que determina a satisfação com a vida. Identificaram-se três componentes do bem-estar subjectivo relativamente independentes: o afecto positivo, o afecto negativo e a satisfação com a vida. Os dois primeiros referem-se a aspectos emocionais dos constructos e o terceiro mais a aspectos cognitivos, de julgamento (Neto, 1999).

A satisfação com a vida tem sido considerada como um componente do bem-estar subjectivo que resulta da comparação entre circunstâncias aprendidas pela pessoa e os seus desejos em relação às áreas por si valorizadas, representando esta dimensão o balanço psicológico que cada um faz da sua vida em geral. A satisfação com a vida será tanto maior quanto menor for esta discrepância (Diener, 2000; Novo, 2003).

Como acabamos de verificar pela breve apresentação das diferentes tonalidades do conceito, pensar globalmente a saúde pressupõe a necessidade de se ter em conta uma grande diversidade de pontos de vista, de entender o que individual e colectivamente se pretende dizer ao utilizar a palavra saúde, ter em conta o local e o momento diacrónico e estar ainda atento às variações de sentido.

De que forma o lazer pode constituir um efeito amortecedor e protector contra o stress que determinados acontecimentos de vida – tais como os processos de imigração – podem provocar nos indivíduos ou famílias?

Da revisão da literatura feita por Langlois (2000) sobre a análise dos múltiplos papéis do lazer na sua relação com a saúde/bem-estar,

destacamos a existência de quatro modelos principais de interacção que são caracterizados consoante os diferentes tipos de efeitos do lazer relativamente à saúde. Os mais frequentemente referidos são o *efeito amortecedor do lazer* relativamente ao binómio *saúde-stress*, e o *efeito directo* do lazer na saúde, promovendo a sua melhoria.

O efeito amortecedor do lazer relativamente ao stress é frequentemente analisado em relação à saúde ou ao bem-estar. Quando o nível de stress é baixo, a participação no lazer não tem impacto na saúde. No entanto, quando o nível de stress é elevado, a maior participação no lazer e bons e/ou mais gratificantes resultados, ajudam a manter o nível de saúde ou a travar o aumento dos problemas de saúde, enquanto que baixos níveis de participação embora com resultados positivos no lazer resultam no aumento dos sintomas de doença, se se verificar um aumento do stress. Assim sendo, considera-se que a participação no lazer e os resultados do lazer nesta situação amortecem os efeitos negativos do stress relativamente à saúde.

No que se refere ao efeito directo do lazer, quando a participação é elevada no lazer e/ou os resultados do lazer são positivos, há uma associação a um melhor estado de saúde ou a uma diminuição de sintomas de doença. Considera-se, neste caso, que o lazer tem um efeito directo, principal ou independente relativamente à saúde.

Segundo Siegenthaler (1997), alguns tipos de actividades de lazer parecem contribuir mais para a saúde do que outros.

A participação no lazer social tem chamado a atenção de vários investigadores, como é o caso de Coleman (1993) e Iso-Ahola e Park (1996), sobretudo no que se refere ao estudo dos seus efeitos principais e amortecedores relativamente à saúde e ao bem-estar. Caltabiano (1995) analisou a relação entre stress, participação em diferentes actividades e saúde. Estudou os efeitos principais e amortecedores das actividades de exterior, das actividades de lazer social, e de passatempos (v.g., actividades culturais) e a relação destes com o stress e a doença.

Tal como Coleman, também Caltabiano não provou a existência de efeito principal relativamente aos sintomas de doença e o envolvimento em lazer social. Caltabiano (1995) concluiu que a moderação do impacto do stress na saúde através do lazer é complexa, dependendo da natureza e do nível de participação no lazer.

Também Mannell e Kleiber (1999) referem uma teoria que sugere que as pessoas que estão mais activamente envolvidas com actividades de lazer estão mais imunes ao stress, ou seja, têm menos stress e consequentemente

menos doença. Ora o estudo desta relação implica a avaliação do lazer e do stress.

Nesta perspectiva, se considerarmos o lazer como um fenómeno objectivo, poderia observar-se em quantas actividades as pessoas participam, que contextos de lazer frequentaram durante a sua vida, com que frequência participaram e/ou durante quanto tempo desenvolveram estas actividades ou estiveram nestes locais, conferindo, depois, se as pessoas que têm mais lazer têm menos stress.

Esta abordagem parece, no entanto, algo incompleta, pois não refere o que as pessoas que estão a ser estudadas vivenciam, quando realizam actividades ou frequentam espaços de lazer, ou seja, o quanto é agradável, se promove o desafio, se é relaxante ou satisfatório. A complementaridade destas abordagens daria, obviamente, uma melhor perspectiva acerca do impacto que esta participação em lazer pode ter sobre a capacidade das pessoas em lidar com acontecimentos desencadeadores de stress nas suas vidas.

REFERÊNCIAS

- Caltabiano, M.L. (1995). Main and stress-moderating health benefits of leisure. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 18(1), 21-52.
- Coleman, D. (1993). Leisure based social support, leisure dispositions and health. *Journal of Leisure Research*, 25(4), 350-361.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le Travail Humain*, 58(1), 1-16.
- Dienner, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health: A practical guide*. London: Harcourt Brace.
- Figueiredo, J. (2005). *Fluxos Migratórios e cooperação para o desenvolvimento: Realidades compatíveis no contexto europeu?* Tese de Mestrado
- Fonseca, M.L. (2003). *Integração dos imigrantes: Estratégias e protagonistas*. Universidade de Lisboa
- Fonseca, M.L. (2005). *Migrações Transatlânticas e Transeuropeias. Projecto Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. ISCTE
- Iso-Ahola, S.E., & Park, C.J. (1996). Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship. *Journal of Leisure Research*, 28(3), 169-187.

- Langlois, S. (2000). *Relationships between chronic stress, leisure, and mental ill-health: an empirical study of nurses*. Dissertação de mestrado. Waterloo: Waterloo University.
- Mannell, R.C., & Kleiber, D.A. (1999). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade, *Psychological*, 22, 55-70
- Noack, H. (1991). Conceptualizing and measuring health. In B. Badura & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion and research: Towards a new social epidemiology* (pp. 87-89). Copenhagen: Word Health Organization Regional Office for Europe.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Organização Mundial de Saúde. (1995). *Perfis de saúde das cidades: como conhecer e avaliar a saúde da sua cidade*. Copenhagen: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *Rapport sur la santé dans le monde 1998, la vie au 21e siècle: Une perspective pour tous*. Genebra: OMS.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Siegenthaler, K.L. (1997). Health benefits of leisure. *Parks and Recreation*, 32(1), 24-31.
- Sousa, J. (2006). *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais; Universidade Aberta, Lisboa.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *The American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.

“PEGUEI SIDA DO MEU MARIDO”: UMA ANÁLISE DA
RACIONALIDADE CIENTÍFICA NOS PROCESSOS DE
SUBJETIVAÇÃO DA MULHER COM PARCEIRO FIXO

Luíza Maria Silva de Freitas / Georges Daniel Janja Bloc Boris

A CONSTRUÇÃO DE UM PROBLEMA

Em meados da década de 1990, o mundo já não estava dividido entre aqueles que não morreriam de SIDA e aqueles que estariam destinados a ela. Em meio a uma acirrada luta política, a chamada luta contra a SIDA, o Brasil anunciava que a SIDA era de todos nós e idealizava a visibilidade daquele que vivia com HIV/SIDA em nome da solidariedade pela VIDA e da denúncia da morte civil. Vale salientar que, nessa época, algumas mudanças reorientaram a direção das práticas de saúde no contexto da SIDA. Do cuidado com a saúde dos “grupos de risco”, chegamos à preocupação com a “saúde reprodutiva”. O percurso do discurso da medicina sobre a infecção pelo HIV passou por algumas revisões. Uma delas foi o questionamento do conceito de “grupo de risco” como grupo específico e restrito à contaminação pelo HIV. Trata-se, hoje, de considerar o chamado “risco acrescido”, pois desloca a atenção exclusiva a certas categorias de indivíduos para formas de conduta de todo e qualquer indivíduo. Aqui, as mulheres “com parceiro fixo” já poderiam ser incluídas nas ações preventivas, mas tal inclusão não aconteceu imediatamente.

É do conhecimento geral as dificuldades enfrentadas no controle do avanço da SIDA. As estatísticas, amplamente divulgadas, as revelam. A incidência de uma mulher para cada vinte e cinco homens infectados, no ano de 1985, elevou-se para uma para cada dois homens, em 1998, conforme o Ministério da Saúde brasileiro. O discurso científico apresentava suas justificativas: o fato é que tal avanço não era apenas quantitativo, pois alcançava a mulher heterossexual, com “parceiro fixo” e em situação de procriação; em outras palavras, atingia a família. Constituiu a maior preocupação da luta contra a SIDA no ano 2000, ocupando o tema da campanha de prevenção: “NÃO LEVE SIDA PARA CASA”. Vale lembrar que, em campanha anterior, o problema fora abordado sob outro ângulo, o da chamada “contaminação vertical”, ou seja, a contaminação de mãe para filho, ou, ainda, sob o ângulo da saúde reprodutiva. Diversas são as explicações para a dificuldade de reduzir a incidência da infecção pelo HIV nesta população específica. A medicina

atribui uma maior vulnerabilidade orgânica à mulher: uma vez exposta ao vírus, ela tem dez vezes mais chance de contaminação do que o homem. Além disto, os sintomas progridem mais rapidamente no seu organismo do que no homem (Berer & Ray, 1997). As explicações das ciências humanas se referem ao relacionamento entre os gêneros, ou seja, às múltiplas relações entre mulheres e homens, que marcam posições e práticas diferenciadas e hierarquizadas na vida social (Parker, 1994). A mulher descrita em tal discurso científico parece ocupar um lugar de vítima vulnerável e impotente, mas, paradoxalmente, é responsabilizada por se defender da contaminação pelo HIV nas relações sexuais com seu parceiro, embora não tenha condições para tanto. É requerida a sua responsabilidade pelo cuidado com a sua saúde, mas, ao mesmo tempo, seu organismo é considerado frágil (vulnerabilidade orgânica) e ela seria fraca (posição de gênero) para empreender as condutas preventivas necessárias. A manchete da Revista Veja, de 28/10/1998, demonstra o reforço de tal imagem, quando anuncia “PEGUEI SIDA DO MEU MARIDO”, apresentando, como subtítulo, “Histórias Dramáticas de Mulheres que Foram Contaminadas pelos Homens em Quem Confiaram Cegamente” (Traumann & Monteiro, 1998, p. 114). O verbo, na forma passiva, *contaminadas*, afirma que sofreram uma ação de um contaminador. Trata-se de um discurso moral, que indica o lugar de vítimas de tais mulheres e o de algozes de seus homens. Questionamos, então, a possibilidades de tais mulheres atuarem na defesa de sua saúde, visando à saúde reprodutiva. Por isto, a campanha de 2000 se ocupou da saúde da família, sem contar muito com a atuação feminina, mas considerando que “homem faz a diferença”. Ou, de outro modo, o homem-algoz é quem deve (ou pode) “não levar SIDA para casa” e evitar contaminar a mulher-vítima. Ao infringir tal recomendação, tal homem-algoz se torna, ainda mais, algoz aos olhos da mulher-vítima, e, também, aos nossos olhos. Posto isso, tornou-se urgente a retomada do problema desde a década passada. Parece oportuno apontar que, até os últimos anos do século passado, as ciências humanas e os estudos das relações de gênero estavam atrelados a uma concepção de homem livre e autônomo, sustentada na sua racionalidade. O homem do final do século XX se debatia num conflito interior entre os seus desejos e impulsos, a irracionalidade e a paixão, de um lado, e, opostos à sua reta razão e ao seu juízo, o dever-ser. Neste contexto, as práticas de saúde visavam ao empoderamento das mulheres em suas relações de gênero, pois as posicionavam entre as populações vulneráveis.

HISTÓRIA, MORALIDADE E RACIONALIDADE CIENTÍFICA
NOS SENTIDOS ATRIBUÍDOS À SIDA

A racionalidade científica que norteou políticas e práticas de saúde na luta contra a SIDA, além de um forte discurso jurídico-humanista, era um discurso epidemiológico. O modo como são apresentados os dados epidemiológicos indica a incidência de soropositivos sob várias formas de transmissão do vírus. As mulheres infectadas pelo HIV, em sua maioria, não eram prostitutas, mas foram, então, relacionadas a uma forma de transmissão heterossexual, pois tinham “parceiro fixo”. Aqui, é criado outro bode expiatório, o homem *bissexual*. Tal homem-algoz foi apontado como aquele que traz SIDA para casa por meio de um dos modos mais desqualificados pela moral vigente: a bissexualidade.

Um acontecimento não traz consigo um sentido porque a vida não se explica e não revela o seu porquê. É o pensamento humano que organiza, ordena, explica e busca revelá-lo. A medicina “significou” a SIDA como uma nova e grave doença transmissível. Por outro lado, a afirmativa “*peguei SIDA do meu marido*” apresentou o significado de um novo e terrível *contágio*, reatualizando os sentidos das antigas pestes. No caso da SIDA, foi chamada de *peste “gay”* em seus primórdios. Surgiu, então, mais uma “ação educativa”, que, partindo do conhecimento da SIDA como doença *transmissível*, constituiu um novo discurso preventivo a partir das afirmativas “SIDA não *pega*” e “SIDA *pega*”, ao invés de afirmar que o vírus da SIDA é *transmitido*. Quando se afirma que a SIDA “pega”, há um claro retorno ao conceito de *contágio* como estado ou situação dos corpos que se tocam, significação atribuída no século XV, acompanhada de um sentido religioso de expiação, de purificação e de medidas de exílio ou de vigilância dos indivíduos. Apontando as mudanças históricas do conceito de *contágio*, Czeresnia et al. (1995) indicam que foi somente no século XIX que tal conceito foi relacionado à *transmissão* de uma doença de uma pessoa a outra: os cientistas da época buscavam “a origem da ‘matéria mórbida’ ou ‘veneno específico’ que se transmitia de uma pessoa a outra. A linguagem e argumentação, no período, passam a ser precisas, rigorosas e quantitativas, baseadas em dados da observação e experimentação” (p. 68). Os conceitos de *contágio* e de *transmissão* são distintos, apesar de se confundirem no contexto da SIDA – uma doença infecciosa que mostrou os limites da verdade científica e do controle da vida. Quando o conceito substitui o acontecimento, afasta-se da vida como referência para avaliar o valor de tal conhecimento e deixa de afirmar as surpresas e as novidades e

de se atualizar: “ao perder esse vínculo é que o conhecimento deixaria de ser avaliado segundo a sua finalidade primária...” (Czeresnia et al., 1995, p. 59). A ciência afirma uma verdade sobre as doenças sexualmente transmissíveis: são doenças do sexo e, excetuando-se as outras formas de transmissão, a SIDA é uma doença do sexo. Para a lógica da racionalidade científica, os parceiros adoecem porque um deles fez sexo com uma pessoa doente. Tal verdade é inquestionável: é da ordem do visível e do corporal. Aquela mulher não tem dúvida quando diz “peguei SIDA do meu marido”.

A reflexão empreendida até aqui foi, em grande parte, apoiada no estudo de Czeresnia *et al.* (1995) das mudanças históricas do conceito de contágio: na verdade, um trabalho sobre *ética*. Acima de tudo, ele aponta dois pensadores que avaliam o valor da verdade e o poder do conhecimento: Nietzsche (1887/1998) e Foucault (1988/1997), respectivamente. Sobretudo Foucault demonstra *como somos*, pois atravessados que estamos por tais verdades ou conhecimentos, e como nossas vidas ficam sem forças para atuarmos diante dos acontecimentos quando verdades ou conhecimentos estão colados em nós e nos afastamos da própria vida como critério por excelência para avaliarmos verdades e conhecimentos sobre nós. O que caracteriza o projeto nietzschiano é a inversão da busca que atravessou a história ocidental; sua indagação não é pelo valor supremo, não é pela verdade. Admite que se busca sempre a verdade e, então, se pergunta pelo seu valor. Em outros termos, denuncia que o conhecimento remete à moralidade; se a norma do conhecimento não é epistemológica, é porque a vida é critério último de julgamento, tanto do conhecimento quanto da moral. Daí o projeto nietzschiano de uma genealogia da moral ser uma genealogia da vontade de poder, que tem como objetivo avaliar os valores morais a partir da vida e das forças que servem para defini-la. Portanto, para tal avaliação do conhecimento, não cabe perguntar se ele é verdadeiro ou falso, mas indagar sobre sua força. No entendimento de Foucault (1988/1997), há um deslocamento do poder soberano que foi exercido sobre os corpos como poder de causar a morte ou deixar viver para um poder que passou a ser exercido sobre os corpos no sentido de causar a vida ou devolver à morte. Assim, entramos na era do bio-poder. É por uma necessidade histórica que o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do bio-poder com suas formas e procedimentos múltiplos (p. 133).

Na verdade, uma compreensão mais precisa do pensamento de Foucault e o conhecimento de suas pesquisas remetem não apenas a uma análise das relações de poder, mas, principalmente, dos modos de objetivação dos seres humanos ao torná-los sujeitos. As relações de poder que se exercem sobre os corpos através do bio-poder são modos de objetivação do sujeito: de um lado, faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação e distribuição das forças, ajustamento e economia das energias. Do outro, o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz. (...) O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e a vida da espécie. Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio das regulações (p. 136).

É no sexo que a articulação do bio-poder, exercida sobre a vida do corpo e a vida da espécie, encontra condições de se desenvolver. Aqui, é possível considerar que os corpos das mulheres são atravessados por um bio-poder que, em tempos de SIDA, se torna mais atuante devido à preocupação política com o corpo do trabalho e com o corpo da população. Tendo identificado o discurso moral que afasta os significados da SIDA como acontecimento do seu vínculo com a vida, denunciemos a subjetivação das mulheres “parceiro fixo” como vítimas e a conseqüente subjetivação de seus homens como algozes.

PROCESSO DE SUJEIÇÃO DE “MULHERES COM PARCEIRO FIXO”: RESSENTIMENTO E CULPA?

A verdade do discurso “peguei SIDA do meu marido, em quem confiei cegamente” aponta para uma força reativa, na qual a fraqueza é mentirosamente transformada em mérito e a impotência, que não acerta contas, em bondade. Aqui, se anuncia uma “psicologia” que pressupõe a interiorização e a espiritualização do homem, ou seja, que afirma que existe um ser por trás do fazer: um sujeito da força. Acima de tudo, considera que o forte é livre para não se expressar como força. Assim sendo, resta a indagação: que rumo seria dado a tal força que não se expressa em atos? É assim que Nietzsche (1887/1998) faz uma crítica ao homem moderno, soberano, livre, responsável e autônomo – o que pode fazer promessas. É o homem que pode julgar sua própria força; pode, portanto, escolher não exercê-la. O homem precisou, ele mesmo, desenvolver a faculdade da memória para se tornar confiável, constante e

necessário. Para tornar algumas idéias “fixas”, indelévels e inesquecíveis, exigiu-se modos de vida ascéticos, enquanto a dor forjava, no corpo, o mais poderoso auxiliar da memória. Na medida em que o homem foi inibido em sua descarga para fora, todos os seus instintos selvagens se voltaram para trás, contra o próprio homem: tal é a origem da má consciência, a que costumamos chamar de culpa. Segundo Nietzsche, o conceito moral de culpa teve origem na concepção material de “dívida”. Assim, o “castigo”, sendo reparação, se desenvolveu à margem de qualquer suposição acerca da liberdade ou da ausência de liberdade da vontade. Tal relação ocorria no plano da imanência, no qual o credor, por raiva devido a um dano sofrido, a desafogava no causador como um castigo: assim, não responsabilizava o devedor por seu ato e, muito menos, se questionava se tal ato pudesse ser “intencional”, “negligente”, “casual” ou os seus opostos para levá-los em conta na atribuição do castigo. Quão distante de tal relação de forças estão as relações amorosas entre homens e mulheres em tempos de SIDA! Quanto dano terá vivido a mulher, antes de afirmar “peguei SIDA do meu marido”? A mulher-vítima, a quem apenas resta reagir diante do homem-algoz, por envergonhar-se da sua potência de fazer-sofrer àquele que lhe causou dano, o quê faz? O que ocorre quando os afetos decorrentes de danos sofridos pelas mulheres, nas suas relações amorosas, não se expressam em atos? É aqui que a antiga idéia de equivalência entre dano e dor é estabelecida numa relação contratual entre credor e devedor ou vítima e algoz. Para esclarecermos esta estranha lógica de compensação, que substitui uma vantagem material como reparação do dano por uma espécie de satisfação íntima, recorreremos às palavras de Nietzsche: “o prazer de ultrajar: tanto mais estimado quanto mais baixa for a posição do credor na ordem social, e que facilmente lhe parecerá um delicioso bocado, ou mesmo o antegoço de uma posição mais elevada” (p. 54).

É o “democratismo” moderno, que se opõe a tudo, que domina e quer dominar, que administra forças em nome da verdade nas mais rigorosas e objetivas ciências, que transforma e dissimula as expressões de força em algo por demais espiritual e que parece ter se apossado do que é próprio de tudo que vive: a atividade. Neste contexto, surge, em primeiro plano, a “adaptação”, ou seja, uma atividade de segunda ordem, uma reatividade; chegou-se mesmo a definir a vida como uma adaptação interna, cada vez mais apropriada a circunstâncias externas. Mas com isto se desconhece a essência da vida, a sua vontade de poder... (Nietzsche, 1887/1998, p. 67).

Com a retirada da possibilidade de luta, de atividade, admite-se uma paz, um sossego. O que esperam as mulheres quando desistem de afirmar, em atos, sua vontade de poder? Guardariam a esperança de que o castigo gere culpa e que a justiça seja feita? Guardariam a crença de que, mantendo “bons” os seus atos e vontades, teriam a justiça? Que “adaptação” ocorreria nessas mulheres para encontrar a paz e o sossego?

Com a genealogia do não-egoísmo, do altruísmo ou da boa vontade na má consciência, é que podemos voltar à mulher que afirma “peguei SIDA do meu marido, em quem confiei cegamente”, uma mulher real, apresentada pela imprensa, representando o discurso moral em defesa da saúde das mulheres. Perguntamo-nos, então: qual o valor de tal verdade? Que ideal defende? Supomos que o que ela defende é um ideal transcendente, que exige, para ser afirmado, o desprezo do próprio corpo: para Nietzsche (1987/1998), o ideal ascético. O resultado apenas poderia ser o desinteresse pela vida, a abnegação e o sacrifício em nome de um prazer vivido na crueldade exercida sobre si mesma: a vida ascética. Grande doença, decadência da humanidade!

No campo da arte, da filosofia e da religião, o ideal ascético é sustentado a partir de três personagens: o artista, o filósofo e o sacerdote ascetas. Para o filósofo, tal ideal é, antes, a possibilidade de sobrevoar a vida do que nela pousar e penetrar no seu fluxo; é a negação do seu corpo. Por sua vez, o sacerdote asceta está no mundo, entre os homens; quer poder; indica a vida como um caminho errado que se deve refutar com atos; exige que se vá com ele e impõe a sua valoração da existência e, assim, faz deste mundo o seu reino. O sacerdote exige de seu rebanho a negação do corpo e até da razão. O que faz surgir e alastrar tais espécies hostis à vida? É que a vida ascética parece uma contradição: vida contra vida. Para Nietzsche (1987/1998), é uma necessidade de primeira ordem, um interesse da própria vida, que tal personagem contraditório não se extinga porque é ainda a vida que degenera em seu instinto de cura, que luta por sobrevivência. É ainda vontade de poder, permanecida intacta, que “incessantemente combatem com novos meios e invenções. O ideal ascético é um tal meio...a vida luta nele e através dele com a morte, contra a morte, o ideal ascético é um artifício para a preservação da vida” (p. 102). Então, a contradição é aparente: não há duas forças; a vontade de poder volta-se contra si. É ainda a vida que há, que nega o corpo e o desejo. O desejo é adiado: não quer mais esta vida e espera por outra vida. O sacerdote, atento à busca do sofredor, impõe a ousada resposta: somente

você é culpado de si! Assim, a direção do ressentimento é mudada: se torna culpa.

Os representantes da ciência moderna poderiam retrucar, afirmando a oposição e a superação de tal ideal; afinal, a ciência, sustentada em si mesma, tem prescindido de recorrer a Deus, ao além ou a virtudes negadoras. Nietzsche (1987/1998) recusa tal posição, argumentando que a ciência não tem qualquer fé em si mesma, ainda que não reconheça nenhum ideal acima dela. Por requerer um ideal de valor, um poder criador de valores em que possa se sustentar para crer em si mesma, a ciência jamais cria valores. Considerando a lei natural da vida, em que tudo tende, necessariamente, à auto-superação, pereceu a fé no ideal ascético como dogma e, também, o ideal ascético como moral deve perecer. Depois de todos os deslocamentos apontados na veracidade cristã, anuncia-se mais um, agora, contra si mesma, quando se coloca a questão: o que significa toda vontade de verdade? O que quer essa mulher, quando busca a verdade de pegar SIDA? Uma vontade de verdade: do meu marido é a verdade. O que expressa todo esse querer orientado pelo ideal ascético? Uma vontade de nada é o que significa o ideal ascético: “e, para repetir em conclusão o que afirmei no início: o homem preferirá ainda querer o nada a nada querer...” (p. 149). “Peguei SIDA do meu marido, em quem confiei cegamente”. Qual o valor de tal verdade? Talvez insinue uma vingança imaginária, ou espere justiça, ou encontre em si mesma uma explicação para seu sofrimento... Mas, acima de tudo, há, aí, uma vontade de verdade sustentada pelo ideal ascético. Por conta das forças que atuam na mais violenta sutileza, aquela mulher assumiu uma forma ressentida ou culpada. Uma pergunta final: em que “medida” a psicologia tem contribuído para dotar a vida de uma atitude ascética?

REFERÊNCIAS

- Berer, M., & Ray, S. (1997). *Mulheres e HIV/AIDS: Um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais*. São Paulo: Brasiliense.
- Czeresnia, D., Moreira dos Santos, E., Barbosa, R.H.S., & Monteiro, S. (Orgs.). (1995). *AIDS: ética, medicina e biotecnologia*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.

- Foucault, M. (1997). *História da sexualidade 1: A vontade de saber* (12ª ed.). Rio de Janeiro: Graal. Originalmente publicado em 1988.
- Nietzsche (1998). *Genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras. Originalmente publicado em 1887.
- Parker, R. (1994). *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ. (Col. História Social da AIDA, nº. 3).
- Traumann, T., & Monteiro, K. (1998). Dormindo com o inimigo. *Revista Veja*, nº 43, 28 de Outubro, pp. 114-121.

SAÚDE DOS IMIGRANTES BRASILEIROS EM PORTUGAL

Lyria Reis^{1,2} (lyria_reis@hotmail.com) / Natália Ramos²

¹Investigadora CEMRI; ²Universidade Aberta

Os processos migratórios sempre fizeram parte dos caminhos percorridos pela humanidade. Por motivos diversos, homens e mulheres mudam de um espaço para outro, dentro do seu próprio país e entre os países do mundo, muitas vezes motivados pela busca por melhores condições de vida. O fenómeno migratório é uma realidade no mundo globalizado e tem assumido importância e complexidade crescentes. Actualmente, aproximadamente 200 milhões de pessoas vivem fora dos seus países, sendo imigrantes legais, ilegais e refugiados (Ramos, 2007, 2008).

A globalização, a mobilidade das populações e a multiculturalidade trouxeram novas problemáticas individuais e grupais que colocam novas questões à sociedade e demandam soluções por parte das populações e pelas suas diferentes instituições. Os processos migratórios actuais são complexos e envolvem diversos aspectos como as questões ligadas às condições socioeconómicas de alguns países em desenvolvimento, ao envelhecimento populacional dos países desenvolvidos, aos aspectos de segurança e também ao respeito pelos direitos humanos dos indivíduos migrantes, entre outros.

Historicamente, Portugal foi um país predominantemente de emigrantes até a década de 60 do século passado. A partir dos anos 70 esta tendência alterou-se, com o retorno de grande quantidade de cidadãos provenientes das antigas colónias africanas. No início dos anos 80, houve um aumento do número de estrangeiros residentes em Portugal. Os anos 90 caracterizam-se pelo crescimento e consolidação da população imigrante residente em Portugal, principalmente por cidadãos procedentes de países africanos de expressão portuguesa. Nessa altura também houve um aumento do fluxo de cidadãos brasileiros.

Sempre houve trânsito de indivíduos entre Portugal e Brasil (Machado, 2007). Brasileiros e portugueses sempre atravessaram o oceano Atlântico pelos mais diversos motivos. Em alguns momentos foram mais portugueses para o Brasil, noutros momentos e como tem ocorrido nas últimas três décadas, o movimento mais intenso tem se verificado no sentido Brasil-Portugal. A comunidade brasileira é hoje a maior população estrangeira vivendo em situação regular em Portugal, com 106 961 indivíduos corresponde a 24% da população estrangeira residente no país (SEF, 2008). Segundo o mesmo relatório, a distribuição da população por

sexo apresenta um total de 49 467 indivíduos do sexo masculino (46%) e 57 494 do sexo feminino (54%).

Quando um indivíduo migra, está sujeito a um processo de adaptação a uma nova cultura, a outra língua e a regras culturais diferentes da conhecida. Os imigrantes em geral são considerados como um grupo vulnerável por diversos factores que podem influenciar a sua saúde tais como o desconhecimento de hábitos e costumes locais, a ignorância do modo de funcionamento dos serviços sociais e de saúde do país de acolhimento, a mudança de comportamentos relacionados à saúde e estilos de vida e a adaptação social e cultural. Conhecer a saúde e seus determinantes nas populações imigrantes é de fundamental importância para se verificar de que modo as pessoas vivenciam a experiência da migração e quais os possíveis efeitos, tanto positivos como negativos, que a mesma pode ter sobre os indivíduos e, dessa forma contribuir para que possam se adaptar e integrar melhor à sociedade de acolhimento.

Diversos autores relatam que os processos migratórios e principalmente as migrações internacionais podem influenciar a saúde dos indivíduos de diversas formas (Dias, 2007; Ramos, 2004, 2008,). O processo migratório é um fenómeno que causa rupturas espaciais e temporais nos indivíduos, faz com que os mesmos experimentem transformações diversas, nomeadamente modificações ao nível psicológico, físico, biológico, social, cultural, familiar, político, o que implica a necessidade de adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias no contexto da nova realidade vivenciada (Ramos, 2004, 2006, 2008). Segundo Ramos (2006) a migração constitui um processo complexo que pode ter consequências ao nível da saúde física e psíquica dos indivíduos e também ao nível do stress psicológico e social.

A saúde é um bem importante para todo e qualquer indivíduo e é determinada por vários factores, dentre eles os biológicos (idade, sexo e factores hereditários), os comportamentais, os estilos de vida adoptados pelos indivíduos, as condições de vida e de trabalho, as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais. Os aspectos culturais e as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham podem apresentar um impacto directo na saúde, tanto individual, como colectiva. Alguns factores, tais como a pobreza e a exclusão estão ligados e interferem directamente com as condições de saúde das pessoas e das comunidades, afectando profundamente o potencial de desenvolvimento físico e psicológico dos indivíduos.

As características do meio e as condições sociais, habitacionais, de escolarização, sanitárias e de trabalho em que as pessoas vivem influenciam directa e indirectamente o seu desenvolvimento e a sua saúde. A pobreza e a degradação das condições sociais e habitacionais em que vivem muitas pessoas no mundo influenciam a sua saúde e estão na origem de diversas doenças (Ramos, 2004, 2006). Os imigrantes que têm dificuldade de adaptação e integração nos mais diversos aspectos (cultural, social, laboral, educacional) podem ter a sua saúde comprometida. Outros factores importantes a serem observados são os hábitos, os comportamentos e os estilos de vida relacionados à saúde nos diferentes grupos sociais e regionais tendo em vista o impacto desses nas estratégias de promoção da saúde. Importantes também são os factores determinantes da saúde ao longo da vida e do ciclo de vida e seus efeitos intergeracionais. Factores estes biológicos, culturais, sociais, económicos, educacionais e de integração dos indivíduos.

Um comportamento de saúde é um comportamento com objectivo de impedir o aparecimento de uma doença. Segundo McKeown, citado por Ogden (1999) as doenças contemporâneas são causadas por “influências”, a saúde dum indivíduo é determinada pelo seu comportamento e depende, em primeiro lugar da modificação de hábitos como, por exemplo, fumar e levar uma vida sedentária. Indivíduos migrantes que alteram seus hábitos e comportamentos por passar e viver em uma outra realidade social e cultural também podem apresentar alterações na sua saúde.

Os determinantes da saúde são factores sociais, económicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos, comportamentais que influenciam o bem-estar e a ocorrência de problemas de saúde e seus factores de risco nos indivíduos e populações. Por meio de investigação empírica procura-se relacionar os mecanismos de ligação entre diversos factores tais como a posição sócio-económica, os comportamentos relacionados à saúde e os hábitos e estilos de vida adoptados pelos indivíduos e a sua saúde.

O processo saúde-doença, para além do contexto biológico e individual é determinado por e manifesta-se de forma decisiva no contexto socioeconómico e cultural em que nascem, crescem, vivem e morrem as pessoas. Dessa forma, é importante também conhecer o contexto em que vivem os migrantes, visto que viviam num contexto onde conheciam a sua cultura, a ordem natural dos acontecimentos e o modo de resolução dos seus problemas nos diversos níveis e, num momento das suas vidas, passaram a viver num outro contexto cultural, diferenciado do seu, com

outras normas estabelecidas culturalmente e que, de alguma forma, podem influenciar na sua saúde.

O impacto que o processo migratório vai causar na saúde das pessoas vai depender de diversos factores e principalmente das situações de migração em que os indivíduos se encontram. Desse modo, os efeitos (positivos ou negativos) que a migração vai causar na saúde dos indivíduos vai depender de diversos factores individuais (quem é a pessoa, qual a sua relação com o mundo que o rodeia, qual a sua capacidade de resiliência frente aos estímulos que recebe); factores locais (de onde emigra e para onde, país de origem e país de acolhimento); factores temporais (quando e como emigra) e jurídicos (imigrantes com situação regularizada ou não no país de acolhimento).

Os estudos sobre os fenómenos migratórios e os seus efeitos sobre a saúde das populações migrantes têm grande importância e relevância no mundo globalizado e contribuem para aumentar o conhecimento sobre a realidade dos imigrantes com o objectivo de melhorar a adaptação e a sua integração contribuindo para o aumento da coesão social. O conhecimento sobre as populações migrantes, sobre os seus costumes, as suas crenças, os seus hábitos e comportamentos, a sua cultura, o seu modo de inserção junto à nova realidade e país de acolhimento, sobre os determinantes da saúde e estado de saúde são fundamentais para a resolução das problemáticas decorrentes do processo de aculturação experimentado por estes indivíduos e, também, pelo contacto e integração com a comunidade autóctone.

Esta pesquisa tem como objectivo principal conhecer e compreender a situação de saúde de imigrantes brasileiros de ambos os sexos, maiores de 18 anos, residentes na região da grande Lisboa e aborda diversos aspectos relacionados ao processo migratório, às condições habitacionais, laborais, de saúde e ainda hábitos e estilos de vida.

MÉTODO

O estudo é exploratório, descritivo e transversal com metodologia multi-método (quantitativa e qualitativa). Trata-se de um estudo empírico mais alargado, apresentando-se aqui, apenas alguns dos resultados dos inquéritos por entrevista realizados a 59 brasileiros e brasileiras que aceitaram colaborar com a pesquisa.

RESULTADOS

Dos resultados já analisados podemos concluir o seguinte: a amostra estudada é composta por 59% de indivíduos do sexo feminino e 41% do sexo masculino e constitui-se como uma amostra jovem situando-se, a maioria (60%) na faixa etária dos 25 aos 34 anos.

A percepção sobre o estado de saúde citado pelos indivíduos entrevistados foi de 20% para “Muito boa”; 65% para “Boa” e apenas 15% dos indivíduos considerou a própria saúde como “Regular”. Nenhum indivíduo entrevistado considerou a sua saúde como má ou muito má.

A amostra estudada é saudável com 85% de indivíduos indicando não terem problemas crónicos de saúde e apenas 8,5% relataram ter algum problema. Cerca de um terço (32%) da amostra estudada sentiu alterações na sua saúde com a vinda para Portugal enquanto 68% relataram não sentirem a sua saúde alterada. Aproximadamente 63% dos indivíduos consideram que sua saúde em Portugal está igual à situação vivida no Brasil, enquanto 24% sentem a sua saúde em pior condição em Portugal. Também há 13% de entrevistados que consideram que a sua saúde está melhor em Portugal comparativamente ao período em que viviam no Brasil.

Também foram verificadas alterações nos comportamentos relativamente à saúde, nomeadamente, nos aspectos de prevenção em saúde com os indivíduos imigrantes recorrendo menos aos serviços de saúde.

Os resultados preliminares apontam para a necessidade da prevenção em saúde neste grupo de imigrantes e, também, para a necessidade de aumentar a informação sobre aspectos relacionados aos direitos e formas de acesso dos imigrantes aos serviços públicos, nomeadamente, ao acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ACIDI (2007). Imigração e Saúde. *Migrações: Revista do Observatório da Imigração*. Lisboa: nº1.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). *Migração e Saúde*. In ALTO COMISSARIADO PARA A Imigração e Diálogo Intercultural – ACIDI (2007), *Imigração e Saúde – Migrações – Revista do Observatório da Imigração*. Lisboa nº1.

- Machado, I. R. (2007). “Reflexões sobre a imigração brasileira em Portugal”. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. 7. Disponível em <http://nuevomundo.revues.org/document5889.html> (17/03/08)
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e intervenção. *Psychologica*, 41, 329-350.
- Ramos, N. (2007). Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EdUEPB.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF. (2008). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2008*. Disponível em <http://www.sef.pt/documentos/56/RIFA%202008%20out.pdf#1> ÉXITO ESCOLAR

DESENVOLVIMENTO DE UMA INTERVENÇÃO DESTINADA À PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE GESTÃO EMOCIONAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Márcia Cruz / Lígia Lima

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Na prestação de cuidados de saúde os aspectos emocionais afiguram-se como cruciais, dado que influenciam as decisões clínicas sobre os utentes, o estabelecimento de relações profissionais e o próprio bem-estar dos profissionais (Smith, Profetto-McGrath, & Cummings, 2009).

Aos futuros profissionais de enfermagem é exigida uma atenção sensorial, intelectual e emocional que lhes permita identificar as emoções da pessoa que cuidam, demonstrar que a compreendem, ajudando-a a lidar com o seu estado de saúde. A empatia, considerada como uma competência chave no exercício de relações terapêuticas no domínio da enfermagem, envolve assim uma capacidade de reconhecimento dos estados emocionais do outro, o que só será possível a partir de um esforço de descentração que parte também de um processo de auto-conhecimento.

O exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e um indivíduo, família ou grupo de pessoas, pelo que lhe é exigida a utilização de competências comunicacionais e interpessoais adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Segundo Llandaff e Castledine a “enfermagem é, essencialmente, uma relação de mudança recíproca e dinâmica entre o doente e o enfermeiro. As actividades de enfermagem dão ajuda ou assistência, com a intenção de promover e aumentar as capacidades de autocuidado do indivíduo ou da comunidade” (1988, p. 21). Por outro lado, Collière considera a relação em enfermagem “a fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui também para revitalizar os cuidados técnicos e para facilitar a sua compreensão ou mesmo a sua aceitação.” (1989, p. 152). Assim, no decorrer da formação do enfermeiro, este deve desenvolver competências que lhe permitam estabelecer uma relação efectiva e identificar as emoções presentes no indivíduo, família ou grupo de pessoas, ajudando-o a clarificar as necessidades, e a implementar intervenções de modo a contribuir para a melhor adaptação às transições com que os indivíduos se deparam.

Não menos importante será a capacidade de auto-regulação emocional para a manutenção de um equilíbrio psicológico, essencial para a saúde e qualidade de vida do próprio enfermeiro (Landa, López-Zafra, Aguilar-

Luzon & Ugarte, 2009), dado que grande parte do desempenho profissional do enfermeiro decorre em ambientes emocionalmente desafiantes (Smith et al., 2009), que poderão inclusive promover situações de *burnout*.

Um construto que está subjacente a todas estas competências é o de alexitimia. Etimologicamente, o termo alexitimia (do grego a – sem, lexis – palavra e thymus – ânimo ou emoção) significa “sem palavras para as emoções”. As definições mais frequentes de alexitimia destacam os seus aspectos afectivos e cognitivos, definindo-a como um défice na representação mental das emoções que se reflecte numa dificuldade em identificar e expressar verbalmente sentimentos (Kaplan et al., 1997; Taylor et al., 1991, in Lopes, 2006). Prazeres (2000) defende que a alexitimia inclui também uma dimensão relacional, que se traduz num comportamento formal e rígido, que compromete a capacidade de ser sensível aos sinais e símbolos que dão significado aos relacionamentos interpessoais.

Se considerarmos a alexitimia não como um traço mas enquanto um estado, e por isso passível de ser alterado, podemos reconhecer a sua importância no processo ensino-aprendizagem de futuros profissionais que terão que reconhecer estados emocionais no outro, ao mesmo tempo que necessitarão de aprender a reconhecer em si próprios as emoções que emergem face a situações desafiantes e a lidar com as mesmas.

No decorrer da experiência de docência em enfermagem, temos vindo a constatar as dificuldades com que os estudantes se deparam nestes domínios. Num primeiro momento, na transição para o ensino superior, as manifestações de mal – estar são associadas, entre outras razões, às dificuldades na gestão emocional e relacionamento interpessoal, e mais tarde, no confronto com o mundo real através dos estágios, os estudantes ressentem-se face à dificuldade em compreender as emoções dos doentes e em lidar com as suas próprias emoções. Estas dificuldades, no caso concreto da instituição em análise, muitas vezes acarretam problemas no domínio sócio-afectivo com implicações no insucesso e abandono académico.

Deste modo, face à constatação de que os estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem manifestavam algumas dificuldades ao nível da gestão dos afectos e das competências interpessoais, demos início a esta investigação. Através da realização de algumas actividades inseridas na disciplina de opção de Desenvolvimento Pessoal e Social, nomeadamente a partir da administração de um Inventário de Competências de Vida, foi possível verificar que o domínio em que os estudantes se perceberam como menos satisfeitos relativamente ao seu grau de competência era o

dos sentimentos, e a dimensão relativa às competências relacionais era também avaliada como sendo uma daquelas em que apresentavam algumas dificuldades (Lima & Cruz, 2009). Num estudo realizado, também com estudantes de um curso de licenciatura em enfermagem, constatou-se que uma percentagem bastante significativa, ou seja, na ordem dos 48%, apresentava características alexitimicas (Lopes, 2006). O presente estudo propôs-se assim a avaliar a existência de dificuldades na representação e gestão de estados emocionais em estudantes do 1º ano da Licenciatura em Enfermagem, com o objectivo de orientar o desenvolvimento de uma intervenção destinada a promover o desenvolvimento pessoal e social destes estudantes.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 74 estudantes do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, com idades compreendidas entre os 17 e os 29 anos (média de 18,34 anos), dos quais 85% eram do sexo feminino. Os estudantes foram abordados durante a realização de aulas teórico-práticas da disciplina de opção de desenvolvimento pessoal e social.

Material

A *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens* (TAS-20) foi originalmente desenvolvida por Bagby, Parker e Taylor (1994, in Prazeres, Parker & Taylor, 2000) e adaptada para a população portuguesa por Prazeres e colaboradores (2000) e por Veríssimo (2001). Neste estudo foi utilizada a versão de Prazeres, Parker e Taylor (2000) cuja avaliação das suas propriedades psicométricas revelou tratar-se de um instrumento que apresenta uma consistência interna adequada e uma excelente fiabilidade, medida através do método teste-reteste. No presente estudo, o *alfa de Cronbach* situou-se nos 0,74.

Trata-se de um instrumento de auto-avaliação dos défices cognitivos e afectivos englobados no construto de alexitimia. A TAS-20 possui 20 itens relativamente aos quais o sujeito deve indicar o seu grau de concordância, numa escala de tipo Likert de cinco pontos (1:“discordo totalmente”;

5:“concordo totalmente”). A cotação é realizada atribuindo a cada item um valor de 1 a 5, podendo obter-se uma nota total de alexitimia, expressa numa escala de 20 a 100. Para a interpretação dos resultados da nota total da TAS-20, foram definidos os seguintes pontos de corte: (a) igual ou inferior a 51, não alexitímico; (b) igual ou superior a 61, alexitímico (Taylor et al., 1997, in Torres, 2005). Os resultados entre 52 e 60 são interpretados de forma pouco clara e em geral como correspondendo a uma zona fronteira.

Os estudos de análise factorial da TAS-20 revelam a presença, quer na versão original (Parker, Bagby, Taylor, Endler, & Schmitz, 1993) quer na portuguesa (Prazeres, Parker, & Taylor, 2000; Veríssimo, 2001), de uma estrutura com três factores, coerentes com o construto de alexitimia: factor 1 (dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais decorrentes da activação emocional), factor 2 (dificuldade em comunicar os sentimentos aos outros) e factor 3 (estilo de pensamento orientado para o exterior). Neste estudo apenas serão analisados os valores totais da escala, dado que não foi possível encontrar valores de referência para cada um dos factores anteriormente descritos.

RESULTADOS

Como se pode observar na Figura 1, a maioria dos estudantes obteve valores totais que se situaram abaixo do ponto de corte, ou seja, que são claramente não alexitímicos (62%). Dos restantes, 7% obteve valores que são indicadores da presença de alexitimia e 31% apresentou valores totais que se situam na zona de fronteira.

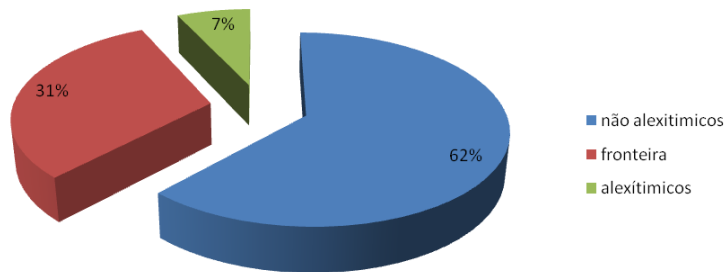


Figura 1. Distribuição dos estudantes em função da categorização da alexitimia

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo vão de encontro aos encontrados a estudos anteriores, nomeadamente o realizado por Lopes (2006) com uma amostra de estudantes do mesmo curso de licenciatura. Perante resultados que apontam para uma percentagem de 38% de estudantes com dificuldades ao nível da representação e regulação das emoções e tendo em conta os resultados de investigação que tem mostrado que diversas competências emocionais e sociais são preditoras do sucesso académico (Parker, Austin, Hogan, Wood & Bond, 2005) e considerando ainda que, o ensino de enfermagem, apesar das grandes mudanças que tem sofrido, continua a confrontar-se com dificuldades ao nível da promoção e desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal nos estudantes e de gestão das emoções, tornava-se evidente a necessidade de intervir o mais precocemente no desenvolvimento destes estudantes.

Sabemos que, por si só, a transição para o ensino superior leva o estudante a confrontar-se com um conjunto de tarefas desenvolvimentais, considerados por Chickering e Reisser (1993) como os sete vectores de desenvolvimento, e entre os quais se encontram a gestão das emoções e o desenvolvimento de relações interpessoais maduras. E atendendo aos resultados obtidos na TAS-20 pelos estudantes inscritos na unidade curricular opcional de Desenvolvimento Pessoal e Social, afigurava-se da maior importância intervir junto destes estudantes, pelo que foram delineadas um conjunto de intervenções no domínio do desenvolvimento do auto-conhecimento e gestão das emoções.

A unidade curricular de opção Desenvolvimento Pessoal e Social pretende funcionar como uma oportunidade de conhecimento pessoal, na qual as sessões lectivas funcionam sob a forma de um grupo de desenvolvimento ou sensibilização (Guerra & Lima, 2005). Através de dinâmicas activas e de reflexão, pretende-se proporcionar o crescimento e conhecimento pessoal ao mesmo tempo que se potencia o futuro exercício profissional do estudante. Deste modo, as sessões lectivas assentam, para além do suporte informativo (necessário ao reconhecimento das problemáticas e essenciais enquanto ponto de partida para uma discussão participada e reflexiva), em exercícios de dinâmicas de grupo procurando proporcionar experiências práticas, seguidas de reflexão.

As temáticas seleccionadas para desenvolver competências nas dimensões dos sentimentos e relacionamentos foram: o conhecimento do eu (auto-conceito e auto-estima e o funcionamento do self no funcionamento

cognitivo), o conhecimento dos outros (os processos de atribuição causal, a construção de impressões, estereótipos e preconceitos), os afectos (comunicação verbal e não-verbal, reconhecer e expressar emoções, dar e receber feed-back, formar, manter e cessar relacionamentos interpessoais) e a sexualidade (o desenvolvimento psico-sexual; o desenvolvimento da intimidade nos relacionamentos interpessoais).

A referida unidade curricular para além de opcional é semestral, pelo que não é possível intervir sobre todo o grupo de estudantes do 1º ano, embora possa constituir um ponto de reflexão sobre futuras possibilidades de intervenção, através da criação de espaços de experimentação e reflexão, aos quais os estudantes possam aceder voluntariamente e através deles potenciar o desenvolvimento de competências emocionais e sociais.

REFERÊNCIAS

- Chickering, A.W., & Reisser, L. (1993). *Education and Identity* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Guerra, M.P., & Lima, L.M. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Landa, J., López-Zafra, Aguilar-Luzón, M.C., & Ugarte, M. (2009). Predictive validity of perceived emotional intelligence on nursing students' self-concept. *Nurse Education Today*, 29(7), 801-808.
- Lima, L., & Cruz, M. (2008). O desenvolvimento de uma disciplina de desenvolvimento pessoal e social segundo o modelo das competências de vida. In J. Bonito (Ed.). *Educação para a saúde no século XXI: Teorias, modelos e práticas* (pp. 559-566). Évora: CIEP.
- Llandaff, M., & Castledine, G. (1988). *Guia para a prática de enfermagem*. Lisboa: E. Comunicação.
- Lopes, R.C. (2006). Alexitimia e empatia: Implicações para a prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13, 37-43.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Divulgar.
- Parker, J., Bagby, R., Taylor, G., Endler, N., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.

- Parker, P., Austin, E. Hogan, M., Wood, L., & Bond, B. (2004). Alexithymia and academic success: Examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences*, 38, 1257-1267.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 109-121.
- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Oficial de la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 9(1), 7-21.
- Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1624-1636.
- Torres, S. (2005). *O corpo e o silêncio das emoções: Estudo da alexitimia na anorexia nervosa*. Tese de doutoramento (não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Veríssimo, R. (2001). Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens. Adaptação linguística, validação semântica e estudo da fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 529-536.
- Veríssimo, R. (2005). Inteligência emocional, apoio social e regulação afectiva. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 345-352.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: É PROBLEMA?

Margarida Abreu

Escola Superior de Enfermagem do Porto

A adolescência é uma das etapas da vida humana que se tem constituído como objecto privilegiado de atenção dos profissionais de saúde, da educação e das ciências humanas em geral. Trata-se de uma etapa da biografia humana onde se estruturam valores, afirmam identidades e se desenvolvem atitudes e comportamentos, segundo uma lógica de transição para a vida adulta.

Em Portugal os adolescentes representam 12.3% da população, repartidos pelos dois sexos (INE, 1999). Segundo a definição da OMS, a adolescência compreende o período de vida entre os dez e os dezanove anos. Em termos genéricos, os adolescentes são considerados um grupo etário saudável (Comissão Nacional de Saúde Infantil, 1993). Esta afirmação no entanto só é admissível do ponto de vista estritamente médico e não em termos de saúde global (Cordeiro, 1997).

Na verdade os problemas de saúde com que se deparam hoje os adolescentes não são tanto de ordem biológica mas sim de ordem psicossocial (Cordeiro, 1997; Tursz, Souteyrand & Salmi, 1993). Sabe-se que a atracção pelo risco é uma manifestação comum do adolescente, explicável pelo gosto que este tem pelo desconhecido e também pelo desejo de se exceder a si próprio. Estes comportamentos podem conduzir a estilos de vida perigosos. Assim, tem sido dada uma atenção crescente aos “comportamentos problemáticos” dos adolescentes, nomeadamente o abuso de álcool, drogas, consumo de tabaco, insucesso escolar e actividade sexual prematura.

Sabemos que muitos adolescentes iniciam a sua actividade sexual entre os catorze e os dezasseis anos (Schvaneveldt, Miller & Berry, 2001; Academia Americana de Pediatria, 1999), e que nestas idades a primeira relação sexual está associada a múltiplos e graves riscos como a multiplicidade de parceiros, o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, o risco de gravidez e abortamento. É precisamente sobre a problemática da gravidez na adolescência que incidirá este nosso estudo.

Em Portugal, a incidência da gravidez na adolescência aumentou até ao final da década de 70, iniciando uma descida na década de 80, tendência que continua a manter-se (GIP/ACS, 2009; Aroso, 2004). Actualmente, a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes é de 4,2% (GIP/ACS, 2009).

A gravidez na adolescência tem sido identificada pela literatura especializada como um problema com implicações a nível médico, social,

educacional, económico e político. No entanto, pouca atenção tem sido dada à perspectiva das adolescentes sobre o assunto. Alguns estudos efectuados sobre esta temática, revelaram que as adolescentes encaravam a sua situação de vida de uma forma flexível e não consideravam que a gravidez interferisse negativamente nos seus projectos para o futuro (Spear, 2001; Raeff & Bakken, 1994).

Assim, a análise de vários trabalhos de investigação permitiu-nos verificar que as grávidas/mães adolescentes constituem um grupo variado e multiforme, no seio do qual se encontram adolescentes capazes de respostas adaptadas e de percursos desenvolvimentais bem sucedidos (Kalil & Spindel, 2003; Spear, 2001).

Este trabalho tem como objectivos: (1) Conhecer as atitudes das adolescentes sobre contracepção e gravidez e (2) Identificar o processo de adaptação das adolescentes face à gravidez.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo faz parte de um estudo de âmbito mais alargado, em que participaram voluntariamente 209 grávidas adolescentes, seleccionadas nas consultas de vigilância de gravidez em três hospitais do Porto. A idade das adolescentes estava compreendida entre os 17 e os 19 anos, a maioria possuía escolaridade inferior ao 9º ano (56%), encontrava-se desempregada (52,2%) e era casada ou vivia maritalmente com o companheiro (51,2%). A maioria destes (39,2%) possuía apenas o 9º ano de escolaridade e exercia uma profissão semi-qualificada (31,5%).

Material

Entrevista: trata-se de uma entrevista semi- estruturada com a qual se pretendeu colher dados objectivos e subjectivos. O guião da entrevista incluiu três partes distintas: uma primeira parte destinada a colher dados sobre a identificação e dados sócio-demográficos; uma segunda parte destinada a colher dados sobre o comportamento sexual das adolescentes; uma terceira parte destinada a colher dados sobre o processo gravídico.

Questionário de Avaliação da Gravidez (QAG; Schaefer e Manheimer, 1960; adaptado à população portuguesa por Marques, Martins e outros, 2001): Este instrumento tem como objectivo avaliar as reacções e os sentimentos da adolescente face à gravidez (considerados como dimensões relevantes na adaptação parental). É constituído por 37 itens agrupados em seis escalas separadas (Medos em relação ao self; Medos em relação ao bebé; Dependência; Desejo de gravidez, Sentimento maternal e Irritabilidade).

RESULTADOS

Nos resultados iremos abordar a idade de início da actividade sexual, as atitudes das adolescentes face à contracepção e o processo gravídico (desejo de gravidez; medo em relação ao self; dependência; irritabilidade; sentimento maternal e medo em relação ao bebé).

Quadro 1

Idade de início da actividade sexual e atitudes face à contracepção

| Início da actividade sexual | nº | % |
|--|-----|-------|
| ≤14 anos | 35 | 16,7 |
| 15-17 anos | 142 | 67,9 |
| ≥18 anos | 30 | 14,4 |
| Não sabe/Não refere | 2 | 1,0 |
| Total | 209 | 100 |
| Recurso aos métodos anti-concepcionais | | |
| Sim | 92 | 44,0 |
| Não | 117 | 56,0 |
| Total | 209 | 100,0 |
| Razões da não utilização dos métodos | | |
| Desejo de engravidar | 48 | 41,0 |
| Informação deficiente | 46 | 39,3 |
| Achava-se muito nova | 10 | 8,5 |
| Imprevisto (o acto não foi planeado) | 8 | 6,8 |
| Não sabe / Não refere | 5 | 4,3 |
| Total | 117 | 100,0 |

Como se pode observar no Quadro 1, a maioria (67,9%) das adolescentes da nossa amostra iniciou a actividade sexual entre os 15 e os 17 anos; 16,7% iniciou a actividade sexual com idade inferior ou igual a 14 anos e 14,4% com idade igual ou superior a 18 anos. As tendências a nível da actividade sexual dos adolescentes portugueses acompanham as

tendências dos adolescentes de muitos países desenvolvidos. Segundo a Academia Americana de Pediatria (1999) a maioria dos adolescentes americanos inicia a sua vida sexual entre o período médio e o final da adolescência, situando-se a idade média da primeira relação sexual entre os 15 e os 17 anos. Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003) constataram que mais de metade das adolescentes do seu estudo (67,3%) teve a primeira relação sexual com idade igual ou inferior a 15 anos. Também como se pode verificar no quadro 1, das adolescentes que participaram no nosso estudo apenas 44% utilizavam um método contraceptivo. No entanto, estes resultados, comparativamente com o estudo de Santos (1999) e o de Abreu (1998), revelam um aumento da utilização de métodos contraceptivos. Das adolescentes que utilizavam métodos contraceptivos, a maioria (53,3%) utilizava o preservativo; 44,5% utilizava a pílula. Uma (1,1%) das adolescentes ainda utilizava o coito interrompido como método de contracepção e outra utilizava métodos naturais. Relativamente às adolescentes do nosso estudo que referiram não utilizar qualquer método contraceptivo ($N=117$), 41% referiu que foi por desejo de engravidar; 39,3% das adolescentes manifestaram informação deficiente; 8,54% referiu que foi por se considerar muito nova e 6.8% referiu que o acto não foi planeado. Para Le Van (1998) o desejo de gravidez é multiforme: certas gravidezes são programadas e resultam de uma vontade clara e declarada; outras são atribuídas ao acaso ou a acidente, mesmo que tendo sido desejadas (neste último caso, existe um desejo implícito de gravidez). Ainda segundo Le Van, muitas adolescentes adoptam conscientemente um comportamento contraceptivo de alto risco, mas declaram que desconheciam que pudessem engravidar.

Quadro 2

Reacções e sentimentos face à gravidez

| Questionário de avaliação das reacções e sentimentos face à gravidez | | |
|--|--------------|-----------|
| <i>Escalas</i> | <i>Média</i> | <i>DP</i> |
| Desejo de gravidez | 14,4 | 4,6 |
| Medos em relação ao self | 6,7 | 8,9 |
| Dependência | 8,9 | 1,3 |
| Irritabilidade | 28,3 | 4,3 |
| Sentimento maternal | 11,8 | 2,1 |
| Medos em relação ao bebé | 22,5 | 2,8 |

Nota. A escala do Desejo de gravidez vai no sentido de quanto mais elevada a pontuação obtida menor o desejo de gravidez; Uma pontuação elevada na escala Sentimento maternal significa um menor sentimento maternal da grávida.

Pela observação do Quadro 2 verifica-se, em relação à dimensão “Desejo de gravidez”, que a média dos valores é de 14,4. O desvio padrão de 4,6, o mais elevado dos calculados para as escalas constituintes do QAG, deixa entender a heterogeneidade das respostas. No entanto, o valor médio obtido situa-se abaixo do ponto médio da escala (20,5), o que traduz a tendência para um elevado desejo de gravidez. Estes dados estão em consonância com a literatura que refere a gravidez na adolescência pode resultar do desejo consciente ou inconsciente da adolescente (Le Van, 1998).

Relativamente à dimensão “Medos em relação ao self”, o valor médio obtido (6,7), situa-se abaixo do ponto médio da escala (7,5), o que denota uma tendência para um baixo nível de medos em relação a si própria. O desvio padrão de 1,7, um dos mais baixos calculados, deixa entender uma uniformidade de respostas. Nesta dimensão os nossos resultados são semelhantes aos obtidos por Soares, Marques, Martins e outros (2001): o valor médio obtido situou-se abaixo do ponto médio da escala.

Em relação à dimensão “Dependência”, o valor médio é de 8,9 (situando-se acima do ponto médio da escala: 7,5). O desvio padrão de 1,3, o mais baixo calculado para as escalas do QAG, deixa entender uma uniformidade de respostas. Estes resultados são convergentes com a literatura do desenvolvimento psicológico da gravidez na adolescência, a qual tem enfatizado que este acontecimento parece aumentar a dependência da adolescente face aos adultos, especialmente em relação aos membros da sua família (Trad, 1999; Oliveira, 1998; Spikes & Drapp, 1991).

Quanto à dimensão “Irritabilidade”, o valor médio é de 28,3. e o desvio padrão é de 4,3, um dos mais elevados calculados nas escalas do QAG, deixa entender a heterogeneidade das respostas. Sendo o ponto médio da escala igual a 32, os resultados da escala de irritabilidade sugerem que a vivência emocional da gravidez não parece ter assumido contornos negativos para estas adolescentes.

No que se refere à escala “Sentimento maternal”, a média é de 11,8, sendo o ponto médio 15. O desvio padrão é de 2,1, trata-se de um valor baixo relativamente às escalas constituintes do QAG. Estes resultados revelam elevados sentimentos maternos, o que se tem revelado determinante no ajustamento à gravidez precoce (Jongenelen, 1998). A maternidade implica amar e ter capacidade para atender às necessidades da criança.

Relativamente à escala “Medos em relação ao bebé”, o valor médio encontrado foi de 22,5, situando-se acima do ponto médio da escala (17,5). O desvio padrão de 2,8, um valor relativamente baixo face às restantes escalas do QAG. Estes resultados revelam, assim, níveis elevados de medos

em relação ao bebé, particularmente uma elevada preocupação quanto à integridade física do feto e ao subsequente bem-estar físico e desenvolvimento do bebé. Estes elevados níveis de medos em relação ao bebé, poderão ser reflexo dos escassos conhecimentos da adolescente acerca da evolução da gravidez e do desenvolvimento da criança, que poderão advir do seu baixo nível de escolaridade, pela falta de interesse pela leitura deste tipo de livros e até da pouca experiência com crianças. Soares, Marques, Martins e outros (2001), verificaram que as adolescentes da sua amostra demonstraram níveis baixos de medos em relação ao bebé: os valores médios encontrados situaram-se abaixo do ponto médio da escala.

DISCUSSÃO

O fenómeno da gravidez na adolescência não é novo, embora actualmente tenha maior visibilidade, uma vez que nas sociedades industrializadas é considerado um grave problema social, muitas vezes associado à baixa escolaridade, desemprego ou emprego precário e pobreza. Este estudo corrobora a literatura existente sobre gravidez na adolescência, segundo a qual este fenómeno está geralmente associado à rara utilização de métodos anticoncepcionais pelos adolescentes e ao seu desejo de gravidez (consciente ou inconsciente). O estudo demonstra ainda a importância de ter em consideração a perspectiva das adolescentes quando se planeiam sessões de educação sexual e consultas de planeamento familiar. Os investigadores concordam que a gravidez constitui um período de transição dramática: a gravidez proclama a modificação do estatuto de mulher para o de mãe (Meleis, 2007; Machado, 2004; Trad, 1999). O presente estudo revela também que a preparação adequada das adolescentes para o papel maternal é importante e os enfermeiros podem contribuir para esta preparação através do envolvimento e do apoio das adolescentes e das respectivas famílias.

REFERÊNCIAS

- Abreu, M. (1998). *Gravidez na adolescência: atitudes e representações*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Academia Americana de Pediatria. (1999). Gravidez na adolescência: Questões actuais e tendências-1998. *Pediatrics* (Ed. Port.), 7(3), 169-173.
- Aroso, A. (1994). Adolescência no feminino: Gravidez e maternidade. In *Maternidade precoce: Que perguntas? Que respostas? Actas dos Encontro Internacional da Fundação da Juventude*. Porto: Fundação da Juventude.
- Cordeiro, M. (1997). *Dos 10 aos 15 – Adolescentes e adolescência* (vol. 1). Lisboa: Quatro Margens Editora.
- Gabinete de informação e prospectiva, Alto comissariado da saúde. (2009). Indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde. In *Estatísticas de 1999* do INE. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2000). *Estatísticas demográficas, 1999*. Lisboa: INE.
- Jongenelen, I.M. (1998). *Gravidez na adolescência: Universalidade e diversidade no desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.
- Kalil, A., & Spindel, L.J. (2003). *Multiple roles of teenage mothers during the transition of adulthood*. Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence. New Orleans.
- Le Van, C. (1998). *Les grossesses à l'adolescence: Normes sociales, réalités vécues*. Paris: L'Harmattan.
- Machado, M.V.P. (2004). *A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Curitiba: Universidade do Paraná.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Margarinho, R. (2003). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade de Júlio Dinis no ano 2000. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34(4), 227-238.
- Raef, C., & Bakken, L. (1994). Viewing adolescent mothers in their own terms: Linking self-conceptualization and adolescent motherhood. *Developmental Review*, 14, 215-244.
- Santos, J.O. (1999). Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 17(2), 27-42.
- Schvaneveldt, P.L., Miller, B.C., & Berry, E.H. (2001). Academic goals, achievement, and age at first sexual intercourse: Longitudinal, bidirectional influences. *Adolescence*, 36(144), 767-787.
- Soares, I., Marques, M.C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal.

In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 360-407). Coimbra: Quarteto Editora.

Spear, H.J. (2001). Teenage pregnancy: Having a baby won't affect me that much. *Paediatric Nursing*, 27(6), 574-580.

Spikes, J. M., & Drapp, L. A. (1991). Adolescent pregnancy and parenthood. In I.M. Bobak & M. Duncan (Eds.), *Essentials of maternity nursing* (3rd ed.). St Louis: Mosby Yearbook.

Trad, P.V. (1999). Assessing the patterns that prevent teenage pregnancy. *Adolescence*, 34(133), 221-340.

Tursz, A., Souteyrand, Y., & Salmi, R. (1993). *Adolescence et risque*. Paris: Syros.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Margarida Reis Santos Ferreira

Escola Superior de Enfermagem do Porto

As questões sobre a sexualidade não são exclusivas da adolescência, na medida em que o desenvolvimento psico-sexual lhe é muito anterior, mas é durante este período que se inicia a organização sexual definitiva, tanto do ponto de vista somático, como sociológico e psicológico, e que a identidade sexual se torna importante. O adolescente procura construir a sua identidade integrando sentimentos, necessidades e desejos.

A actividade sexual na adolescência está muitas vezes associada a outros comportamentos de risco, como o consumo de substâncias, álcool, tabaco e outras drogas. Comportamentos sexuais de risco como as relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que se tenham utilizado outros métodos contraceptivos, os múltiplos parceiros sexuais e as relações sexuais com estranhos constituem uma séria ameaça à saúde física e psicológica dos adolescentes, bem como ao seu bem-estar social.

Numa sociedade em que os adolescentes são constantemente assediados por imagens sexuais não basta e pode, mesmo, ser contraproducente dizer aos adolescentes que se abstenham de ter relações sexuais, importa é dar-lhes formação e informação adequada ao seu estágio de desenvolvimento sobre sexualidade, sexo e contracepção para que eles se sintam mais seguros na sua sexualidade, possam atrasar o início da sua actividade sexual e pratiquem sexo seguro quando se tornarem sexualmente activos.

Os adolescentes podem ter recebido informação/formação sobre métodos anticoncepcionais e importância da prática de sexo seguro, mas, isso nem sempre significa que usem a informação que têm. Muitas vezes, as circunstâncias em que ocorre o encontro (inesperado, indisponibilidade de preservativo) e falta de capacidade do par para discutir e negociar sobre medidas contraceptivas podem influenciar as escolhas. Bekaert (2005), refere que num estudo realizado no Reino Unido, 89% dos adolescentes afirmavam que ter sexo sem usar preservativo os punha em risco de contrair VIH/SIDA, mas, 16% continuaria a ter relações sexuais sem utilizá-lo se a oportunidade surgisse.

A educação sexual para adolescentes deve abranger as questões da sexualidade/afectividade, liberdade, igualdade, responsabilidade, sexo e contracepção, de forma a capacitá-los para recusarem uma relação se esse for o seu desejo, expressarem a sua sexualidade respeitando os direitos dos outros, negociarem os níveis de intimidade, decidirem sobre o desenvolvi-

mento da relação a dois e seleccionarem o método anticoncepcional (e utilizarem-no correctamente). Deve, também despertá-los para a importância da vigilância de saúde e informá-los sobre os locais onde a poderão fazer. Atendendo aos aspectos específicos do desenvolvimento dos adolescentes e ao facto das suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva diferirem das dos adultos os programas de formação e as consultas de educação sexual devem ser vocacionados para o grupo de forma a se alcançarem os melhores resultados. “É essencial que os profissionais de saúde que cuidam dos adolescentes entendam as questões da sexualidade durante a adolescência e saibam como lidar com as questões, sentimentos e problemas dos adolescentes” (Neinstein, 1996, p. 627).

MÉTODO

Realizou-se um estudo exploratório que teve como objectivos analisar o comportamento sexual dos adolescentes do ensino secundário. Investigou-se a relação dos indicadores demográficos idade, sexo e ano de escolaridade, sobre o comportamento sexual dos adolescentes.

Os dados necessários para o estudo foram colhidos através de um questionário construído para o efeito que obteve o parecer positivo da Comissão Nacional de Protecção de Dados. A colheita de dados decorreu entre Junho e Novembro de 2005, após autorização da Direcção Regional de Educação do Norte e dos Conselhos Executivos das escolas para a realização do estudo e foi efectuada em sala de aula, durante um tempo lectivo, a unidade de análise foi a turma. A escolha das turmas para participarem no estudo foi feita pelos conselhos executivos das instituições.

Para a análise estatística dos dados recorreu-se à versão 16 do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão e, posteriormente, estatística inferencial. A técnica de análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática, foi utilizada para o tratamento da informação obtida através das questões abertas do questionário. O discurso dos participantes foi transcrito na íntegra, sendo posteriormente feitas inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas, sendo as categorias estabelecidas à *posteriori*.

Participantes

A amostra do estudo é proveniente de cinco escolas do distrito do Porto e compreende 680 adolescentes a frequentarem o ensino secundário. Destes, 238 (35,0%) cursam o 10º ano, 280 (41,2%) o 11º ano e 162 (23,8%) o 12º ano. Os inquiridos são na sua maioria do sexo feminino (59,6%, $N=405$, vs 40,4%, $N=275$, do sexo masculino), de nacionalidade portuguesa (98,6%, $N=669$), sendo os outros venezuelanos (0,4%, $N=3$), brasileiros (0,3%, $N=2$), suíços (0,3%, $N=2$), congoleses (0,3%, $N=2$) e franceses (0,1%, $N=1$) e têm idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, sendo a média de 16,61 anos ($DP=1,03$). As raparigas têm em média 16,55 anos ($DP=0,98$) e os rapazes 16,69 anos ($DP=1,10$).

Atendendo às características comuns dos adolescentes de determinada idade, a adolescência é muitas vezes dividida em três fases (Bekaert, 2005): a fase inicial, dos 10 aos 13 anos; a intermédia, dos 14 aos 16 anos; e a final, dos 17 aos 19 anos. Esta divisão foi também adoptada no nosso estudo, na estatística inferencial. A maioria dos adolescentes, independentemente do sexo situa-se no grupo etário dos 17 aos 19 anos (50,6%, $N=205$, de raparigas e 54,2%, $N=149$, de rapazes).

RESULTADOS

Dos adolescentes que participaram no estudo, 35,8% ($N=240$) já tiveram relações sexuais. A idade com que os inquiridos tiveram a primeira relação variou entre os 13 (5,9%, $N=14$) e os 19 anos (0,8%, $N=2$), sendo a média de 15,49 anos ($DP=1,24$) e a moda de 16 anos.

As raparigas e os rapazes diferem significativamente no início da actividade sexual ($\chi^2=6.96$, $p=0.008$). É no grupo dos rapazes que se encontra a maior percentagem de adolescentes que já o fez (41,7%, $N=113$, vs. 31,8%, $N=127$, raparigas).

Há associação estatística entre a idade dos adolescentes e o já terem tido relações sexuais ($\chi^2=69.94$, $p=0.000$). A percentagem de adolescentes mais velhos, que já teve relações sexuais é superior à dos mais novos (50,7%, $N=176$, vs 19,8%, $N=64$, respectivamente).

Tanto no género feminino como no masculino, os adolescentes que iniciaram a actividade sexual mais cedo fizeram-no aos 13 anos e os que começaram mais tarde aos 19 anos. A média de idades da primeira relação

sexual foi ligeiramente mais elevada nas raparigas (15,62 anos, $DP=1,19$, vs 15,34 anos, $DP=1,29$, nos rapazes). A moda nas raparigas foi de 16 anos (38,1%, $N=48$) e nos rapazes de 15 anos (31,5%, $N=35$). As raparigas e os rapazes diferem significativamente na idade com que tiveram a primeira relação sexual ($U=5941,50$, $p=0,039$), sendo mais tarde nas adolescentes. A maioria dos inquiridos (89,1%, $N=212$) usou algum método contraceptivo na primeira relação sexual. Não se verificou diferença significativa entre géneros, quanto ao uso de contraceptivos na primeira relação sexual ($\chi^2=0,54$, $p=0,46$).

Os participantes que tiveram a primeira relação sexual aos 13 anos são os que mais referem não ter utilizado contraceptivos (21,4%, $N=3$). À medida que aumenta a idade com que iniciam a actividade sexual, aumenta também a percentagem de adolescentes que usam anticoncepcionais, tendo estes sido usados por todos os inquiridos que iniciaram a vida sexual aos 18 ou 19 anos. O preservativo foi o anticoncepcional mais utilizado na primeira relação sexual, 91% ($N=193$).

As razões apontadas pelos adolescentes que não usaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual, após análise das respostas dos inquiridos, foram codificadas em “Indisponibilidade de método contraceptivo” (55%, $N=11$), “Falsas crenças” (20%, $N=4$) e “Outros motivos” (25%, $N=5$).

As respostas dos inquiridos à questão “quem lhes aconselhou o anticoncepcional que usaram na primeira relação?” foram codificadas após análise em “Ninguém” (48%, $N=96$), “Pais” (12%, $N=24$), “Amigos” (10,5%, $N=21$), “Profissionais de saúde” (7%, $N=14$), “Pais e amigos” (6%, $N=12$), “Publicidade” (6%, $N=12$), “Formação feita na escola” (5%, $N=10$), e “Outras fontes” (5,5%, $N=11$).

Quanto à regularidade com que os inquiridos têm relações sexuais, verificou-se que havia uma variação entre zero (11,6%, $N=20$) a seis por semana (2,9%, $N=5$). A percentagem de raparigas que referiu não ter relações quando participou no estudo ou ter menos de uma ou duas relações por mês, é inferior à dos rapazes, sendo a percentagem de raparigas que têm mais de uma relação por semana superior à dos rapazes. Não podemos contudo afirmar que exista associação entre o género e a frequência das relações sexuais ($U=3190,00$, $p=0,12$).

Os adolescentes mais novos e mais velhos não diferem relativamente à frequência das relações sexuais ($U=2955,50$, $p=0,94$).

A maioria dos inquiridos (94,7%, $N=198$) sexualmente activos afirma usar anticoncepcionais. O preservativo é o método mais utilizado (68,7%, $N=136$).

Concluiu-se que as raparigas não diferem dos rapazes relativamente à utilização de anticoncepcionais ($\chi^2=0,02$, $p=0,90$) e que não há associação da idade dos adolescentes, e do ano de escolaridade que frequentam, com o uso de medidas contraceptivas ($\chi^2=0,61$, $p=0,44$ e $\chi^2=0,63$, $p=0,73$, respectivamente).

O número de parceiros sexuais variou entre um e nove, tendo a maioria dos inquiridos (62%, $N=137$) mencionado só ter tido um. A maioria das raparigas (74,4%, $N=93$) só teve um parceiro e nenhuma teve mais de três. Os rapazes referem ter tido entre uma (45,8%, $N=44$) e nove (0,1%, $N=1$) parceiras sexuais. As raparigas e os rapazes diferem significativamente quanto ao número de parceiros sexuais ($U=3979.50$, $p=0,000$), que é superior no caso deles.

Os adolescentes mais novos e os mais velhos não diferem quanto ao número de parceiros sexuais ($U=4321,50$, $p=0,21$).

Há diferenças significativas entre ter relações sexuais e o consumo de álcool ($\chi^2=36,96$, $p=0,000$), sendo entre os participantes que consomem bebidas alcoólicas que se encontra a maior percentagem de adolescentes que já iniciou a vida sexual. Existe também relação estatística entre o início da vida sexual e o consumo de tabaco pelos adolescentes ($\chi^2=47,99$, $p=0,000$), sendo entre os participantes que fumam que se encontra a maior percentagem de adolescentes sexualmente activos.

DISCUSSÃO

A adolescência é um período durante o qual muitos adolescentes iniciam a sua vida sexual (Avery & Lazdane, 2008). A procura da identidade sexual, a curiosidade, a pressão do grupo de pares e o desejo de emancipação, são algumas das razões que podem estar na origem deste facto (Bekaert, 2005; Coslin, 2003). A avaliação da saúde sexual dos adolescentes é uma componente essencial dos cuidados prestados a este grupo de indivíduos, atendendo ao risco substancial que os seus comportamentos sexuais representam para a sua saúde (Merzel et al., 2004).

No nosso estudo, 35,8% dos adolescentes afirmam que já tiveram relações sexuais, sendo esta percentagem significativamente superior nos rapazes. A idade com que tiveram a primeira relação variou entre os 13 e os 19 anos. Se confrontarmos os resultados que obtivemos com os de outros estudos realizados com adolescentes portugueses, verificamos que eles se assemelham. Rodrigues e col. (2007) apuraram que a maioria dos inquiridos (10 aos 19 anos) não era sexualmente activa e que era superior no sexo masculino a percentagem dos que já tinham iniciado essa actividade. Monteiro e Raposo (2005) concluíram igualmente que apenas 32,3% dos participantes (do 10º, 11º e 12º anos de escolaridade) já tinham tido actividade sexual e que a percentagem de rapazes era superior, reportando ainda que a maioria iniciou vida sexual antes dos 16 anos (nós apurámos que esta era uma ocorrência para 49,4% dos adolescentes e, tal como eles, concluímos que este evento era mais frequente no sexo masculino).

De acordo com as nossas expectativas face à autonomia, procura de identidade sexual e maior liberdade, a percentagem de adolescentes mais velhos que já teve relações sexuais é significativamente superior à dos mais novos, sendo os nossos resultados sobreponíveis aos obtidos em estudos prévios (Rodrigues et al., 2007; Vesely et al., 2004; Matos et al., 2003).

As raparigas tiveram a primeira relação sexual significativamente mais tarde que os rapazes. Este resultado corrobora os obtidos noutros estudos (Currie et al., 2004; Matos et al., 2003), que verificaram igualmente que as raparigas iniciam a actividade sexual mais tarde que os rapazes.

Os nossos resultados são congruentes com os de Sikkema e col. (2004), que também reportam que as raparigas têm relações sexuais mais frequentemente.

Consideramos preocupante verificar que 10,9% dos nossos inquiridos não utilizaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual, pois como é sabido os comportamentos sexuais de risco constituem uma ameaça à saúde física e social dos adolescentes. São os participantes que tiveram a primeira relação aos 13 anos os que mais referem não os ter utilizado; consoante aumenta a idade com que iniciam a actividade sexual, aumenta a percentagem de indivíduos que usam anticoncepcionais, o que foi feito por todos os que iniciaram vida sexual aos 18 ou 19 anos.

O aumento do uso do preservativo pelos adolescentes é responsável pela diminuição do número de primeiras relações não protegidas (Mosher & McNally, 1991). Verificou-se que o preservativo foi o anticoncepcional

mais utilizado na primeira relação sexual, não se apurando diferenças significativas entre géneros quanto ao seu uso.

Atendendo ao risco de encontros sexuais sem contracepção, à responsabilidade dos profissionais de saúde na educação sexual e à necessidade desta se iniciar antes da primeira relação, para os adolescentes saberem como utilizar correctamente os métodos anticoncepcionais (Svare et al., 2002), é importante que estes técnicos abordem a questão da contracepção de forma consistente e explícita nas consultas que têm com os adolescentes.

A elevada taxa de utilização de contracepção encontrada na nossa investigação, face à reportada em outros estudos, pode estar relacionada com o facto de todos os inquiridos serem estudantes. Como referem outros autores (Bailey et al., 2008; Ferreira et al., 2006), os adolescentes que estudam e que têm objectivos educacionais tendem a usar mais os contraceptivos.

Concluimos que é no grupo de participantes que consomem bebidas alcoólicas que se encontra a maior percentagem de adolescentes que já iniciou a vida sexual e igualmente que é entre os participantes que fumam que se encontra a maior percentagem de inquiridos que já teve relações sexuais. O IAS (2007) refere que o consumo de álcool pode ser uma forma de facilitar o envolvimento em relações sexuais e Parkes e col. (2007) também reportam associação entre o início da vida sexual e o consumo de álcool e tabaco.

CONCLUSÃO

Correr riscos faz parte do processo de formação de identidade dos adolescentes, contudo os comportamentos sexuais de risco constituem uma ameaça significativa para a saúde e bem-estar físico, psicológico e social dos adolescentes. As consequências negativas da gravidez na adolescência e das IST são razões mais do que suficientes para implementar políticas e programas de intervenção que visem reduzir os comportamentos sexuais de risco dos adolescentes.

Face aos resultados obtidos pensamos que é importante os enfermeiros ajudarem os adolescentes a desenvolverem competências que os tornem capazes de negociar os níveis de intimidade e as medidas contraceptivas a usar numa relação, que promovam o pensamento crítico e que facilitem a

tomada de decisões e a resolução de problemas, aumentar a sua auto-confiança e capacidade de fazerem escolhas informadas, como atrasarem o início da actividade sexual, até estarem suficientemente maduros para se protegerem do VIH, de outras IST's e de gravidezes indesejadas. É também crucial motivá-los para a vigilância de saúde sexual e informá-los das instituições e dos locais, inclusive dos específicos para adolescentes, onde a podem fazer de forma gratuita.

REFERÊNCIAS

- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(1), 58-70.
- Bailey, J.A., Fleming, C.B., Henson, J.N., Catalano, R.F., & Haggerty, K.P. (2008). Sexual Risk Behavior 6 Months Post-High School: Associations with College Attendance, Living with a Parent, and Prior Risk Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 42, 573-579.
- Bekaert, S. (2005). *Adolescents and sex: The handbook for professionals working with young people*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Coslin, P. (2003). *Les conduites à risque à l'adolescence*. Paris: Armand Colin Éditeur.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen, V. B. (2004). *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ferreira, M.R.S., Paúl, C., & Amado, J. (2006). Comportamentos sexuais de adolescentes do ensino secundário. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 7, 50-53.
- IAS (2007). *Adolescents and alcohol*. Consultado em 2 de Setembro de 2007 através de <http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/adolescents.pdf>
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Relatório português do estudo HBSC 2002. Lisboa: FMH.
- Merzel, C.R., Vandevanter, N.L., Middlestadt, S., Bleakley, A., Ledskey, R., & Messeri, P.A. (2004). Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual issues during adolescent health visits. *Journal of Adolescent Health*, 35, 108-115.

- Monteiro, M.J., & Raposo, J.V. (2005). *Compreender o comportamento sexual para melhor (re)agir*. Consultado em 3 de Janeiro de 2007 através de http://www.aidscongress.net/pdf/compreender_abstract_239_comunic_271.pdf
- Mosher, W.D., & McNally, J.W. (1991). Contraceptive use at first premarital intercourse: United States, 1965–1988. *Family Planning Perspectives*, 23, 108-116.
- Neinstein, L. (1996). *Adolescent health care: A practical guide* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M., & Hart, G. (2007). Explaining associations between adolescent substance use and condom use. *Journal of Adolescent Health*, 40(2), 180.e1-180.e18.
- Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A., & Carvalho, G.S. (2007). Situações de risco para a saúde de jovens adolescentes. *Actas do 3º Encontro de Investigação de Vila Real* (pp. 1-7). Vila Real: Escola Superior de Educação da UTAD.
- Sikkema, K.J., Brondino, M.J., Anderson, E.S., Gore-Felton, C., Kelly, J.A., Winett, R.A., Heckman, T.G., & Roffman, R.A. (2004). HIV risk behavior among ethnically diverse adolescents living in low-income housing developments. *Journal of Adolescent Health*, 35(2), 141-150.
- Svare, E.I., Kjaer, S.K., Thomsen, B.L., & Bock, J.E. (2002). Determinants for non-use of contraception at first intercourse: A study of 10,841 young Danish women from the general population. *Contraception*, 66, 345-350.
- Vesely, S.K., Wyatt, V.H., Oman, R.F., Aspy, C.B., Kegler, M.C., Rodine, S., Marshall, L., & McLeroy, K.R. (2004). The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34, 356-365.

IDENTIDADE, GÉNERO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Instituto Politécnico de Beja

Conhecer os contributos do género para o desenvolvimento de saúde e do bem-estar da personalidade, e compreender a presença da saúde e da inteligência emocional no feminino e no masculino, não é tarefa fácil, contudo, torna-se imprescindível para delinear um planeamento do comportamento salutar, reformular situações de crise ou impasse e iniciar um processo de mudança para melhorar a vida da personalidade em devir. Por outro lado, é preciso levar o indivíduo e a sociedade a reflectirem sobre a construção da identidade pessoal, considerando os seus pontos de referencia e de pertença, a sua história de vida, para que se possam compreender de que forma é que estes põem em risco a saúde dos cidadãos, ou se pelo contrário, solidificam uma consciência de saúde individual e social, promotora de acções de desenvolvimento e bem-estar para todos. Assim, múltiplas são as relações e as influências dos vários domínios para a edificação de bem-estar e protecção da saúde individual, social e comunitária, pelo que devem ser investigadas para assim se poder maximizar as iniciativas e o empreendedorismo em acções de promoção de saúde.

IDENTIDADE, INTIMIDADE E SAÚDE

Compreender os processos de construção da identidade na saúde e na doença leva-nos a repensar os conceitos de identidade e intimidade que explicam em parte, os comportamentos e as atitudes que observamos nos homens e mulheres da sociedade actual. No domínio psicológico, a identidade pessoal é estudada a partir das respostas que os indivíduos dão a questões do tipo: Quem sou eu? O que faço aqui? O que quero fazer da minha vida? é compreendida como resultante da singularização do eu por oposição aos outros e pela diferenciação interpessoal e pelo ultrapassar as crises de desenvolvimento psicossocial. Contudo, cada vez mais esta conquista não pode ser explicada de forma simplista ou descontextualizada. Segundo Carvalho (1999) o corpo e a sua representação não são suficientes para a constituição da identidade pessoal, pelo que nos remete

para uma incursão pela história da humanidade nas suas várias facetas da identidade explicando a sua influência na construção de uma identidade pessoal e de identidades jurídica, nacional e cultural. A autora considera que, na demarcação do eu e dos outros a cultura tem um papel determinante, como aliás, podemos constatar em situações de atribuição do nome próprio e do nome da família, nas normas reguladoras das relações entre pai-mãe-filhos, nas permissões e proibições, na escolha e a distribuição dos alimentos e na expressão dos sentimentos, na partilha dos afectos e do amor, no cumprimento das normas e das interdições; a que poderíamos também acrescentar, o respeito e o valor da saúde e a prevenção e o cuidado na doença. Na sociedade contemporânea encontramos a herança da resposta de Freud sobre o que é uma pessoa normal estaria habilitada a fazer bem: “*Lieben und arbeiten*”, ou seja, «Amar e trabalhar». Efectivamente, o Amor e o Trabalho movem os humanos ao longo da vida e orientam as suas opções e decisões, daí que se constituam como dois vectores valiosos para a definição da realização pessoal e na formação da identidade dos indivíduos. Contudo, num estudo realizado por Faria (2000) numa amostra de 790 indivíduos (H=310 e M=410) da população normal portuguesa, entre os 17 e os 59 idade, verificou-se que as suas principais fontes de satisfação com a vida eram, por ordem de prioridade, a saúde, a vida em família, o casamento ou namoro e em quarto lugar o emprego. Numa sociedade em mudança acelerada é compreensível que os humanos valorizem a sua saúde como recurso de sobrevivência social e depois, se reconfortem nas relações familiares ou íntimas, já que o emprego traz alguma insegurança. Nos últimos tempos, temos assistido também à alteração dos modelos de comportamento, das relações familiares, das relações amorosas e atitudes face à sexualidade, onde cada vez mais os humanos parecem fugir dos compromissos afectivos de longa duração, o que de certa forma contribui para uma nova instabilidade das gerações mais novas da sociedade contemporânea que, numa ausência de modelos credíveis, constroem a sua identidade no vazio consumista de relações afectivas instáveis, o que pode comprometer desde cedo a sua saúde mental. É como diz Márcia (1966, 1980; cit. Carvalho, 2009, 233), um a um todos os pilares que suportam a identidade são minados pelo relativismo: o trabalho/ocupação profissional, a ideologia, política e religiosa, as relações interpessoais, a sexualidade e a intimidade. No que diz respeito à intimidade, esta encontra-se habitualmente ligada a múltiplas expressões (amor, paixão, casamento, sexualidade, corpo, vida privada, vida familiar, relações afectivas) que são analisadas do ponto de

vista psicológico quer ao nível do comportamento, da subjectividade, da personalidade e da natureza intrapsíquica da experiência afectiva, quer ao nível de como as representações individuais e colectivas sobre as relações afectivas interferem na vida de uma personalidade em devir. No entanto, como diz Torres (1987, in Carvalho, 1999, p. 733) o sentimento amoroso é quase eterno ou universal naquilo que ele contém, mas as formas e as categorizações próprias do Amor dependem do código, da semântica própria de uma época. Por exemplo, no que diz respeito à sexualidade, ao corpo, ao casamento, à vida privada e às mulheres os valores mudaram e com eles as vivências das relações afectivas. Na sociedade ocidental actual, o Amor é uma preocupação central, e um ideal poderoso de realização pessoal. O Amor tornou-se a condição primeira para a realização do casamento, e uma pessoa que achesse a vida sem amor, é tipicamente considerada como não tendo alcançado a sua realização pessoal (Baumeister, 1987). O mercado de trabalho tem aberto as portas às mulheres em postos de trabalho tradicionalmente ocupados por homens, o que constitui um indicador de mudança sobre a forma como se têm percebido as diferenças de género em contexto organizacional, isto é, as diferenças já não radicam na capacidade de inteligência geral, mas sim nas habilidades específicas, o que reforça o mercado de trabalho a ter interesse em que cargos de gerência e directoria sejam preenchidos por mulheres (Flores-Mendonza, 2000). Apesar do mundo do trabalho ter sofrido alguma transformação no que diz respeito à abertura de ofertas de emprego e progressão na carreira às mulheres, a construção da identidade feminina continua circunscrita ao tipo de concepção da feminilidade interiorizada pela educação e pelas normas e comportamentos impostos na família, na escola, na sociedade e no mundo do trabalho (Cramer, Cappelle, Silva, & Brito, 2001). No que diz respeito, aos lugares de chefia, como é o caso das empresárias, elas são colocadas em situações constrangedoras, já que, não só não devem abandonar as suas características femininas como, é-lhes pedido em simultâneo, que absorvam um padrão de comportamento masculino que predomina no espaço público de trabalho. Assim, as mulheres do topo sentem a obrigação de desenvolver competências opostas, como sensibilidade e frieza, autoridade e solidariedade, distância e proximidade, pelo que, muitas vezes elaboram um sentimento de culpa alimentado pela família, colegas e elas próprias. Por outro lado, sentem-se também culpadas por tirarem tempo de convivência à família e às suas tarefas de “mãe”, “esposa”, “filha”, para se dedicarem aos negócios ou ao trabalho. Ora esta ambiguidade não é nada abonatória

da sua saúde mental e põe em causa o seu processo de desenvolvimento identitário. Por conseguinte, as questões de género na cultura organizacional e na sociedade são também questões de saúde e de doença.

GÉNERO, SAÚDE E EDIFICAÇÃO DO BEM-ESTAR POSITIVO

Os autores têm definido género como uma construção social realizada a partir do modo como as diferenças sexuais são compreendidas e expressadas numa dada sociedade, num grupo ou em função de um contexto identificado; dando ainda relevância ao facto de como se introduzem na prática social quotidiana, tornando-se num processo histórico. Cramer, Cappelle, Silva e Brito (2001) referem que o processo de diferenciação entre masculino e feminino é construído ao nível individual e colectivo no imaginário das pessoas, e que a compreensão deste envolve a percepção dos indivíduos de um mesmo grupo que se aproximam uns dos outros como consequência de sua experiência social comum, de seu pensamento e de sua acção, ao mesmo tempo, que têm consciência das características que os tornam diferentes. A propósito das diferenças e das semelhanças do feminino e do masculino o debate tem sido acalorado e inconclusivo em alguns aspectos; mas, é como diz Bardwick (1984). As mulheres não são melhores nem piores que os homens. Não são completamente diferentes deles, nem totalmente iguais. As diferenças cognitivas em nada impedem que homens e mulheres participem com o mesmo grau de responsabilidade no desenvolvimento sociocultural das suas comunidades, até porque nem diferem significativamente em relação à inteligência geral, isto é, homens e mulheres apresentam a mesma capacidade de resolução de problemas e as diferenças observadas não estão relacionadas a essa capacidade geral, mas, com determinadas habilidades de operar com informações de natureza diversa (Flores-Mendonza, 2000). No entanto, quando nos colocamos numa perspectiva de construção de saúde e de edificação do bem-estar positivo é também importante que compreendamos as influências do factor género na nossa actuação. Num estudo realizado por González-Escalada, Barutell, Camba, Contreras, Muriel, e Rodríguez (2009), sobre a avaliação e tratamento da dor crónica oncológica, numa amostra de 697 médicos com uma idade média de 44 anos e sendo 72% homens, verificou-se que alguns dos comportamentos dos médicos variavam segundo a idade e o género; pelo que, os

profissionais mulheres avaliavam a dor com mais frequência dos que os homens, utilizavam significativamente mais a escala numérica, viam mais vezes os pacientes com intensidade de dor 4 a 6, acreditavam mais nas reticências dos pacientes aos opiáceos mais fortes, expunham com menor frequência o caderno de estupefacientes, davam muito mais importância à opinião do farmacêutico para o paciente, acreditavam significativamente que os pacientes com menor frequência estão bem informados e pensavam que a dor crónica se associa com mais frequência com a depressão do que os médicos homens. Os estudos transculturais têm mostrado a existência de uma tendência maior nas mulheres para expressarem mais sintomas neuróticos e sensibilidade às perturbações afectivas sazonais, enquanto que os homens apresentam sintomas psicóticos. Segundo, Oliveira (2002), para além da constatação destes dados, o que é preciso é promover a nível ambiental e educacional um maior equilíbrio psíquico, porque a neuroticidade apresentada em determinados grupos, em particular os femininos jovens, é muitas vezes devida não só à predisposição hereditária, mas também, às circunstâncias adversas da vida e do mundo actual, que tornam a pessoa cada vez mais desequilibrada. A fragilidade social é de facto uma realidade e a investigação psicológica têm mostrado como o meio interfere sobre a saúde dos cidadãos. Os estudos sobre as mulheres dos países industrializados mostraram como elas têm maior esperança de vida mas, em contrapartida, sofrem mais de hipertensão, doença renal, lúpus, artrite reumatóide e depressão, e em geral, de doenças crónicas não fatais; enquanto que os homens sofrem mais de traumatismos, doenças cardiovasculares e suicídio (Teixeira & Correia, 2002). Por outro lado, os autores consideram que na saúde da mulher existem factores já identificados que se encontram associados a um maior risco para a saúde, tais como: a relação entre mais pobreza que traz mais discriminação social; o baixo estatuto sócio-económico menor estatuto laboral e níveis baixos de motivação para adoptarem comportamentos preventivos e, consequentemente, menor acessibilidade aos cuidados; mais stress e violência doméstica; necessidade de desenvolver simultaneamente mais papéis sociais; menores benefícios do suporte social, particularmente como factor protector dos efeitos negativos do stress sobre a saúde. Em síntese, embora os autores consideram que as diferenças são atribuídas aos factores psicossociais e a diferenças nos estilos de vida, adiantam que, no que diz respeito às influências do género, o principal objectivo da investigação em psicologia da saúde deve centrar-se na identificação dos factores mediadores psicológicos da influência do género na saúde (Marks et al., in

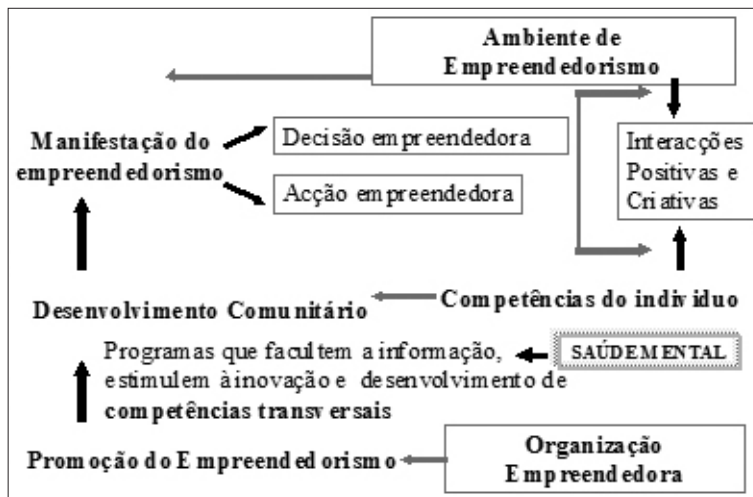
Teixeira., & Correia, 2002, p. 361). Numa perspectiva contrária das épocas passadas, vários autores têm defendido o conceito de “Revolução Positiva na Mudança” (Cooperrider & Whitney, 2005, cit. Marujo, Neto, Caetano, & Rivero, 2007) colocando a ênfase na importância de caracterizar uma transformação recente que se foca no melhor da condição humana e naquilo que faz a vida merecer ser vivida (Cameron, Dutton & Quinn, 2003; Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 2006, cit. Marujo, Neto, Caetano, & Rivero, 2007). Neste sentido, é dada uma especial atenção às seguintes perspectivas teórico-metodológicas da abordagem do comportamento humano e suas respectivas implicações interventivas nos sistemas humanos: a Psicologia Positiva; a Psicologia Comunitária; o Desenvolvimento Organizacional; o Inquérito Apreciativo; o Comportamento Pró-social e de Cidadania e a Responsabilidade Social Corporativa. Destas perspectivas de compreensão do comportamento humano, Marujo, Neto, Caetano & Rivero (2007) destacam a Psicologia Positiva e o Inquérito Apreciativo e fazem referência à proposta de Luthans e Youssef (2004) sobre a gestão do capital psicológico positivo de forma a que este consiga canalizar os talentos, forças e capacidades psicológicas individuais no sentido de resultados merecedores, produtivos, éticos e sustentáveis que permitam uma vantagem competitiva. Por conseguinte, viver a vida da forma mais feliz ou saudável possível pressupõe a existência de competências pessoais e sociais, de conhecimentos, de apoio social e de uma orientação positiva (Faria, 2000) que muitas vezes não está ao alcance de todos ou não faz parte das características de uma personalidade, seja no feminino ou no masculino. É neste contexto de manutenção e protecção de comportamentos saudáveis ou de mudança dos comportamentos de risco que surge a intervenção articulada dos conhecimentos e práticas da Psicologia da Saúde, da Psicologia Comunitária, da Psicologia Positiva e do Inquérito Apreciativo; que em conjunto, trabalham no sentido da edificação do bem-estar positivo; e que, deverão ter também em consideração a perspectiva do género na procura dos factores de risco para a saúde e na adequação da intervenção.

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E EMPREENDEDORISMO

O Empreendedorismo é geralmente compreendido como uma atitude mental, que engloba a motivação e a capacidade de um indivíduo, isolado

ou integrado numa organização, para identificar uma oportunidade e para a concretizar com o objectivo de produzir um determinado valor ou resultado económico. Por conseguinte, surge como um processo dinâmico que tem inerente a concepção, percepção, planificação e realização de uma oportunidade de negócio, que pressupõe o envolvimento de pessoas e processos que, em conjunto, levam à transformação de ideias em oportunidades, articulando com saber a criatividade, a inovação e a sustentabilidade. A Psicologia da Saúde pode ser definida como uma área científica da Psicologia que se circunscreve à aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde, dedicando uma atenção especial às experiências, comportamentos e interacções que os indivíduos vivenciam a longo do ciclo de vida. As tarefas realizadas no âmbito da Psicologia da Saúde assentam nas dimensões de promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença e na fluência do conhecimento psicológico oriundo da psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social e tratamento das doenças. O objectivo dos profissionais que têm como meta a prevenção do risco de doença mental e a promoção da melhoria das condições de vida da população mais vulnerável, é o desenvolvimento de acções de *empowerment* e *recovery*. A Psicologia Comunitária tem como principal objectivo zelar pela melhoria efectiva do bem-estar dos indivíduos e das populações, em particular das pessoas que se encontram em situações de maior vulnerabilidade social, que estão doentes ou têm a sua saúde em risco. Nos anos 70, Seymour Sarason apresentou o conceito de “Sentimento Psicológico de Comunidade” como a percepção de similaridade com os outros, uma reconhecida interdependência com os outros, uma vontade em manter essa interdependência dando ou fazendo pelos outros o que esperamos que nos façam a nós, o sentimento de que somos parte de uma grande e estável estrutura da qual podemos depender.

Apostar na Promoção da Saúde Mental de todos, através da construção de uma cultura empreendedora centrada no desenvolvimento comunitário que valorize um conjunto de saberes, em particular, do saber fazer e de saber ser susceptível de inculcar em cada profissional atitudes proactivas e comportamentos sustentáveis de confiança em si, determinação, desembaraço, esforço, espírito de equipa, iniciativa, motivação, perseverança, sentido da responsabilidade, solidariedade, resiliência, resolução de problemas, identificação de oportunidades, inovação e criatividade (Faria, 2009). Um profissional ou uma empresa que sigam nesta linha preservam a saúde mental dos trabalhadores na sociedade esquizofrenizante em que



REFERÊNCIAS

- Baumeister, R. (1987). How the self became a problem: A psychological review of historical research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 163-176.
- Cramer, L., Cappelle, M., Silva, A., & Brito, M. (2001). Representações femininas da acção empreendedora: Uma análise da trajectória das mulheres no mundo dos negócios. *ANAIS DO II EGEPE, Londrina/PR (ISSN 1518-4382)*, 46-59.

- Faria, M.C. (2000). *Comunicação e bem-estar no limiar do século XXI. Conhecer através da relação e orientar para a saúde*. Coimbra. Tese de Doutoramento (não publicada). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Faria, M.C. (2009). Promoção da saúde mental e empreendedorismo. *Actas do II Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental: Da Biologia à Economia da Saúde e da Inserção no Trabalho à Criação Artística*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Flores-Mendonza, C. (2000). Diferenças intelectuais entre homens e mulheres: Uma breve revisão da literatura. *Psicólogo informação*, 4(4), 25-34.
- González-Escalada, J., Barutell, C., Camba, A., Contreras, D., Muriel, C., & Rodríguez, M. (2009). Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacêuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(1), 7-20.
- Marujo, H.A., Neto, L.M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução Positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13(1), 115-136.
- Oliveira, J. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, XX(4), 647-655.
- Sarason, S. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Teixeira, J., & Correia, A. (2002). Fragilidade social e psicologia da saúde. Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*, XX(3), 359-365.

IMPLICAÇÕES DO GÉNERO NOS COMPORTAMENTOS E VIVÊNCIAS DE SAÚDE

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Instituto Politécnico de Beja

A Psicologia da Saúde enquanto ciência da saúde pode ser praticada numa variedade de instituições permitindo um conhecimento abrangente de como homens e mulheres ao longo das suas vidas, sentem, pensam, interagem e se comportam em situações de saúde e de doença, de mudança e de manutenção de comportamentos promotores de bem-estar. Compreender os factores de género que surgem como determinantes para a tomada de decisão pelo comportamento salutar e empreendedor, em situações problema, quotidianas ou imprevisíveis, surge como determinante para realizar intervenções psicológicas de saúde adequadas e bem sucedidas. Uma diversidade de estudos experimentais, clínicos e epidemiológicos têm mostrado que os homens e as mulheres são diferentes, pelo que, sentem de maneira diferente as emoções desencadeadas pelos acontecimentos de vida, sejam eles de raiz interna ou externa ao indivíduo. Desde os anos 70 que os teóricos e os investigadores do estudo do género procuram definir o conceito de sexo enquanto marcador biológico utilizado pelas sociedades para categorizar os humanos em homens e mulheres e mostrar o conceito de género enquanto produção e construção socio-cultural sobre os significados do feminino e do masculino, materializados no ser homem ou ser mulher. A masculinidade e a feminilidade apresentadas pelos indivíduos de uma cultura ou sociedade devem ser tomadas em consideração quando nos preparamos para realizar uma intervenção psicológica a nível individual ou de grupo em contextos de saúde.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS E COMPORTAMENTOS

Aceita-se que todo o comportamento numa situação interactiva tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação; logo:

“Actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando. Deve ficar claramente entendido que a mera ausência de falar ou de

observar não constitui exceção ao que acabamos de dizer” (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1993, p. 45).

A *impossibilidade de não comunicar* (axioma metacomunicacional da pragmática da comunicação humana) faz parte da vida dos seres humanos, já que, um indivíduo não pode *não* se comportar, até mesmo quando sozinho, tem a possibilidade de dialogar consigo próprio e em fantasia, com as suas alucinações ou com a vida. Segundo os autores, a comunicação pode surgir independentemente de ser intencional, consciente, compreendida ou bem sucedida pelo que, nos remete para o domínio da incompreensão e do desenvolvimento de patologias afins, marginais das motivações ou intenções dos comunicantes, como é o caso dos esquizofrênicos, que tentam *não* comunicar. Para melhor analisar a problemática da comunicação humana devemos pois ter em consideração três vertentes: a mensagem (unidade comunicacional isolada), a interação (série de mensagens trocadas entre pessoas) e os padrões de interação (unidade de comunicação de nível superior), mas, também a forma individualizada ou de grupo com que homens e mulheres se expressam numa sociedade e o entendimento que têm da sua performance comunicacional. Os contributos da Psicologia Social para o estudo do desenvolvimento humano ao longo da vida têm mostrado que as diferenças de género, em particular as cognitivas e as emocionais, são o resultado da interação entre pessoas num contexto social abrangente, onde se destaca a importância da influência social em situações comunicacionais, os comportamentos dos homens e mulheres compreendidos em termos dinâmicos e interdependentes, as expectativas sobre a maneira como se devem comportar e respectiva produção de «*scripts* interaccionais» que são traduzidos pela selecção de comportamentos diferenciados (Archer, 1996; Deaux & Major, 1987; Deaux, 1990, in Poeschl, Múrias & Ribeiro, 2003, p. 222). As vivências de saúde de mudança ou estabilidade, gratificantes ou dolorosas, surgem em contextos de interação humana, no feminino e no masculino, pelo que, a Psicologia da Saúde se pretende compreender estes registos comportamentais na sua globalidade, necessita de cada vez mais se aproximar da Psicologia das Relações Interpessoais e da Psicologia Social e Comunitária. Esta não é uma ideia nova, já Berscheid defendia no final do século XX, que é preciso legitimar o aparecimento de uma ciência do relacionamento, que será um acontecimento salutar para a psicologia, pois irá permitir a partilha integradora de perspectivas psicológicas teóricas e práticas no domínio do social, do comportamento, do biológico e da saúde, como diz o autor:

“About this problems, I have said little because – for those of us who personality are concerned about the future of valued human relationships, as well as those of us who professionally believe that most human behavior occurs in the causually poten contex of relationships – it is that very special morning when, at long last, we truly can see the gree of a science of relationships” (Berscheid, 1999, p. 265).

A sociedade, a comunidade, a escola, a família, o trabalho, são espaços e tempos de experiência afectiva e cultural, de interacção social, de informação, de mudança, de expressão, de memória individual e colectiva, de desenvolvimento/aprendizagem, de criatividade promotora de vínculos sociais e da construção de identidade de uma personalidade. Desta forma, não poderíamos viver nem sobreviver, sem as relações interpessoais. Conforme afirma ainda Berscheid *“We are born into relationships, we live our lives in relationships with others, and when we die, the effects of our relationships survive in the lives of living, reverberating throughout the tissue of their relationships”* (Berscheid, 1999, pp. 261-262); por conseguinte, a compreensão do comportamento humano só é possível a partir do conhecimento do potencial da relação, condição *sine qua non* da existência de uma pessoa, que assim compreendida nos permite actuar de uma forma mais assertiva na promoção da sua saúde, no tratamento e cuidado na sua doença e na prevenção dos seus previsíveis comportamentos de risco para a saúde mental e física. A formação das relações pode ser compreendida a partir de três perspectivas: relacional, desenvolvimento e cultural; por conseguinte, chama-se a atenção para os processos relacionais onde a cognição e percepção reflectem os caminhos traçados na experiência do mundo em que se vive, tendo em consideração a mudança e o processo de co-regulação (enquanto acção de controlo e ajustamento de mudança de desenvolvimento sistemático que ocorre em cada comunicação) e sem perder de vista o Eu e a cultura, que se constituem e entrelaçam num contínuo de experiências e expressões pessoais e sociais, onde o diálogo interno e externo são figuras que se destacam num fundo de uma biografia ou de um história universal (Fogel, 1993). Considerando a promoção de saúde, definida na Carta de Ottawa (1986) como um processo que visa por um lado, criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e ao mesmo tempo, agir sobre os factores que a influenciam; não é possível intervir a este nível sem compreender a especificidade humana das suas interacções no feminino e no masculino, de forma a organizar um projecto de mudança ou de manutenção de comportamentos saudáveis.

VIVÊNCIAS DIFERENCIADAS DE SAÚDE E DOENÇA

Da análise da investigação psicológica realizado ao longo das épocas podemos destacar algumas preocupações que dizem respeito à especificidade da relação do homem e da mulher com o trabalho, os papéis sociais, a saúde sexual, o bem-estar subjectivo, o controlo percepcionado, a resolução de problemas, o apoio social, a qualidade de vida, a saúde e a doença, o funcionamento mental. Simon (1995) defende que os papéis no trabalho e na família têm diferentes significados para o homem e para a mulher, tais diferenças são em parte responsáveis pelo facto de, no domínio da saúde mental, ser mais vantajoso para o homem do que para a mulher a combinação de múltiplos papéis. As diferenças de género na percepção das inter-relações é dada em função dos papéis, estes estão associadas com diferenças entre o modo como homens e mulheres percebem sentimentos de conflito devidos a um papel, especialmente entre o seu trabalho e os filhos. Curiosamente, o autor adianta que o seu estudo mostra que os indivíduos casados com mulheres que estão empregadas mostram mais angústia do que os que estão casados com donas de casa, uma mulher empregada parece ter um significado importante para a saúde mental dos maridos. A propósito do conceito de saúde sexual, a OMS apresentou, já em 1975, um documento que a define como “(...) the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual beings in ways that are positively enriching and the enhance personality, communication and love” (WHO, 1975, p. 2). A auto-estima da mulher deve constituir uma preocupação dos profissionais dos cuidados de saúde, que trabalham na área da saúde sexual. Uma elevada auto-estima é necessária para assumir responsabilidades para as decisões sobre o sexo, relacionamento sexual e planeamento familiar. Few (1997) considera que a mulher, e em particular as mais jovens, necessitam de serem autorizadas para fazer escolhas e tomar decisões sobre o relacionamento sexual. A autorização não diz respeito a um assunto de dominância mas, simplesmente, significa criar forças e capacidades para decidir sobre si próprias, para realizar escolhas e resistir a situações que as oprimem. Mirowsky e Ross (1996) referem que bem-estar aumenta com as emoções positivas e diminui com as negativas; e que a expressão aumenta em ambos. De acordo com os autores as mulheres têm uma tendência para apresentar um nível mais baixo de bem-estar do que os homens, mas expressam mais as suas emoções do que os indivíduos do sexo masculino. Por conseguinte, as mulheres parecem apresentar mais emoções negativas

do que os homens por duas razões: as mulheres são mais deprimidas e mais expressivas; e curiosamente, a sua grande expressividade é um factor que contraria o seu baixo bem-estar. Dowdy et al. (1996) defendem que a conceptualização do bem-estar subjectivo não deve ser efectuada numa base de um constructo unidimensional que varia entre pobre e excelente, já que, é mais importante considerar o ajustamento e distinguir os seus aspectos positivos e negativos. Os autores referem que no caso da dor associada à artrite reumatóide, os indicadores do ajustamento positivo são influenciados por estilos activos e passivos de saber lidar com a dor, mas o ajustamento negativo é predominantemente influenciado e dominado por um *coping* passivo de dor. Por exemplo as mulheres com esta patologia apresentam um estilo ruminativo associado a estratégias de *coping* mais passivo, pelo que se encontram com maior risco de depressão e disposição negativa do que os homens, que utilizam estratégias de *coping* activo baseados na distração ou divertimento. Ross e Mirowsky (1989) observaram numa amostra de 809 indivíduos adultos de uma população domiciliária, que a capacidade de controlo percebido, a resolução de problemas e o apoio social diminuem os sintomas depressivos. As mulheres tendem a encontrarem-se em situações de dependência pelo que, reduzem o seu controlo percebido. Esta redução de controlo pode provocar sentimentos de desespero, aumentando o recurso a um *coping* passivo dos comportamentos ligado a um aumento dos sintomas depressivos, e estamos diante de um ciclo vicioso. O enfraquecimento físico, o *coping* passivo com a dor e a qualidade emocional do apoio social constituem indicadores negativos de bem-estar psicológico que se encontram mais ligados aos indivíduos do sexo feminino que sofrem de artrite reumatóide (Dowdy, Dwyer, Smith, & Wallston, 1996). Por outro lado, Rabasquinho e Pereira (2007) referem que não é fácil encontrar acordo na explicitação das diferenças no funcionamento mental relativamente ao género, embora os estudos apresentem indicadores psicossociais que mostram que a construção psicossocial influencia a expressão de saúde mental. De acordo com os autores, as mulheres surgem como mais socializadas no sentido de internalizar o *distress* do que os homens, o que contribui para desordens associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida. Por outro lado, de acordo com Canetto (1997, 1991, in Rabasquinho & Pereira, 2007, p. 439) os homens são estimulados a agir, a expressar o seu *distress*, externalização esta que pode apresentar alguma ligação com comportamentos anti-sociais, uso de substâncias e suicídio. As investigações apresentadas pelos autores chamam também a atenção

para o facto das diferenças de género nas perturbações mentais poderem também ser explicadas através das características da personalidade do género feminino ou masculino, apresentando-se como factores predisponentes como é o caso da introversão e o neuroticismo para a mulher e a impulsividade, desinibição e procura de sensações no homem. A investigação que se têm debruçado sobre o comportamento agressivo tem procurado examinar as diferenças de género nas diferentes formas de agressão e evidenciam que os homens recorrem mais à agressão física e directa, enquanto as mulheres recorrem mais à agressão indirecta, onde o agressor não é identificável ou à agressão relacional, onde a vítima é magoada através das suas relações sociais, apresentando-se igual nos dois grupos a utilização da agressão verbal (Bjorkvist, 1995, in Poeschl, Múrias & Ribeiro, 2003). Várias podem ser as explicações sobre este comportamento diferenciado mas, todas elas não podem negar a influência que a sociedade tem desde a infância na organização dos comportamentos agressivos, onde é dado um incentivo aos rapazes para resolverem os seus conflitos através da violência física, sendo mais tolerante com a agressividade masculina do que com a feminina e permitindo a expressão de emoções mais às meninas do que aos meninos. Os estudos sobre o género remetem-nos sempre para reflexões sobre factos que evidenciam a interferência do ambiente social no modo de pensar, sentir, agir e expressar do homem e da mulher, e até para a melhor aceitação social de um comportamento (por exemplo, é mais fácil tolerar socialmente uma mulher deprimida e um homem alcoólico do que o contrário). Neste sentido, temos de estar atentos para melhor compreender se as diferenças comportamentais apresentadas pelos géneros, face às situações vivenciais quotidianas ou stressantes, poderem ser mais efeitos devidos à socialização, isto é, aos papéis de género estereotipados, ou até do género do investigador, do que às diferenças comportamentais reais apresentadas pelos homens e mulheres.

GÉNERO E SAÚDE MENTAL

Em conformidade com a pesquisa realizada por Rabasquinho e Pereira (2007) um dos primeiros estudos epidemiológicos no âmbito da observação de medidas relativas à doença mental surge em 1947 com uma investigação conduzida por Essen-Moller, e mais tarde continuada por

Hagnell (1966), cujo principal objectivo era estimar o risco de desenvolver doença mental durante a vida, verificando-se uma estimativa de 43% para homens e 73% para as mulheres. Os autores fazem ainda referência ao UKK Finnish Institute Study que realizou também um estudo em população comunitária (1000 pessoas entre 15 e 64 anos) chamando a atenção para as taxas de incidência em doença mental de 17 por 1.000 em mulheres, e 14 por 1.000 em homens (Lehtinen, 1996); e ao primeiro estudo epidemiológico realizado na Ucrânia, no final dos anos 90, através do programa do World Health Organization (WHO) e World Mental Health – Ucraina (WMH) durante um período de 12 meses, com prevalência de um mês de desordens psiquiátricas e álcool, numa população de 4,725 sujeitos, que revelou diferenças de género entre as diferentes perturbações; isto é, nos homens o diagnóstico mais comum foi o álcool (26,5%) e as desordens de humor (9,7%). Nas mulheres sobressaíram as desordens de humor (20,8%) e desordens de ansiedade 7,9%. Sachs-Ericsson et al. (2000) realizaram também uma investigação com uma amostra de 4,745 sujeitos, onde correlacionaram o género, papéis sociais e desordens psiquiátricas. Os resultados obtidos mostraram que não havia diferenças significativas de género nas perturbações psiquiátricas nas populações investigadas, mas sim diferenças nas taxas de “perturbações específicas”; o que de facto, estava na mesma linha de estudos clínicos anteriores. Relativamente às desordens psiquiátricas, estas apresentaram taxas de 15,3% para os homens e 17,3% para as mulheres, mas, foram encontradas diferenças entre género nas taxas de algumas patologias, como depressão, distímia, ansiedade generalizada, pânico e fobia, mais elevadas para as mulheres, e álcool, abuso de drogas ilícitas e desordem anti-social para os homens. Um outro dado interessante, foi o facto dass taxas resultantes da interacção das desordens com estado civil, apresentaram para os solteiros taxas mais altas de desordens psiquiátricas em homens (24,3%) e mulheres (22,2%). Em Portugal continuamos a ter alguma dificuldade na procura de dados relativos à evolução da saúde mental no nosso país, daí, que o estudo realizado por Carmona no final dos anos 90 constitua um ponto de referência dos *settings* psiquiátricos. Os resultados mostraram uma prevalência de perturbação de doença mental sem diagnóstico, em clínica geral, de 39,8% da amostra, apresentando-se as mulheres com uma prevalência de 59,4%. Já os Censos em Saúde de 2001 apresentados pela Direcção Geral de Saúde em 2004, referentes às 9414 consultas em Saúde Mental, mostraram que os resultados obtidos por grupos de patologias

revelaram taxas de 21,5% para Depressão [Homens (H)=17,6%; Mulheres (M)=82,4%]; 12,4% para Neuroses (H=29%; M=71%); 12,4% para Esquizofrenia (H=67,1%; M=32,9%); 10,4% para Perturbações de Adaptação (H=28,2%; M=71,8%); 8,2% para Alterações associadas a consumo de Álcool (H=81%; M=19%), 3,1% Perturbações de Personalidade (H=40,5%; M=59,5%); 4,2% para Atraso Mental (H=54,3%;M=45,7%).

SÍNTESE CONCLUSIVA

Os estudo mostram que a existência de determinadas diferenças de género em domínios da personalidade, da relação e do comportamento que podem ser previsíveis pela socialização, p sendo mediadas mais por papéis de género estereotipados, do que por diferenças comportamentais perante os factores stressantes, apresentados pelos géneros. Esta pode ser uma oportunidade para a Psicologia da Saúde organizar planos de promoção da saúde diferenciados em função do género de forma a chegar mais próximo da população feminina e masculina, antecipando a possibilidade do risco e orientando para a motivação de um comportamento salutar e de qualidade de vida na saúde e na doença. Por exemplo, considerando que os homens estão menos abertos ao rastreio de uma doença (cancro da próstata ou cancro do cólon e do recto), porque investem menos na sua saúde e na prevenção ou por questões de intimidade, ao tomar conhecimento deste tipo de comportamentos podemos considerá-los na prática de psicologia clínica e da saúde e assim antecipar a orientação interventiva e contribuir para projectos e intervenções de sucesso.

REFERÊNCIAS

- Berscheid, E. (1999). The Greening of Relationship Science. *American Psychologist*, 54(4), 260-266.
- Dowdy, S., Dwier, K., Smith, C., & Wallston, K. (1996). Gender and psychological well-being of persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 9(6), 449-456.

- Few, C. (1997). The politics of sex research and constructions of female sexuality: What relevance to sexual health work with young women. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 615-625.
- Mirowsky, J., & Ross, C. (1996). Fundamental analysis in research on well-being: Distress and the sense of control. *The Gerontologist*, 36(5), 584-592.
- Poeschl, G.; Múrias, C., & Ribeiro, R. (2003). As diferenças entre os sexos: Mito ou realidade? *Análise Psicológica*, XXI(2), 213-228
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, XXV(3), 439-454.
- Ross, C., & Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depression: Control and problem-solving – or support and talking? *Journal of Health Soc. Behav.*, 30, 206-219.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. (2000). Gender, Social roles, and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43(9/10), 605-628.
- Simom, R. (1995). Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 182-194.
- Watzlawick., P., Beavin, J., & Jackson, D. (1993). *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Editora Cultrix.
- WHO. (1975). Education and training in human sexuality: The training of health professionals. *Technical Reports Series*, n° 572. Geneve: WHO.

NOVAS TECNOLOGIAS EM DOCENTES DO 2º E 3º CICLOS E
ENSINO SECUNDÁRIO DE ESCOLAS DO CONCELHO DA
COVILHÃ

Maria do Céu Alexandre^{1,2} / Henrique Pereira^{2,3} / Rosa M. Afonso²

¹Escola Quinta das Palmeiras; ²Universidade da Beira Interior;

³Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário

O conceito de *burnout* tem sido objecto de vários estudos devido à sua crescente incidência e prevalência em profissionais de diversas áreas (Otero, Santiago, Godas, Castro, Villardefrancos, & Ponte, 2008), sendo os professores e os profissionais de saúde, os grupos que registam uma maior frequência desta síndrome (Vanderberghe & Huberman, 1999).

Segundo Maslach o *burnout* é um construto multidimensional, definido como um processo caracterizado pela exaustão emocional, sentimentos de não realização pessoal e despersonalização. A exaustão emocional reflecte o esgotamento de recursos do indivíduo, bem como acções de distanciamento das actividades laborais, como forma de lidar com factores de pressão que são percepcionados no ambiente laboral. A reduzida satisfação profissional representa a avaliação negativa da pessoa sobre o seu rendimento no trabalho e expressa que o trabalho não propicia a satisfação de expectativas e aspirações inicialmente propostas pelo indivíduo. A despersonalização designa uma atitude fria e distante com que o indivíduo encarregado de prestar um serviço, trata as pessoas que o recebem (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

O *burnout* é um processo que desgasta a resistência do organismo do qual podem resultar distúrbios fisiológicos, orgânicos e psicológicos, alterações motivacionais e comportamentais (Reis, Araújo, Carvalho, Barbalho, & Silva, 2006).

Em relação a Portugal, Fraga, Rodrigues, Fernandes, e Rosas (1983), indicam que, mais de 50% dos docentes que recorreram aos serviços médicos do sindicato de Professores da Grande Lisboa se queixou de stress ou de tensão física e orgânica provocados pelo desempenho da profissão. Marques-Pinto, Lima, e Silva (2003) num estudo igualmente com a população portuguesa, referem que 6,3% dos docentes inquiridos revelavam um quadro de *burnout* pleno e 30,4% encontravam-se em pré-*burnout*.

Como factores de stress e mal-estar dos docentes destacam-se alterações sócio-educativas, nomeadamente a transferência das funções educativas da família para a escola, a excessiva exigência, reformas políticas, cons-

tantes revisões e reformas curriculares e o acelerado desenvolvimento tecnológico (Codo, 2002; Esteve, 1989; Jesus, 2002; Lipp, 2002). Mosquera e Stobaus (1996) e Nunes e Teixeira (2000), salientam também a falta de tempo para desempenhar bem o trabalho, a burocratização do trabalho, o conflito de papéis, a invasão ocupação do espaço privado devido à exigência das actividades pedagógicas e a preocupação da escola com o desempenho académico e tecnologia, sem valorizar a qualidade de vida do professor, como causas geradoras do mal-estar docente.

De notar que, na actual conjectura, é exigido docentes o uso novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) e que, de algum modo, estas podem estar relacionadas com a satisfação ou insatisfação dos docentes. A informática no contexto educativo traz informações e recursos mas, o professor tem de saber programar a aplicação dos mesmos na sala de aula (Grégoire, Bracewell, & Laferrière, 1996).

As novas estratégias e metodologias pedagógicas impostas pelo acelerado desenvolvimento tecnológico, integradas numa política constante de revisões e reformas curriculares, podem, caso o docente não esteja preparado e receptivo à sua integração na prática pedagógica, acentuar o grau de instabilidade, incerteza e insegurança dos docentes (Jesus, 2002). Neste sentido, Mosquera e Stobaus (1996) e Nunes e Teixeira (2000) consideram que, também as novas tecnologias podem ser um dos factores geradores de mal-estar docente.

Grégoire e colaboradores (1996) referem que as novas tecnologias de informação e comunicação têm efeitos positivos na educação desde que os professores estejam devidamente preparados para a sua utilização. Segundo Coscarelli (1998) a tarefa de explorar o potencial das novas tecnologias no ensino-aprendizagem é benéfica não só para os alunos como também para os docentes. Contrariamente, outros estudos efectuados sobre esta temática consideram que não existem diferenças significativas na aprendizagem dos alunos com ou sem recurso às tecnologias (Russell, 1999).

No actual contexto de mudança no sistema educativo português, em que o uso das TIC tem um particular destaque, este estudo pretende avaliar a incidência da síndrome de burnout e a percepção e as atitudes face ao uso das TIC, assim como analisar a relação entre as atitudes em relação às TIC e os níveis de burnout.

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 123 docentes a leccionar nos 2º e 3º ciclos e ensino secundário de escolas do concelho da Covilhã, sendo 33 do sexo masculino (26,8%) e 90 do sexo feminino (73,2%). A média de idade dos sujeitos que participaram no estudo é de 42,34 ($DP=7,30$) sendo a idade mínima de 24, a máxima de 59 anos e a mediana de 42. Quanto ao estado civil 27 (22%) são solteiros, 86 (69,9%) casados, 1 (0,8%) viúvo e 9 (6,5%) divorciados. Relativamente ao número de filhos a média é de 1,33 ($DP=1,02$), a máxima de 4, a mínima de 0 e a mediana de 2.

Quanto à actividade docente, relativamente ao tempo de serviço, a média é de 17.53 ($DP=7.97$), a máxima é de 39, a mínima é 0 e a mediana de 18. A média do número de turmas por docente é de 4.16 ($DP=1.94$), a máxima é de 11, o mínimo é 0 e a mediana é de 4. O número médio de alunos por turma é de 22.11 ($DP=3.81$), sendo o número máximo de 30, o mínimo de 12 e a mediana de 22. No que se refere ao nível de ensino leccionado os docentes

foram incluídos em 5 categorias distintas: 2º ciclo (18,7%); 3º ciclo (30,1%); ensino secundário (13,0%), 3º ciclo + ensino secundário (34,1%) e 2º e 3º ciclos (4,1%). Relativamente à situação profissional, 85 (69,1%) dos sujeitos são professores do quadro de nomeação definitiva das escolas em que leccionam, 21 (17,1%) pertencem ao quadro de zona pedagógica, 15 (12,2%) são contratados pelas escolas e 2 (1,6%) estão neste momento a fazer estágio. Dos professores inquiridos, 53 (43,1%) têm o cargo de direcção de turma. Entre estes, 45 (36,6%) consideram as horas atribuídas ao cargo como insuficientes, 7 (5,7%) suficientes e apenas 1 (0,8%) pensa que são excessivas. Quanto ao tempo gasto em trabalhos administrativos, a maioria dos docentes inquiridos 101 (82,1%), pensa que o tempo gasto é excessivo, 16 (13%) considera que é adequado e 6 (4,9%) diz que é escasso.

Material

Questionário de dados sóciodemográficos: recolheu informações sobre o sexo, idade, estado civil, número de filhos e dados relativos à função docente.

Maslach Burnout Inventory (MBI-ED; Maslach et al., 1996, adap. para a Pop. portuguesa por Marques-Pinto, 2000): permite avaliar a síndrome de *burnout* de acordo com as três componentes ou dimensões, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. A escala é constituída por 22 itens, relativos à frequência com que os professores têm determinados sentimentos, pensamentos ou atitudes em relação ao trabalho e aos seus alunos.

Por não dispormos de normas específicas para a população portuguesa, a compreensão do significado dos níveis de incidência do *burnout*, apoiou-se nos dados normativos para professores norte-americanos, fornecidos no manual do MBI (Maslach et al., 1996) e nos resultados encontrados em estudos análogos realizados em países do sul da Europa (Espanha, por Pascual, Perez-Jover, Mirambell, Ivañez, & Terol, 2003; Itália e França, por Pedrabissi, Rolland, & Santinello, 1992).

Questionário de Atitudes Face às Novas Tecnologias (ANT/25; Martini, Zornoza, Marti, Prieto, & Peiró, 1990; adap. para a Pop. Portuguesa por Carochinho, 1999), é constituída por 25 itens que correspondem a afirmações relativas às novas tecnologias e incidem, principalmente, na utilização de computadores em contexto laboral.

Procedimento

Foi realizado um pré-teste para avaliar o nível de adequação dos itens dos questionários incluídos na investigação. A seguir, foram entregues 155 questionários a docentes de escolas do 2º e 3º ciclo e ensino secundário do Concelho da Covilhã. Os contactos com os docentes foram feitos individualmente, fora do local de trabalho. Foram entregues 130 questionários, dos quais 7 foram anulados devido a preenchimento incompleto.

RESULTADOS

Face aos dados normativos dos EUA, os docentes portugueses deste estudo apresentam resultados mais elevados na dimensão de Exaustão Emocional (21,25; 40,79, respectivamente) e mais baixos nas dimensões de Despersonalização (11,00; 11,19) e Realização Pessoal (33,54; 19,22). Na comparação com a amostra dos países europeus os sujeitos desta investigação evidenciam, um maior índice de exaustão emocional (Covilhã-Portugal=40,79; Espanha=21,22; Itália=18,54; França=14,98) e despersonalização (Covilhã-Portugal=11,19; Espanha=3,63; Itália=3,10;

França=4,46), e um menor resultado na dimensão realização pessoal (Covilhã-Portugal=19,22; Espanha=31,91; Itália=33,94; França=30,60).

Relativamente ao valor total do MBI, utilizou-se o critério de mediana teórica, que é de 88. Nos resultados deste estudo a mediana observada foi de 71, ou seja, inferior à mediana teórica, o que indica um valor global do MBI inferior ao esperado.

Em relação às diferenças entre homens e mulheres nos níveis de Burnout, os resultados indicam que as mulheres participantes neste estudo apresentam um índice médio de burnout de 72,33 ($DP=14,46$) superior ao que apresentam os homens, 68,09 ($DP=15$), apesar desta diferença não ser estatisticamente significativa [$t(121)=1,43$; $p=0,156$]. Quanto à dimensão exaustão emocional, os indivíduos do sexo feminino apresentam uma média de 41,76 ($DP=9,56$) que é superior aos indivíduos do sexo masculino, cuja média é de 38,15 ($DP=9,63$), contudo estas diferenças também não são estatisticamente significativas [$t(121)=-1,850$; $p=0,067$]. Relativamente à dimensão Despersonalização também não são encontradas diferenças estatisticamente significativas [$t(121)=0,53$; $p=0,596$] entre homens ($M=11,58$; $DP=4,60$) e mulheres ($M=11,04$; $DP=5,03$). Quanto à dimensão Realização Pessoal, também não são encontradas diferenças estatisticamente significativas [$t(121)=-1,24$; $p=0,215$] entre o sexo masculino ($M=18,36$; $DP=4,68$) e feminino ($M=19,53$; $DP=4,59$).

A comparação das médias do índice de burnout total entre os professores que têm e não têm direcção de turma não indica diferenças estatisticamente significativas [$t(121)=1,63$; $p=0,105$]. No entanto, os docentes que desempenham o cargo director de turma ($M=73,66$; $DP=13,90$) apresentam um índice de burnout mais elevado do que aqueles que o não exercem ($M=69,33$; $DP=15,05$). Relativamente às dimensões da escala do MBI, a comparação de médias entre os grupos com e sem Direcção de Turma não indicou diferenças estatisticamente significativas para as dimensões Despersonalização [$t(121)=-0,33$; $p=0,742$] e Realização Pessoal [$t(121)=0,524$; $p=0,601$]. Relativamente à dimensão Exaustão Emocional a diferença é estatisticamente significativa [$t(121)=2,42$; $p<0,05$], sendo que os professores que exercem o cargo de direcção de turma apresentam um índice médio de exaustão emocional de 43,17 ($DP=9,36$), maior do que o dos docentes que não desempenham essa função, 38,99 ($DP=9,57$).

Em relação às comparações de médias entre diferentes número de turmas leccionadas, número de alunos por turma, níveis de ensino leccionados, vinculação ao ensino, idade, estado civil, número de filhos e tempo de

serviço não se encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível de *burnout* total nem em relação às dimensões de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

Quanto às atitudes em relação ao uso de novas tecnologias, valor total da ANT/25, utilizou-se o critério de mediana teórica, que é de 75. Nos resultados deste estudo a mediana observada foi de 99, ou seja, superior à mediana teórica, o que indica atitudes mais favoráveis em relação às TIC do que seria expectável, segundo a mediana teórica.

A comparação de médias entre sexos relativamente à ANT/25 não indicou diferenças estatisticamente significativas [$t(121)=1,53$; $p=0,127$; $t(121)=0,347$; $p=0,73$].

Quando comparados os resultados ANT/25 em grupos de diferentes idades os resultados indicam que professores com idade entre 20 e 35 anos têm uma atitude geral mais positiva face às TIC no ensino ($M=102,00$; $DP=10,45$) do que os professores com idade compreendida entre os 36 e os 45 anos ($M=100,03$; $DP=11,68$) e entre 46 e 60 anos ($M=95,00$; $DP=10,53$), sendo estas diferenças estatisticamente significativas [$F(2,120)=3,74$; $p<0,05$].

Os resultados indicam ainda que os docentes com tempo de serviço entre 0 e 9 anos (média de 103,53 com $DP=2,75$) assim como entre os 10 e os 19 anos (média de 100 com $DP=11,48$) apresentam uma atitude geral mais favorável face às TIC do que aqueles que têm um tempo de serviço entre os 20 e os 29 anos (média de 96,59 com $DP=10,56$) e entre os 30 e os 40 anos (média de 90,43 com $DP=11,50$). Estas diferenças são estatisticamente significativas [$F(2,120)=3,06$; $p<0,05$].

Quanto à relação entre Burnout e atitudes em relação às TIC, os resultados indicam uma correlação negativa estatisticamente significativa moderada ($r=-0,38$; $p<0,001$) que sugere que os professores com índices mais elevados de *burnout* têm uma atitude geral menos favorável perante as TIC.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam, que, de um modo geral, a classe docente tem um elevado nível de *burnout*, corroborando, assim, resultados já obtidos por autores como Carlotto e Palazzo (2006), Ferenhof e Ferenhof (2002), Gomes e colaboradores (2006), Maslach e Jackson (1981), Maslach e Leiter (1997), Moreno-Jimenez (2002), Reis e colaboradores (2006), Santini e Molina Neto (2005), Schmitz e colaboradores (2000).

Os resultados encontrados podem estar relacionados com explicações encontradas na revisão da literatura relacionadas com o trabalho excessivo; pressão do tempo (Marques Pinto et al., 2003); realização de tarefas que o professor considera estarem para além da sua formação (Farber, 1991; Wisniewshi & Garginho, 1997); indefinição do papel do professor (Jesus, 2002) e o conflito de papéis (Carlotto, 2002).

Os dados indicam que o nível de *burnout* geral nas mulheres tem tendência para ser mais elevado do que nos homens, embora tal diferença não seja significativa. Este resultado não está de acordo com os dados obtidos por Maslach (1982), que defende serem os professores do sexo masculino os que têm uma maior probabilidade de apresentar *burnout*. Estes resultados podem explicar-se pelo facto das mulheres terem um duplo trabalho e sentirem dificuldade na conciliação das responsabilidades e tarefas familiares e domésticas e vida profissional.

No que se refere à dimensão Exaustão Emocional, os resultados desta investigação sugerem que as mulheres apresentam uma média superior aos homens, embora não estatisticamente significativa. Este resultado pode-se encontrar relacionado com o que autores como Acker (1989, 1992), Biklen (1995) referem no sentido de se constatar um maior envolvimento no trabalho por parte das mulheres. Pode igualmente encontrar-se relacionado com o que menciona Gomes e colaboradores (2006) ao referir que as mulheres mostram mais sentimentos negativos, maior dificuldade em lidar com as pressões do tempo, excesso de trabalho – burocrático, excesso de aulas.

Os professores participantes neste estudo que desempenham o cargo de Direcção de Turma apresentam um índice de *burnout* total e de exaustão emocional mais elevado do que aqueles que o não exercem, sendo o segundo estatisticamente significativo, o que nos remete para o peso que pode implicar este cargo.

A análise da correlação entre o índice de *burnout* dos professores e o nível de atitude geral face às TIC sugere que o uso das TIC no contexto ensino-aprendizagem pode ter um efeito “amortecedor” dos factores geradores de mal-estar na actividade docente. O uso das TIC pode favorecer a gestão e organização do trabalho do professor, aumentar o contacto entre professor e aluno, tornando mais rica e motivadora a aprendizagem para docentes e alunos, o que possibilita a concretização de objectivos e expectativas que, fomentam a satisfação profissional e pessoal do professor.

Em suma, este estudo colocou em evidência uma grande incidência de *burnout* na classe docente. Se pensarmos nos custos que representam para as escolas esta situação, facilmente compreendemos que as repercussões do stress profissional dos professores não se restringem às vivenciadas pelos docentes, mas também abarca efeitos negativos para todo o sistema educativo. Neste sentido, o facto de este estudo sugerir que as atitudes face às TIC podem constituir uma estratégia para proteger os docentes e melhorar o seu bem-estar, pode ser um importante contributo para melhorar a qualidade no sistema educativo.

REFERÊNCIAS

- Acker, S. (1989). *Teachers, Gender and Careers*. London: Taylor e Francis.
- Acker, S. (1992). Creating careers: Women teachers at work. *Curriculum Inquiry*, 22, 141-163.
- Biklen, S.K. (1995). *School Work: Gender and the Cultural Construction of Teaching*. Albany: State University of New York Press.
- Byrne, B. (1991). Burnout: Investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary, and university educators. *Teaching & Teacher Education*, 7, 197-209.
- Carlotto, M.S., & Palazzo, L.S. (2006). Síndrome de *burnout* e fatores associados: Um estudo epidemiológico com professores *Cad. Saúde Pública*, 22(5), 1017-1026.
- Carlotto, S.M. (2002). A síndrome de *burnout* e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 21-29.
- Carochinho, A.J. (1999). Atitudes face às novas tecnologias de informação: Adaptação e validação da escala ANT/25. In P.A. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.). *Actas da VIII Conferência Internacional de Avaliação Pedagógica: Formas e contextos*. Braga.
- Codo, W. (2002). *Educação, carinho e trabalho – Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Coscarelli, C.V. (1998). O uso da informática como instrumento de ensino-aprendizagem. *Presença Pedagógica*, mar./abr., 36-45.
- Esteve, J.M. (1989). *Teacher burnout and teacher stress*. In M. Cole & S. Walker (Eds.), *Teaching and stress*. Milton Keynes: Open University Press.

- Farber, B.A. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the American teacher*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ferenhof, I.A., & Ferenhof, E.A. (2002). Burnout em professores. *Eccos Revista Científica – Avaliação e Mudanças*, 4(1), 131-151.
- Fraga, Z.B., Rodrigues, M., Fernandes, V., & Rosas, S. (1983). O stress no professor. *Revista do Sindicato de Professores da Grande Lisboa, Maio*, 25-26.
- Gomes, R.A., Silva, J.M., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A., & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stress, “burnout”, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19(1), 67-93.
- Grégoire, R., Bracewell, R., & Laferrière, T. (1996). *The contribution of new technologies to learning and teaching in elementary and secondary schools: Documentary review*. Laval University and McGill University.
- Jesus, S.N. (2002). *Perspectivas para o bem-estar docente: Uma lição de síntese*. Porto: ASA.
- Lipp, M.N. (2002). *O Stress do Professor*. Campinas: Papirus.
- Marques-Pinto, A. (2000). *Burnout Profissional em professores portugueses: Representações sociais, incidência e preditores*. Tese de doutoramento (não publicada). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Marques-Pinto, A., Lima, M.L., & Silva, A.L. (2003). Stress profissional em professores portugueses: Incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.
- Martini, F., Zornoza, Marti, C., Prieto, F., & Peiró, J.M. (1990). Medida de las actitudes ante las nuevas tecnologias en contextos laborales: El cuestionario de actitudes ante las nuevas tecnologias (ANT/25). *Comunicaciones del II Congreso Oficial de Psicólogos (área 3) – Psicología del trabajo y de las organizaciones* (pp. 111-118). Madrid: Colegio Oficial de psicólogos.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: News perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1984a). Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *Journal of Health Resources Administration*, 7, 189-212.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1984b). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.

- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout – How organizations cause personal stress and what do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Moreno-Jimenez, B. (2002). A avaliação do Burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em estudo*, 7, 1.
- Mosquera, J.M., & Stobäus, C.D. (1996). O mal-estar na docência: Causas e consequências. *Educação*, 31, 139-146.
- Nagy, S., & Nagy, M.C. (1992). Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71, 523-531.
- Nunes, M.L., & Teixeira, R.P. (2000). Burnout na carreira acadêmica. *Educação*, 41, 147-164.
- Otero-López, J.M., Santiago, M. J., Godás, A., Castro, C., Villardefrancos, E., & Ponte, D. (2008). An integrative approach to burnout in secondary school teachers: Examining the role of student disruptive behaviour and disciplinary issues. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 259-270.
- Paiva, J. (2002a). *As Tecnologias de Informação e Comunicação: utilização pelos professores*. Lisboa: DAPP/Ministério da Educação. Retirado em 16 de Julho de 2009 de http://www.giase.min-edu.pt/nonio/pdf/utlizacao_tic_profs.pdf
- Paiva, J. (2002b). *As Tecnologias de Informação e Comunicação: utilização pelos professores – Complemento ao relatório final*. Lisboa: DAPP/Ministério da Educação. Retirado em 16 de Julho de 2009 de <http://nautilus.fis.uc.pt/cec/estudo/dados/comp.pdf>
- Pascual, E., Perez-Jover, V., Mirambell, E., Ivañez, G., & Terol, M.C. (2003). Job conditions, coping and health outcomes in spanish secondary school teachers. *Psychology & Health*, 18(4), 511-521.
- Pedrabissi, L., Rolland, J.P., & Santinello, M. (1992). *The Journal of Psychology*, 127(5), 529-533.
- Reis, E.J.F.B., Araújo, T.M., Carvalho, F.M., Barbalho, L., & Silva, M.O. (2006). Docência e exaustão emocional. *Educação e Sociedade*, 27(9), 229-253.
- Russel, D.W., Altmair, E., & Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72(2), 269-273.
- Russell, T.L. (1999). *The no significant difference phenomenon*. North Carolina State University: Raleigh, NC, USA.

- Santini, J., & Molina, N.V. (2005). A síndrome do esgotamento profissional em professores de educação física: Um estudo na rede municipal de ensino de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 19(3), 209-222.
- Schmitz, N., Neumann, W., & Oppermann, R. (2000). Stress, Burnout and locus of control in german nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.
- Vanderberghe, R., & Huberman, M.A. (1999). *Understanding and preventing teacher burnout: A source book of internacional practice and research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wisniewshi, L., & Garginho, R.M. (1997). Occupational stress and burnout among special educators: A review of the literature. *The Journal of Special Education*, 31(3), 325-349.

SATISFAÇÃO COM O PARTO, AJUSTAMENTO EMOCIONAL NO
PUERPÉRIO E CONFIANÇA NOS CUIDADOS MATERNOS EM
PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS

Maria de Jesus Correia / Sara Sereno

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

O parto é considerado um momento muito importante na vida da mulher e a forma como esta o vivencia é determinante para o seu bem-estar psicológico, bem como, para a futura relação com o bebé (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2004).

Do ponto de vista psicológico, o parto constitui-se como um momento em que as expectativas e ansiedades que acompanharam a gestante ao longo de vários meses acabam por tomar uma dimensão real, confirmando ou não as esperanças e medos que circundam o parto. Por outro lado, o parto, por si só, não é um acontecimento neutro pois mobiliza grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa que põem à prova a competência feminina de gerar, a competência materna de cuidar, a competência física de suportar as dores, e, ainda, a alimentação do filho através da amamentação (Lopes, Donelli, Lima, & Piccinini, 2005).

Deste modo, perceber as vivências de parto a analisar as dimensões que interferem na qualidade dessas vivências, torna-se fundamental na compreensão do impacto que a experiência de parto tem em áreas vitais ao bom desenvolvimento da mãe e do bebé e, consequentemente, da díade a estabelecer.

São múltiplos os factores de ordem individual, demográfica, psicossocial e obstétrica que influenciam a experiência de parto e a qualidade dessa mesma experiência, como a idade, paridade, expectativas prévias, factores psicológicos, tipo de parto e analgesia utilizada, possíveis problemas obstétricos ou adversidades de vida, o tipo de parto e de anestesia, os primeiros contactos com o bebé, o peso do bebé e a antecipação do parto (Costa, 2004).

Alehagen, Wijma, e Wijma (2001) compararam as experiências de medo do parto durante a primeira fase activa do parto em primíparas e multíparas verificando que as primíparas reportam maiores níveis de medo do que as multíparas e que o medo sentido na primeira fase activa do trabalho de parto prediz apenas a quantidade de alívio de dor recebida durante o trabalho de parto.

Outros estudos realizados sobre o efeito da paridade sobre a experiência de parto, indicam que as multíparas sentem maior desconforto físico, mas menores preocupações durante a gravidez, e que se preocupam mais com o trabalho de parto, embora se preparem menos do que as primíparas. E,

embora as múltiparas tenham partos obstetricamente mais fáceis e recebam menos suporte do companheiro durante o trabalho de parto, não se encontram diferenças significativas entre primíparas e múltiparas no que respeita à dor ou prazer subjectivo (Norr, Block, Charles & Meyering, 1980, in Costa, 2004).

Ainda segundo estes autores, após o parto, as múltiparas geralmente procuram menos contacto com o bebé durante o internamento hospital do que as primíparas.

Também Waldenstrom (1999) explora a associação entre a experiência de parto e algumas variáveis sociodemográficas. No que concerne à paridade, identificou esta variável como preditora da experiência de parto: a primiparidade está associada a uma experiência negativa.

Fish, Stifer, e Belsky (1993), investigaram o efeito da paridade sobre as atitudes maternas e comportamento da mãe na interacção mãe-bebé. Observaram que as mães múltiparas, relativamente às mães primíparas, apresentavam níveis mais elevados de auto-eficácia o que interferia positivamente na qualidade do comportamento interactivo estabelecido com o bebé. Estes autores verificaram que nos primeiros dias do puerpério, as mães primíparas eram menos eficientes do que as mães múltiparas nos cuidados prestados ao recém-nascido (Missio et al., 1995, in Figueiredo, 2001). Os autores referem que as mães primíparas interrompiam mais vezes a mamada e estimulavam excessivamente o bebé, fazendo com que ele dispersasse a sua atenção, demorando mais tempo a mamar. Esta observação pode traduzir-se numa menor sensibilidade e menor adaptação aos sinais comportamentais do bebé, durante a interacção alimentar (Thoman & Olson, 1972, in Figueiredo, 2001).

É neste campo de investigação que se pretende perceber o impacto psicológico do puerpério e relacioná-lo com a satisfação com o parto e com a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebé, em mulheres primíparas e múltiparas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e comparativo.

Participantes

Esta amostra é constituída por 241 puérperas utentes da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Quanto à paridade podemos dividi-las em dois grupos:

Primíparas (Grupo P), constituído por 144 mulheres (59,8%) com uma média de idades de 28,55 ($DP=0,452$) e um tempo de gestação média de 39,07 semanas ($DP=0,127$); e Multíparas (Grupo M), constituído por 97 mulheres (40,2%) com uma média de idades de 31,97 ($DP=0,452$) e um tempo de gestação médio de 38,77 semanas ($DP=0,175$).

As características gerais dos dois grupos da amostra encontram-se sumariadas no Quadro 1.

Quadro 1

Características gerais dos dois grupos da amostra

| <i>Características</i> | Primíparas (N=144) | | Multíparas (N=97) | |
|-------------------------|--------------------|----------|-------------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| Habilitações Literárias | | | | |
| Ensino Básico | 24 | 17,1 | 40 | 42,1 |
| Ensino Secundário | 59 | 42,1 | 28 | 29,5 |
| Ensino Superior | 57 | 40,7 | 27 | 28,4 |
| Nível Sócio-Económico | | | | |
| Baixo | 17 | 24,5 | 44 | 45,4 |
| Médio | 68 | 47,6 | 39 | 40,2 |
| Elevado | 33 | 23,1 | 14 | 14,5 |
| Estudante | 7 | 4,9 | 0 | 0 |
| Estado Civil | | | | |
| Solteira | 38 | 26,4 | 13 | 13,4 |
| Casada/União de Facto | 104 | 72,2 | 78 | 80,4 |
| Divorciada | 2 | 1,4 | 6 | 6,2 |
| Gravidez Planeada | | | | |
| Sim | 99 | 68,8 | 67 | 69,1 |
| Não | 45 | 31,3 | 30 | 30,9 |

Material

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram:

- Questionário sócio-demográfico, construído para o efeito e através do qual se pretende obter informação social e demográfica relativa às participantes, nomeadamente: idade, estado civil, etnia, habilitações literárias, profissão, agregado familiar e religião.
- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS – *Depression Anxiety Stress Scales* de Lovibond e Lovibond, 1995), adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004): é uma escala constituída por 21 itens em que cada um é uma frase que remete para estados emocionais negativos. A DASS organiza-se em três sub-escalas (depressão, ansiedade e stress) às quais correspondem 7 itens.

- Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP; Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2004). É um questionário de auto-relato constituído por um total de 104 questões referentes às expectativas, à experiência, à satisfação e à dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, com respostas do tipo Likert. Este instrumento possui as seguintes subescalas: Condições e cuidados prestados; Experiência positiva; Experiência negativa; Relaxamento; Suporte; Suporte do companheiro; Preocupações; e Pós-parto.
- *Mother and Baby Scales* (MABS; Wolke, 1995). Esta escala avalia a emocionalidade negativa dos recém-nascidos e os seus comportamentos de alerta, assim como as percepções dos pais acerca da sua própria confiança na prestação de cuidados ao bebé. Este instrumento encontra-se dividido em duas grandes áreas: “O seu bebé e os seus sentimentos” e “A alimentação do meu bebé (ao longo dos últimos dias)”. As subescalas relativas ao recém-nascido foram desenvolvidas para reflectir os comportamentos que ocorrem naturalmente no bebé: Instabilidade/Irregularidade; Irritável durante a alimentação; Estado de alerta/reactividade; Estado de alerta durante a alimentação; e Facilidade. Quanto à confiança materna, existem três sub-escalas: Falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé; Falta de confiança para alimentar o bebé; e Confiança global.

Procedimento

A realização desta investigação cumpriu os procedimentos exigidos pela Comissão de Ética para a Saúde da MAC no sentido de obter a necessária autorização para a recolha da amostra. Esta decorreu entre Outubro de 2008 e Março de 2009. A recolha da amostra foi feita nas enfermarias de puérperas e a mulheres a partir do 2º dia de puerpério.

Após a apresentação da investigação e dos seus objectivos bem como na distribuição da folha de informação e assinatura do consentimento informado pelas interessadas, foram entregues os questionários de auto-preenchimento.

RESULTADOS

Procedeu-se em primeiro lugar à testagem dos pressupostos de aplicação do Teste *t-student*. Para testar a distribuição amostral realizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar a homogeneidade de variâncias foi efectuado o Teste de Levene.

Resultados da DASS

No Quadro 2 encontram-se as médias das subescalas da DASS e os resultados do Teste *t-student* consoante a paridade.

Quadro 2

Médias das sub-escalas da DASS consoante a paridade

| <i>DASS</i> | <i>Grupo P</i> | <i>Grupo M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------|----------------|----------------|----------|----------|
| Depressão | 1,87 | 1,76 | 0,30 | 0,766 |
| Ansiedade | 4,98 | 3,70 | 2,59 | 0,01 |
| Stress | 6,90 | 5,28 | 2,92 | 0,004 |

Na escala DASS existem diferenças estatisticamente significativas na subescala Ansiedade e na subescala Stress, para um $\alpha=0,05$.

Verificamos que os níveis de ansiedade e stress são significativamente mais elevados nas primíparas do que nas múltiparas.

Resultados do QESP

No Quadro 3, encontram-se as médias das subescalas do QESP e os resultados do Teste *t-student* consoante a paridade.

Quadro 3

Médias das subescalas QESP consoante a paridade

| <i>QESP</i> | <i>Grupo P</i> | <i>Grupo M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|------------------------------------|----------------|----------------|----------|----------|
| 1 – Condições e Cuidados prestados | 43,88 | 43,03 | 1,32 | 0,188 |
| 2 – Experiência Positiva | 53,74 | 57,81 | -1,59 | 0,144 |
| 3 – Experiência Negativa | 46,80 | 41,98 | 2,10 | 0,037 |
| 4 – Relaxamento | 13,72 | 13,61 | 0,91 | 0,363 |
| 5 – Suporte | 8,25 | 8,14 | 0,66 | 0,510 |
| 6 – Suporte do companheiro | 25,12 | 24,25 | 1,30 | 0,180 |
| 7 – Preocupações | 34,01 | 30,68 | 2,97 | 0,003 |
| 8 – Pós-Parto | 64,27 | 63,36 | 0,66 | 0,508 |
| QESP Total | 289,79 | 282,85 | 1,75 | 0,081 |

Na escala QESP existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Experiência Negativa e Preocupações, para um $\alpha=0,05$.

Ou seja, verificamos que a experiência negativa e as preocupações são significativamente superiores nas mulheres primíparas comparativamente com as múltiparas.

Resultados do MABS

No Quadro 4, encontram-se as médias das subescalas do MABS e os resultados do Teste *t-student* consoante a paridade.

Quadro 4

Médias das subescalas MABS consoante a paridade

| <i>MABS</i> | <i>Grupo P</i> | <i>Grupo M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---|----------------|----------------|----------|----------|
| 1 – Instabilidade/Irregularidade | 29,44 | 26,45 | 1,77 | 0,077 |
| 2 – Irritável durante a alimentação | 13,23 | 10,55 | 2,74 | 0,007 |
| 3 – Estado de alerta/Reactividade | 26,49 | 25,51 | 1,10 | 0,271 |
| 4 – Estado de Alerta durante a alimentação | 10,75 | 11,14 | -0,73 | 0,468 |
| 5 – Facilidade | 12,37 | 14,36 | -3,46 | 0,001 |
| 6 – Falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé | 22,44 | 15,98 | 4,49 | <0,001 |
| 7 – Falta de confiança para alimentar o bebé | 12,73 | 9,53 | 3,30 | 0,001 |
| 8 – Confiança Global | 11,11 | 13,18 | -4,10 | <0,001 |

Na escala MABS existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas subescalas: Irritável durante a alimentação; Facilidade; Falta de confiança nos cuidados a prestar no bebé; Falta de confiança para alimentar o bebé; e Confiança global, para um $\alpha=0,05$.

Portanto, verificamos que as primíparas classificam os seus bebés como mais irritáveis durante a alimentação, sentem-se menos confiantes para prestar cuidados ao bebé e para alimentá-lo. Por outro lado, a facilidade e a confiança global é significativamente superior nas múltiparas.

DISCUSSÃO

Ao nível do ajustamento emocional das mulheres verificámos que os valores de ansiedade e de stress apresentados são significativamente mais elevados no grupo de primíparas. No que se refere à experiência e satisfação com o parto, os resultados mostram-nos que a experiência negativa e as preocupações são também significativamente superiores no grupo de primíparas.

Estes resultados vão no sentido da literatura sobre o tema, podemos compreendê-los com Rugolo e Bottino (2004) quando consideram que havendo uma experiência prévia positiva e na qual a mulher reforçou a sua auto-estima e competência num processo, tal será tranquilizador numa nova situação semelhante.

Também Oliveira e colaboradores (2005), num estudo que comparava primíparas e múltiparas na forma como vivenciavam o nascimento de um filho, verificaram que havia níveis mais elevados de stress nas primeiras. Os pressupostos explicativos que também partilhamos vão no sentido de considerar que, o nascimento de um filho é um processo exigente de mudança com consideráveis exigências de adaptação. Já o nascimento de um segundo filho, assente numa experiência prévia de parto e maternidade de sucesso poderá ser percebido como um factor de aprendizagem/protecção para a situação.

Em relação à percepção do bebé e confiança materna, verificámos que as primíparas percepcionavam os seus bebés mais irritáveis durante a amamentação e se sentiam menos confiantes para lhes prestar cuidados bem como para os alimentar. Por outro lado, a percepção de facilidade e confiança global aparece com valores significativamente superiores nas múltiparas.

Já Fish et al. (1993) chamavam a atenção para que as primíparas tinham menores níveis de auto-eficácia o que interferia no seu comportamento interactivo com o bebé. Relembramos aqui o contributo compreensivo de Oliveira et al. (2005) acima citado.

Implicações práticas

Tendo percebido, e corroborando outros investigadores, o risco de maiores dificuldades ao nível da satisfação com o parto, ajustamento emocional no puerpério e confiança nos cuidados maternos em primíparas, reveste-se de particular importância, enquanto profissionais de saúde na área da gravidez/parentalidade, reflectir e agir na implementação e reforço de estratégias facilitadoras para a diminuição do referido risco.

Assim, e sempre numa perspectiva multidisciplinar, dar particular atenção às primíparas em três grandes momentos:

Na Gravidez:

- Vigilância pré natal sempre tendo em conta o facto de ser uma primeira experiência e a inevitabilidade do desconhecido;

- Incentivar os cursos de preparação para a parentalidade onde a abordagem multidisciplinar permite não só a informação e o esclarecimento de dúvidas mas também um espaço de partilha securizante quer para a gravidez como para o parto e primeiros tempos de maternidade.

No parto:

- A primiparidade exige toda a disponibilidade dos profissionais envolvidos fundamentalmente para ouvir, esclarecer procedimentos, envolver e securizar a mulher; tal terá, obviamente consequências na sua auto-confiança generalizada aos primeiros cuidados ao recém-nascido.

No internamento de puerpério:

- Reforçar a percepção dos profissionais às dificuldades das puérperas primíparas e incentivá-los à promoção do auxílio mais adequado às características específicas da mãe e do seu bebé promovendo assim uma interacção de maior qualidade.

REFERÊNCIAS

- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 80(4), 315-320.
- Costa, R.A.G. (2004). *Antecipação e experiência de parto e depressão após o parto*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Minho: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(2), 159-187.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do Puerperio. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fish, M., Stifer, C., & A. Belsky, J. (1993). Early patterns of mother-infant dyadic interaction: Infant, mother and family demographic antecedents. *Infant Behavior and Development*, 16, 1-18.
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C., & Piccinini, C. (2005). O Antes e o Depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247-254.
- Oliveira, C., Pedrosa, A., Ramos, M., Monteiro, S., & Canavarro, M.C. (2005). Impacto do nascimento de um filho, percepção neonatal e adaptação na

transição para a maternidade. Consultado através de http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/oliveira/oliveira.htm.

Rugolo, L., & Bottino, J. (2004). Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(4), 423-433.

Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 5, 471-482.

A ADOÇÃO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA EXTENSA

Maria Irene Ferreira Lima Neta / Cristina Maria de Souza Brito Dias

UNICAP/Recife – Brasil

Diante das modificações familiares que vem ocorrendo nos últimos tempos, a sociedade tem ampliado, cada vez mais, o debate sobre a adoção, uma vez que se caracteriza como uma nova dinâmica familiar. Com isso cresce o número de congressos, trabalhos e pesquisas científicas sobre esta temática, bem como a formação de grupos de estudo e apoio à adoção em todo o país. Também já contamos com uma respeitável bibliografia, tanto a nível psicológico, como jurídico e social. Nota-se porém, no que se refere à bibliografia psicológica, que os autores tendem a focalizar as pessoas dos pais e dos filhos adotivos, deixando em segundo plano a importância dos familiares que constituem a família extensa.

A chegada de um filho confere ao evento múltiplos significados, investimentos afetivos e expectativas, que envolvem não só o casal, como todo o sistema ampliado. Todos ficam à espera de assumir novos papéis, como é o caso de pais, avós, tios, primos, irmãos e assim por diante. Trata-se de um processo longo e delicado caracterizado por uma redefinição das relações na família (D'Andrea, 2002).

Sabemos que para que a adoção transcorra de maneira tranqüila, é necessário um bom preparo aos candidatos a pais, não no sentido de selecionar os melhores ou subentender que eles não têm competência, mas para que possam fazer frente aos desafios que a filiação adotiva traz. Entre eles destacamos: o luto pela infertilidade (caso o sejam); as motivações que os levam a querer adotar; os preconceitos que cercam o tema; a idade, a etnia e o sexo da criança; o apoio dos familiares, entre outros.

No momento da preparação, é importante verificar se e como o casal transmitiu para a família o seu desejo de adotar, pois, como sabemos, a criança adotiva não vai ser acolhida apenas pelos pais, mas por toda uma rede de parentesco que, cedo ou tarde, vai se relacionar com ela. Além disto, é necessário que ela seja introduzida nas duas linhagens, materna e paterna, para que possa desenvolver sua identidade e o senso de pertencimento àquela família.

Sabe-se que quando um casal pleiteia a adoção, os profissionais envolvidos fazem inúmeros questionamentos aos pais para verificar se os mesmos estão aptos à mesma e se a criança realmente será bem-vinda naquele lar. Mas esta investigação geralmente não abrange o restante da família. É como se somente o casal pudesse decidir e influir na vida da

criança, quando, na verdade, ela sofre influência por parte de todos com os quais convive. A não-aceitação da criança pelos demais familiares pode vir a acarretar um fracasso na adoção.

Concordamos com Dolto (1989, pp. 22-23) quando refere: “Uma criança adotiva que não é introduzida na tradição da família do pai, nem da mãe, ainda não foi adotada (...) Uma criança é adotada por duas famílias e não por duas pessoas...”

Muitas vezes os familiares percebem a criança adotiva como uma verdadeira ameaça e esta percepção pode ter a ver com os seguintes fatores: a valorização dos laços sanguíneos; a criança ser tratada como inferior pela sua história de vida ou por algum problema fisiológico, orgânico ou mental; a mesma ser tratada como diferente; a ameaça do desconhecido; achar que qualquer problema que a criança tenha é por causa da adoção; e, por último, mas não menos importante, é a criança ser tratada como um intruso na família (Schettini, 1995).

Pesquisas que já foram realizadas com pais adotivos de várias partes do Brasil, como é o caso da de Ebrahim (1999), que foi realizada com 81 pais adotivos e a de Weber (2001) com 240 participantes, constataram que o apoio dos familiares e dos amigos foi considerado um fator decisivo para o sucesso da adoção.

Supõe-se que quanto melhor for a aceitação da adoção por parte de toda a família, mais os pais e a criança adotivos se sentirão seguros e melhor ela se desenvolverá.

No caso da adoção a figura dos avós merece destaque, não só porque eles geralmente são as pessoas responsáveis pela socialização das crianças, após os pais, como porque através de sua aceitação da adoção é como se eles estivessem dando a permissão aos seus filhos para exercerem a paternidade/maternidade.

Numa pesquisa que foi realizada com 244 pais adotivos, de vários estados brasileiros, Schettini (2003) constatou que os avós foram os que apresentaram mais dificuldade para aceitar a adoção, por motivos relacionados a medos e preconceitos.

Diante de tal situação cumpre-nos alertar para a importância dos familiares serem consultados ou mesmo envolvidos no momento em que os pais decidem adotar uma criança. Quanto mais informações eles tiverem, mais cômodos se sentirão com o tema, sentindo-se mais seguros e dissipando suas dúvidas. Acreditamos que o diálogo, o compartilhar os medos e as ansiedades, que são comuns a todos diante do novo, servirão para fortalecê-los e uní-los neste momento, o que, sem dúvida, favorecerá a adaptação da criança a família.

Como os familiares adotivos se posicionaram frente à adoção

Em pesquisa que realizamos, foram entrevistados, 29 avós adotivos, sendo 10 homens e 19 mulheres; 19 tios, com 7 homens e 12 mulheres; e 14 primos adotivos, sendo 2 do sexo masculino e 12 do feminino, todos residentes na cidade do Recife, Brasil.

As entrevistas foram analisadas segundo 8 dimensões:

1. *Consulta sobre a adoção:* Neste item constatamos que a maioria dos avós foram, apenas, consultados ou então comunicados sobre o fato. Os tios e os primos, em geral, ficaram sabendo através de conversas que circularam na família. Com estes dados é perceptível que a decisão da adoção era de certeza do casal e que a comunicação com os familiares só vieram após o fato consumado. Algumas falas ilustram o que foi dito:
“Não, quando eu soube já estava no juiz, tudo para a adoção” (Avô adotivo).
“Não fui consultado, mas fiquei sabendo através de meus irmãos” (Tio adotivo).
“Minha tia estava tentando engravidar, mas não conseguia então se candidatou à adoção e todo mundo ficou esperando” (Prima adotiva).
2. *Reação diante da chegada da criança:* Os avós, os tios e os primos, em geral, reagiram com alegria e excitação à chegada da criança. Dois primos reagiram com ciúmes porque os tios que adotaram eram seus padrinhos e se sentiram um pouco excluídos por eles, já que a atenção se voltou para a criança. Apenas uma prima reagiu com curiosidade para ver a cor da criança e ver como seria no futuro e um tio reagiu com cautela porque a adoção era uma coisa nova na família.
“Nossa, foi uma emoção inexplicável, lembro como se fosse hoje. Eles foram pegar meu neto e logo depois passaram aqui em casa. Então fomos todos para lá e foi uma festa, uma alegria enorme da parte de todos” (Avó adotiva).
“A princípio fiquei com um pé atrás pois, de qualquer modo, é uma coisa nova, uma outra experiência. Quando você gera um filho sabe a procedência, imagine com uma criança que não se sabe dos pais... Mas, depois da convivência, foi mudando e não fiquei mais com o pé atrás” (Tio adotivo).
“Eu fiquei super feliz porque era mais um primo e acho que, com certeza, ele tem uma missão de unir ainda mais a família” (Prima adotiva).

3. *Ajuda prestada à criança ou família adotiva:* Quando indagados acerca da ajuda que prestam à família ou ao neto adotivo, a maioria dos avós presta ajuda de cunho emocional e afetivo, havendo uma minoria que prestou ou ainda presta ajuda financeira. Alguns avós, tios e os primos ajudaram a cuidar da criança, em alguns momentos, e também dão seu apoio como se pode observar nas falas:

“Vieram me perguntar e disse que meu apoio eu dou como dei e dou até hoje. Acho que o filho vai ser deles, vamos somente dar um apoio. Acho que se era uma coisa que eles queriam, por mim não tinha nenhuma objeção” (Tia adotiva).

“Nós somos mais velhas que elas, então eram as bebezinhas, a gente colocava elas para dormir, dava banho, brincava. Eram nossas bonequinhas. E toda a família se deu muito bem com isso” (Prima adotiva).

4. *Mudanças observadas nos pais que adotaram:* A maioria disse que as mudanças foram para melhor traduzindo-se em: mais alegria, responsabilidade, dedicação, menos tensão e angústia. Uma avó, inclusive, relatou que o filho parou de beber.

“Ah! Só vi mudanças positivas de alegria, satisfação, de tudo. Realmente eles estavam muito tensos antes, quando não estavam conseguindo engravidar, e foi uma mudança extraordinária” (Avô adotivo).

“Tenho a impressão que meu cunhado é mais carinhoso com as adotivas do que com os biológicos” (Tio adotivo).

“Eu acho que minha tia mudou, mas não uma mudança grande, mas nos pequenos detalhes, em pequenas coisas, que no final acabam se tornando uma grande mudança boa, positiva” (Prima adotiva).

5. *Mudanças percebidas na família após a adoção:* Os avós, em sua maioria, referiram que a família aceitou muito bem os novos membros, havendo duas que deixaram transparecer comentários maldosos, por parte de familiares, baseados em estereótipos, como o do “sangue ruim”.

“Foi normal, aceitei bem, gosto dele, tenho muito carinho. Agora não vou dizer para você que é a mesma coisa que se tivesse esperado um bebê dela. É minha filha única. Não sei se seria a mesma coisa pois eu queria que ela tivesse um dela. Mas tenho um carinho muito grande por ele, hoje em dia tô apegada demais com ele, pois é um bebê cativante, mas eu não esperava com a mesma alegria que eu esperei por ela”.(Avó Adotiva).

“Acho que só minha avó faz diferença de quem é biológico e quem é adotivo, mas o restante da família, não. (Prima adotiva).

6. *Sentimentos experimentados pelos familiares*: Acerca dos sentimentos experimentados como avós, tios e primos adotivos, a maioria referiu se sentir bem e não fazer nenhuma distinção entre os adotivos e os biológicos. Apenas um avô disse se sentir indiferente e uma avó não pode fazer comparação porque nunca teve netos. Uma tia deixou claro que enquanto alguns aceitaram, outros demonstraram rejeição à adoção. Por outro lado, houve uma avó e dois tios que demonstraram mais carinho e mesmo preferência pelo familiar adotivo porque é mais chegado e solícito que os demais.

“Eu me sinto felicíssima porque eu adoro criança e além disso é uma felicidade a casa da minha filha com essa menina.” (Avó adotiva).

“Eu me sinto normal. Não me vejo como tio adotivo, acho que é um processo tão natural” (Tio adotivo).

“Eu nunca tinha parado para pensar nisso porque para mim ela é somente prima e não prima adotiva” (Prima adotiva).

7. *Vantagens percebidas com a adoção*: A maioria dos familiares relatou: alegria, aprendizado, aumentar a família, um benefício ao próximo, a si mesmo e à sociedade.

“Eu acho uma demonstração de amor extraordinária dos dois buscar realmente um filho que não puderam gerar. Acho que isso mostra uma capacidade interior, uma demonstração de amor talvez até maior que um pai biológico, pois se pega uma criança estranha” (Avô adotivo).

“Para o casal acho positivo porque ficam mais tranqüilos e relaxados e, quem sabe, pode vir o filho biológico. Foi o que aconteceu com o meu irmão” (Tio adotivo).

“Acho que é uma coisa positiva tanto para quem adota, pois está se poupando de novos sofrimentos por não poder engravidar, e para a criança que está sofrendo por estar abandonada” (Prima adotiva).

8. *Desvantagens percebidas com a adoção*: Nesse aspecto se destacaram: o momento de revelar que é muito difícil; o fato da criança não entender bem a situação; o desejo de encontrar a família biológica no futuro; os mal-tratos à criança; os preconceitos por parte da sociedade e a lentidão a justiça. Duas avós salientaram que a educação é fundamental para o sucesso da adoção.

“Vejo o preconceito dos outros, da sociedade, pois minha filha, por exemplo, é loira e meu neto é moreno” (Avô adotivo).

“Simplesmente a justiça, porque para um casal que quer adotar, o melhor caminho é o da justiça, mas ela é lenta, preconceituosa, prepotente, mas, mesmo assim, é válido ir pelo caminho legal” (Tio adotivo).

“Acho que é a questão da criança perguntar e querer saber de seus pais biológicos, mas acho que depende muito de como ela foi educada” (Prima adotiva).

Nossa compreensão das respostas

Foi notória, na maioria das falas, a aceitação da adoção e das crianças adotadas. Uma minoria de avós referiu que não foi avisada e quando tomou conhecimento, a solicitação já estava em curso. Hamad (2002) coloca que, pelo fato de culparem os pais por sua esterilidade, alguns candidatos à adoção não comunicam seu desejo de adotar com receio de ainda serem privados de exercerem a paternidade. Os avós, ao aceitarem o desejo de seus filhos, estão pondo fim à má sorte, acreditando neles como pais e também se desculpabilizando pela esterilidade deles.

Apenas dois avós se mostraram indiferentes à adoção e uma avó, que não tem filhos biológicos, achou que a decisão foi precipitada pois a filha poderia esperar um pouco para ter seus próprios filhos. Esta avó demonstrou claramente seu sentimento de perda pela não perpetuação da herança genética da família, já que sua filha é única. É interessante salientar que, em geral, são os homens que valorizam a transmissão genética, conforme fora salientado por Hamad (2002), mas neste caso, partiu de uma mulher. Ela ressaltou, porém, que trata o neto adotivo com carinho e quando não o vê, sente falta dele. Um tio também relatou ter ficado, a princípio, com um “pé atrás”, mas hoje aceita totalmente o sobrinho e não vê nada negativo na adoção. Estas mudanças refletem o fato de que a convivência com a criança vai quebrando as resistências que, porventura, existam na família, como ficou evidenciado na pesquisa de Schettini (2003).

Aliás, isso mostra que assim como para a criança adotiva a adoção é um processo, o mesmo ocorre com os pais e os familiares que vão revendo suas crenças e preconceitos e se apegando à criança à medida que o tempo passa. Esta, por sua vez, devido à necessidade de pertencimento e de aceitação, tenta se amoldar à família, sendo mais carinhosa e solícita. Contudo, Hamad (2002) salienta que no caso em que haja rejeição à criança por parte dos familiares, é dever dos pais se aliarem e protegerem o filho, pois os seus interesses é que devem prevalecer.

As mudanças observadas, tanto nos pais, como na família tenderam a ser positivas. Os familiares não fazem distinção entre os adotivos e os não adotivos na família, com algumas exceções. Tanto as vantagens como as desvantagens que foram elencadas em relação à adoção foram bastante pertinentes.

Um fato bastante pertinente e interessante que nos chamou a atenção diz respeito ao fato de haver famílias que possuem mais de uma criança adotiva ou em que há adoções nas gerações anteriores. Isto parece indicar que a realização de uma adoção na família pode desmistificar os medos e os preconceitos que ainda existem em torno do tema e abrir caminho para que outras se realizem.

Apesar de termos constatado um quadro extremamente favorável à adoção, preconceitos ainda persistem e se evidenciaram nas falas de alguns familiares como é o caso da curiosidade para ver a cor da criança e imaginar como seria no futuro; o medo da origem da criança; o preconceito diante da adoção inter-racial. Uma motivação levantada por um tio foi que a adoção é a abertura para a chegada do filho biológico, sinalizando que a criança adotiva não vem por si mesma, para preencher o desejo de um casal de ter uma família, e sim para facilitar a vinda do filho biológico.

Finalizando, gostaríamos de enfatizar a necessidade de uma atenção maior, por parte dos profissionais e terapeutas que lidam com famílias e crianças adotivas, aos familiares que cercam estas crianças que podem estar, de alguma forma, contribuindo para alguma dificuldade que as mesmas, porventura, apresentem. Os familiares, da mesma forma que podem ajudar e contribuir para a adaptação das crianças à família, podem servir de obstáculo com seus comentários maldosos e mesmo atitudes de rechaço. Os pais precisam ser bem firmes quando tal fato ocorrer e se aliar a seus filhos que precisam de proteção e cuidados. Neste sentido, cremos ser muito importante que os pais participem dos grupos de apoio à adoção nos quais poderão compartilhar suas experiências e se preparar melhor para lidar com os preconceitos e situações que poderão surgir, não só na própria família como na comunidade de maneira geral.

REFERÊNCIAS

- D'Andrea, A. (2002). O casal adotante. In M. Andolfi (Org.), *A crise do casal, uma perspectiva sistêmico-relacional* (pp. 233-247). Porto Alegre: Artmed.

- Dolto, F. (1989). *Dialogando sobre crianças e adolescentes*. Campinas: Papirus.
- Ebrahim, S.G. (1999). *Adoção tardia: Altruísmo, maturidade e estabilidade emocional*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Departamento de Psicologia, UFPB, João Pessoa.
- Hamad, N. (2002). *A criança adotiva e suas famílias*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.
- Schettini Filho, L. (1995). *Compreendendo os pais adotivos*. Recife: Bagaço.
- Schettini, S.S.M. (2003). *O filho adotivo: Dificuldades no processo educativo. Uma abordagem psicanalítica*. Monografia (não publicada). UNICAP, Recife.
- Weber, L.N.D.(2001). *Pais e filhos por adoção no Brasil*. Curitiba: Juruá.

RELAÇÕES DE GÊNERO E A ADESÃO
AO TRATAMENTO EM HIV/AIDS: O CASO DE RECIFE

Maria Irene Ferreira Lima Neta

UNICAP/Recife, Brasil

O ser humano é constituído concomitantemente tanto pelo social quanto pelas condições sócio-históricas em que vive; é produto e produtor das condições objetivas e subjetivas de sua sobrevivência. Além disso, o homem é um ser único, que envolve uma unidade contraditória entre corpo e psique. A vivência humana da dialética constante desta subjetivação e objetivação é que o constituirá e, assim suas formas de pensar, sentir, agir, construindo neste processo suas formas de escolher, sua identidade, seu viver e seu adoecer.

Sendo assim, as pessoas que vivem com HIV/Aids, vivenciam, simbólica e corporalmente, a contradição de seu processo de saúde e doença, uma vez que exige se perceber e se constituir como protagonista, construindo projetos de vida, pessoais e coletivos, que expressem qualidade de vida. O processo de adesão ao tratamento é revelador de diversas contradições que precisam ser enfrentadas, como: as questões de gênero, sexualidade, orientações sexuais, condições de vida, trabalho, e, principalmente, das relações familiares.

A descoberta da nova condição de vida e saúde, de infectado pelo HIV, o confronto com inúmeros estressores psicossociais em todas as fases da infecção, tais como: discriminação, possível abandono e desligamento nas relações afetivas, estigmatização, falta de recursos sociais e financeiros e problemas com a sexualidade. Sendo este um fato que altera seu estilo de vida e conseqüentemente altera suas formas de interação e de relações, exige deste uma nova adaptação. (Castanha, 2007; Gir, 1997).

Os sentimentos e reações referidos pelos usuários ao receberem o resultado do exame anti-HIV positivo, com maior freqüência são: culpa, remorso, arrependimento, revolta, medo, desespero, desejo de suicídio, negação frente a o diagnóstico, raiva, agressividade, dor, insegurança, solidão e discriminação, perda do desejo sexual, diminuição da atividade sexual. (Ostrow, 1997).

A vivência com o vírus da Aids acarreta uma incapacidade física, mental e sexual corroborando para uma mudança nas relações com a família, com o profissional, consigo mesmo e principalmente em suas relações sexuais e afetivas. Isto acontece pela diminuição da auto-estima, tristeza e não perspectiva do futuro (Castanha et al., 2007).

As doenças crônicas, como o HIV, podem interferir na primeira fase da resposta sexual: o desejo; a preocupação está mais voltada para os sintomas que poderão surgir do que com o seu desejo sexual. (Lopes et al., 1994).

Concordamos com Kolodny (1982) quando este diz que sentimentos como o medo e a culpa proporcionam o afastamento dos desejos sexuais e que a falta de orientação e de diálogo não deixam que o prazer e a sexualidade voltem a fazer parte da vida desses indivíduos. Assim pode-se perceber que acaba por fragilizar tanto a relação do casal, e especificamente familiar, quanto de todas as suas formas de relacionamentos sociais.

Pesquisas e intervenções, no decorrer destas duas décadas, detectaram que houve uma modificação tanto no impacto do diagnóstico na vida das pessoas quanto em suas necessidades psicológicas. Alguns trabalhos têm alertado para essas novas necessidades psicossociais, como por exemplo: as mudanças na expectativa de vida e, portanto rever as perspectivas de futuro; necessidade de uma re-definição dos objetivos pessoais, da situação profissional e dos relacionamentos; necessidade de re-avaliar as expectativas, crenças e benefícios com relação ao tratamento; necessidade de normalizar os vínculos afetivos e as relações sexuais, entre outros. (Castro & Remor, 2004).

A qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/Aids está diretamente relacionada a sua adesão ao tratamento e as formas de prevenção. O tratamento medicamentoso é o responsável pela redução da multiplicação do vírus HIV no organismo. Sendo assim, o tratamento medicamentoso é o responsável tanto pelo controle do vírus no organismo humano quanto pela redução no número de mortes por HIV.

No início, com o desconhecimento do vírus e de um possível controle sobre o mesmo, houve inúmeras mortes por aids. Atualmente, com o avanço nas pesquisas e nos tratamentos, não se morre mais apenas devido ao HIV, porém a pessoa que vive com este vírus tem que seguir à risca o tratamento medicamentoso. (Freitas, 2005; Lucírio, 1999).

Um estudo realizado por Mauro Schechter, da UFRJ constata o aumento de mortes de pacientes soropositivos por problemas cardiovasculares e diabetes, portanto isto mostra que o fato da positividade para o HIV não foi a causa de suas mortes. (Kenski, 2009).

Ayres (2002) acrescenta que aliado ao medicamento deve haver a informação extensiva, democrática, voltada para toda a comunidade em prol da saúde coletiva.

Contudo, constatamos e ressaltamos que as informações coletivas e a distribuição gratuita da medicação são medidas insuficientes. Faz-se necessário a criação de estratégias para tentar garantir uma adesão de 100% do usuário ao tratamento, levando-os a se constituírem como protagonistas de seu processo de saúde, de doença e, principalmente, de vida.

Considerando-se a gravidade da doença, bem como a importância da adesão ao tratamento e formas de proteção, a pesquisa teve por objetivo central fornecer assistência psicológica aos usuários dos ambulatórios, infectados pelo HIV/AIDS (homens e mulheres). Bem como, apreender como as relações de gênero e de orientação sexual se expressam na adesão ao tratamento das pessoas vivendo com HIV; conhecer as experiências e diferentes formas de enfrentamento dos usuários em relação ao tratamento e a doença; e criar modelos de intervenção psicológica que respeite as necessidades de cada um no controle do vírus do HIV/AIDS.

Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Correia Picanço, referência no tratamento de HIV/AIDS no estado de Pernambuco. Ao total foram 45 sujeitos participantes (27 homens e 18 mulheres) infectados pelo HIV, que responderam a uma entrevista semi-estruturada, baseada nos objetivos da pesquisa. As idades variaram de 24 a 62 anos. Utilizou-se como critério de inclusão ser usuário ambulatorial do Hospital Correia Picanço e não está, no momento da pesquisa, recebendo apoio psicoterápico.

As entrevistas foram analisadas a partir 6 unidades de sentido:

1. *Relação com o trabalho*: Tanto as mulheres quanto os homens, que não estão no mercado de trabalho, sofrem ao falar sobre isso. Para eles, a maior causa do desemprego é o preconceito da sociedade para com a doença. O sentimento de fraqueza, gerado pela medicação, ou o próprio estado de saúde debilitado, também são motivos para o não engajamento em trabalho remunerado. Diz um dos entrevistados do sexo masculino: “Tenho baixa auto-estima devido à situação de não conseguir emprego”. Por outro lado, os que estão trabalhando relatam se sentir muito bem por estar em atividade laboral. Isto favorece a auto-aceitação da sua condição e a aceitação da sua condição de infectado pelo HIV, por parte da sociedade. A fala de uma senhora entrevistada exemplifica a preocupação com o risco de transmitir o vírus HIV e, ao mesmo tempo, sofrer

preconceito. Diz ela: “A minha responsabilidade duplicou, me preocupo mais com os outros do que comigo”.

2. *Relação com o/a parceira sexual*: Dentre os homens, 12 relatam ter companhia fixa e, dentre as mulheres, seis declaram ter companheiro fixo. Para os homens variou de um a quinze anos o tempo da revelação para suas companheiras. Para as mulheres, esse tempo variou de quatro meses a seis anos. No universo dos entrevistados, somente sete homens e duas mulheres declararam que seus companheiros também estão infectados pelo HIV.

Ao descrever a relação conjugal, os entrevistados, relatam ser uma relação “normal”, com alegria e com brigas também, mas somente oito entrevistados relatam conversar com seus parceiros a respeito da temática do HIV/Aids. Segundo os seus relatos, o diagnóstico de HIV positivo ocasionou maior cumplicidade entre o casal, mas, ao mesmo tempo, diminuiu a frequência da relação sexual. Uma portadora relata: “Desde a descoberta há quatro meses, a gente não teve mais relações até porque ele adoeceu. A gente também não conversa sobre o assunto HIV/AIDS, não sei te dizer porque”.

Quanto à revelação da condição de ser soropositivo, somente em dois casos – um de cada sexo – o parceiro não teve conhecimento e o motivo do silêncio, alegado por ambos, foi a falta de coragem. Já os que compartilharam com seus parceiros, os motivos da revelação foi o medo do outro estar infectado e a necessidade de partilhar esse segredo.

3. *Cuidados preventivos*: Começando pelos homens, a maioria refere fazer o uso da camisinha nas suas relações sexuais, sem problemas. Três deles dizem se sentir mais seguro; cinco não gostam, mas usam por obrigação; um diz perder a excitação ao usar e um refere preocupação da camisinha estourar e contaminar a esposa. Nesse último caso, o prazer com o ato sexual fica prejudicado pela ansiedade. Um portador relata: “Estou em abstinência há dois anos, desde que minha esposa faleceu. Quando descobri que ela era portadora, já tínhamos nos relacionado sem camisinha e continuei sem usar para não constrangê-la”. Nesse relato, o uso da camisinha não foi visto como forma de proteção para ambos.

Com relação às mulheres, cinco dizem não fazer uso da camisinha nas relações sexuais. Quatro referem que se o companheiro se negar a usar, elas usam, pois não admitem relação sem proteção. Uma refere que o sexo está prejudicado por constantes brigas antes da relação devido ao uso da camisinha. Seis mulheres relatam que desde que descobriram sua condição de soropositivas não tiveram nem pretendem ter relacionamento sexual.

Uma preocupação entre os entrevistados, principalmente entre os solteiros, é o sentimento de estar sozinho. A maioria, de ambos os sexos, relata sentimento de solidão; de dificuldade de lidar com o preconceito. Por medo, eles tentam forçar uma atitude de conformidade diante da situação. Uns se apóiam na religião para não se sentirem tão sozinhos; outros sentem falta de uma companhia, mas optam por não ter mais relacionamentos. Um homem soropositivo relata sentir-se deprimido e com vontade de se matar.

4. *Forma de transmissão:* Quando indagados sobre a forma de transmissão do vírus HIV, os entrevistados, de ambos os sexos, responderam: através da relação sexual (a maioria); por instrumento perfuro cortante; por transmissão de sangue; por agulha injetável. Uma minoria dos participantes não sabia a forma de transmissão, o que pode ser interpretado como mecanismo de defesa. Complementando essa informação, os entrevistados (homens) relatam infidelidade nas relações afetivas, ou da parte deles ou por parte da/o companheira/o, como também relatam que viviam para o sexo. Um deles confessa que era viciado em sexo.

5. *Relação com a medicação:* De todos os participantes da pesquisa, apenas quatro homens e cinco mulheres declaram não usar a medicação. No entanto, entre os que fazem o uso dos remédios, as opiniões são contraditórias: doze homens relatam que devido à quantidade, ao horário e o uso diário torna-se chato tomar os remédios, mas o faz por obrigação. Porém, quatro referem se sentir melhor com o uso da medicação e dois, preferiam que a dose fosse única. Com relação às mulheres, cinco delas alegam que não tomam a medicação por ser ruim enquanto seis acham a medicação boa e necessária para a manutenção da saúde.

Quando perguntado por que a rotina da medicação afeta a rotina diária, dezessete homens e nove mulheres responderam que era por conta dos sintomas: fraqueza, diarreia, prisão de ventre, tontura, pernas dormentes, enjôo, mal estar, dor de cabeça, queimação na garganta. No entanto, esses sintomas não são sentidos por todos. Dez homens e seis mulheres afirmam não sentir nada.

6. *Ser soropositivo do HIV:* A pergunta de como é viver com o diagnóstico do HIV foi respondida diferentemente por homens e mulheres. Os homens dizem que: aprenderam a viver com a doença após a conscientização e aceitação da sua condição atual; mudaram o comportamento deixando de beber; sentem-se incomodados devido às obrigações com médico e hospital; após a descoberta passaram a cuidar mais da saúde;

desenvolveram uma preocupação constante em infectar alguém; sentimento de isolamento e afastamento dos amigos. Quanto ao grupo das mulheres, as respostas foram; não haver mudança na forma de viver; sentir-se mais responsável, principalmente com relação a não transmitir o vírus; sentimento de arrependimento; ser ruim e difícil conviver com o diagnóstico.

Os sentimentos provocados pelo conhecimento do diagnóstico foram depressão, nervosismo e medo da discriminação. Todos esses sentimentos circulam entre o desejo de morrer e a procura constante em saber como estão os avanços da medicina a respeito da AIDS. Um entrevistado relata: “Não foi a AIDS que veio ao meu encontro, mas sim, eu que fui ao encontro dela. Eu já imaginava que pudesse estar contaminado, mas quando fiz o teste e tive a certeza, fiquei triste, claro! Levantei a cabeça e decidi dominar a AIDS antes que ela me dominasse. Então parei de estudar para procurar emprego e ocupar a minha mente, para estar em atividade”. Esse relato revela a manifestação saudável de alguém que luta para sobreviver.

A reação das mulheres ao ficar sabendo do diagnóstico de HIV positivo foi de choque, retraimento, tristeza, passividade. Uma delas diz que se separou do marido por ter ficado com raiva dele. O sentimento comum entre elas é o mesmo de receber um “*atestado de óbito*” (sic). Outra entrevistada afirma que buscou apoio na religião para aceitar a doença, lidar com o preconceito e suprir a lacuna da atividade sexual, uma vez que optou por não ter mais nenhum tipo de relacionamento afetivo. Para finalizar, a fala de uma mulher que se valorizou mais como pessoa, após o diagnóstico de HIV positivo: “Por incrível que pareça depois que descobri o HIV passei a me amar mais, a me cuidar mais. Passei a ver a vida como ela é e a me amar verdadeiramente, pois antes não me amava.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa revelou, de forma mais contundente, a diferenciação dos comportamentos masculinos e femininos diante do diagnóstico de HIV positivo. Os homens mostraram-se, inicialmente, mais abertos para falar a respeito de sua doença e do seu percurso com o vírus da AIDS; enquanto que as mulheres assumem o diagnóstico e suas consequências, de forma aparentemente insegurança e com timidez.

A percepção dos homens em relação ao seu diagnóstico possibilitou uma maior aceitação da sua atual condição de seropositivo do HIV. Enquanto que para as mulheres, o sentimento de culpa gerou uma negação da sexualidade, de seus desejos sexuais, levando-as, muitas vezes, a buscar na religião apoio e tranquilidade. Neste sentido, a religião também foi referência de abrigo contra a solidão, para os entrevistados solteiros, independente do gênero.

No que diz respeito ao aspecto profissional, não foi observado diferenças de respostas por gênero. Tanto homens como mulheres relatam medo do preconceito social e vêem no fato de serem soropositivos um caminho para o desemprego. Nesse sentido, cabe a intervenção de políticas públicas, com programas sociais, visando assistir a comunidade em geral e, especificamente, as pessoas vivendo com HIV .

A revelação de ser HIV positivo é fator estressor para homens e mulheres. No entanto, enquanto os homens buscam neles mesmos a culpa pelo que estão passando, as mulheres ou agridem os companheiros ou optam por não ter mais vida sexual ativa (auto-agressão).

Por fim, foi observado que o diagnóstico possibilitou para os entrevistados uma revisão de sua própria vida, bem como de suas relações sociais, familiares e de trabalho. E no que está relacionado a adesão ao medicamento, este ainda é frágil, principalmente nas mulheres. É nesse aspecto que a intervenção de médicos e equipe hospitalar se faz necessária e urgente.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J.R.M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: Lições aprendidas e desafios atuais. *Interface: Comunicação, saúde, educação*, 6(11), 11-24.
- Castanha, A.R., et al. (2007). Avaliação da qualidade de vida em seropositivos para o HIV. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 23-31.
- Castro, E.K., & Remor, E.A. (2004). Aspectos psicossociais e HIV/Aids: Um estudo bibliométrico (1992-2002) comparativo dos artigos publicados entre Brasil e Espanha. *Psicologia Reflexão Crítica*, 17(2), 243-250.
- Freitas, C. (2005). Persistência: Um sinal revelador na não adesão ao tratamento de portadores hiv+/aids. *Psicologia Brasil*, A.3 (24), 18-21.

- Gir, F. (1997). *A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência Humana Tipo 1 (HIV-1)*. Tese (Livre-docência). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Kennski, R. (2009). A aids está vencendo. *Superinteressante*, 261, 72-76.
- Kolodny, R., et al. (1982). *Manual de medicina sexual*. São Paulo: Manole.
- Lopes, G.P., et al. (1994). *Patologia e terapia sexual*. São Paulo: Medsi.
- Lucírio, I.D. (1999). Rasteira no HIV. *Superinteressante*, 6, 51-55.
- Ostrow, D.G. (1997). Psychiatric considerations in human immunodeficiency virus disease. In V. Jr. De Vita, S. Hellman, & S.A. Rosenberg (Eds.), *AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention* (4th ed., pp. 541-50). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Rodrigues, A.R.F. (2000). Enfermagem psiquiátrica em saúde mental: Prevenção e intervenções. São Paulo: EPU. In M.R.I. Freitas, E. Gir & A.R.F. Rodrigues (Orgs.), *Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1*. *Rev. esc. enferm. USP*, 34(3), 258-263.

A PRESENÇA FEMININA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE:
SINGULARIZANDO ESPAÇOS DE CONHECIMENTO E PRÁTICA

*Maria Isabel Barros Bellini / Cecília Cassal / Claudia Cruz /
Eloá Rossini / Gustavo Antonio de Paiva Soares /
Ineida Aliatti / Maura Camboim*

Escola de Saúde Pública/ Secretaria da Saúde/ Brasil

A Residência Integrada em Saúde/RIS é uma modalidade de educação profissional instituída pela portaria nº 16/99 se constituindo um programa de formação em serviço com quatro ênfases: Atenção Básica em Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Dermatologia Sanitária e Pneumologia Sanitária é vinculada a Escola de Saúde Pública/ESP sendo financiada pela Secretaria de Estado da Saúde/SES-RS. Desenvolve as atividades em ambientes de serviço e em órgãos de vigilância e gestão da SES/RIS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre os quais são: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Sanatório Partenon, Ambulatório de Dermatologia Sanitária e o Centro de Saúde-Escola Murialdo.

A supervisão dos residentes é responsabilidade dos trabalhadores da saúde (coordenadores de programa, supervisores ou preceptores) lotados nos serviços que se constituem campo de formação de cada ênfase. A orientação pedagógica e a formulação do currículo integrado, bem como as questões normativas da RIS são definidas nas instâncias deliberativas da RIS/ESP/RIS e dos locais credenciados de profissionalização, respeitando o Regimento da RIS (Rio Grande do Sul, 2002b).

Na composição da RIS é imperativo o caráter multiprofissional e interdisciplinar e de educação permanente dos trabalhadores nos seus ambientes de ensino em serviço, fazem parte graduados em medicina, enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, educação artística e educação física. No ano de 2010, será acrescida vaga para graduados em Farmácia. Essa formação tem como objetivo fornecer aporte teórico e prático para viabilizar e reiterar práticas com vistas à integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde/SUS.

Em 2008/2009 um grupo de pesquisadores formado por professores, preceptores e supervisores da RIS realizaram pesquisa sendo que um dos objetivos era elaborar o perfil sociodemográfico dos egressos da formação no período de 2002 a 2006. Neste artigo apresentamos alguns resultados.

Perfil do egresso da Residência Integral em Saúde

A equipe que realizou a pesquisa ainda está analisando os dados, visto que a riqueza do material foi além das expectativas iniciais. E, ainda que tenha retornado um número relativamente pequeno de questionários (37%) o conteúdo das respostas permite análises profundas e complexas.

Dos 252 questionários enviados retornaram 53, e apontam o seguinte: a) é significativo o número de mulheres que busca esse tipo de qualificação profissional, somando 43 dos questionários respondidos num total de 82%. Os questionários também apontam que as mulheres mais do que os homens têm buscado seguir no terceiro ano da residência o qual é oferecido a todos porém, o candidato deve submeter novo projeto para seleção e avaliação; b) a formação em nível de graduação dos respondentes se distribui da seguinte maneira: Psicologia (11); Enfermagem (7), Odontologia (6), Serviço Social (5), Nutrição (5), Medicina (4), Artes Plásticas (2), Terapia Ocupacional(1)); c) considerando a formação continuada após a conclusão da residência os questionários apontam que 23 mulheres buscaram continuidade em cursos de Mestrado, 05 cursaram/cursam Doutorado e 18 buscaram outros cursos de especialização. A continuidade dessa formação está concentrada na área da saúde, ou seja, confirma o compromisso destes profissionais com a política de saúde; d) após o término da formação, os dados indicam, que 12 mulheres passaram a atuar na elaboração de políticas de saúde em cargos de gestão, supervisão, assessoria e um número maior está atuando na área da saúde, porém concentrada na assistência totalizando 18 mulheres; e) as profissionais informaram que a RIS produz mudanças no processo de amadurecimento ampliando a capacidade de auto-conhecimento com reflexos na escuta do usuário e dos outros profissionais.

Estes depoimentos informam importantes subsídios para os gestores justificarem o investimento neste tipo de formação que é onerosa ao estado. O fato de que a RIS se coloca como um desafio para mudança da lógica que orienta os processos de formação e re-organiza os serviços dentro de uma nova lógica que rompe com o modelo biomédico e busca construir a integralidade em saúde, confirma que esse investimento em recursos humanos vale a pena ao estado. As participantes da pesquisa reiteram que a formação participa na denúncia de resistências aos processos de mudanças preconizados pelo SUS e participa na criação de formas alternativas e criativas para trabalhar realidades adversas.

Os pesquisadores têm clareza de que esses dados possuem significado desde que considerado o momento de realização da coleta e de sua interpretação e o período em que foi cursada a residência pelos participantes da pesquisa (2002-2006), a sua utilização para outras análises que não tenham sido contempladas no momento da coleta coloca em risco a legitimidade da sua interpretação.

Inserção dos residentes nas políticas públicas

Os dados analisados indicam que 60% dos respondentes está inserido no setor público o que confirma os objetivos preconizados desde a origem dessa modalidade de formação e que justifica o investimento de dinheiro público neste programa. Também é apontado que 52,94% são vinculados a instituições públicas municipais em comparação a 32,35%, em instituições federais e 11,76 %, em estaduais. A interpretação desses dados coloca o processo de descentralização da atenção à saúde, que tem ocorrido desde a sua municipalização, na década de 90 e, conseqüentemente, um aumento significativo de concursos realizados pelos municípios para contratação de profissionais e técnicos de saúde como responsáveis pela diferença nos índices.

A importância da RIS como multiplicadora de conhecimento está expressa no resultado de 33% dos egressos assumindo cargos como coordenadores de serviços e programas. Considerando as atividades e cargos ocupados pelos egressos, é importante ressaltar que os cargos de coordenação, somados aos de bolsista/professor/supervisor/consultor ocupam um total de 83%, evidenciando a potencialidade da RIS em fomentar uma formação profissional que socializa conhecimentos e dá estímulo aos profissionais para continuidade da qualificação. Quanto a isso os participantes reiteram que a vivência prática em diferentes locais de trabalho, com diferentes formas de aplicação dos preceitos do SUS fez buscarem maior conhecimento teórico a respeito dos princípios e diretrizes e consideram que “(...) o conhecimento prévio das políticas públicas de saúde qualifica o atendimento ao usuário do SUS”.

A ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que se realizam em cada contexto e condicionam resultados é o que dá materialidade às políticas públicas e a partir dessa compreensão a posição dos egressos a respeito de como percebem a formação assume dimensão significativa na medida em que a entendem como um instrumento importante de formação e de grande impacto na condução das práticas de

saúde, expresso como: “Entendo a RIS como ferramenta potente de mudança na formação”, e essa “potência” está na apropriação crítica e aplicação prática (em serviço) dos pressupostos teóricos do SUS.

Esse programa viabiliza um aporte teórico amplo e sua aplicação prática em diferentes frentes de trabalho: “A vivência em uma unidade de saúde foi fundamental para a compreensão dos obstáculos e facilidades na aplicação das políticas públicas”. Essa vivência em atividades que incluíam a promoção, prevenção, atenção, reabilitação e gestão em diferentes serviços de saúde da rede pública, foi apontada, “(...) percebo a importância de direcionarmos as ações para prevenção e promoção de saúde, e também nesse âmbito estou desenvolvendo minha pesquisa de mestrado”.

A equipe de pesquisadores destaca um resultado expresso nos questionários e, apresenta neste artigo, pois, frente à possibilidade de apresentar essa pesquisa em espaço organizado pela psicologia da saúde, entende ser uma oportunidade excelente para discussão e enriquecimento. O resultado destacado diz respeito ao sentimento de *reconhecimento* que os participantes referem nutrir pela RIS, reconhecimento de si mesmo como pessoa, como profissional, um reconhecimento social e no mercado de trabalho.

A categoria reconhecimento remete aos vínculos criados entre residentes e residência no processo de formação e é um fenômeno inerente, necessário e desejado pelo ser humano. O vínculo se constitui na experiência conjunta, na relação consigo e com os outros, na qual as pessoas se dão a conhecer e a subjetivar-se, através do outro, isto significa conhecer o outro como autônomo, diferente, com capacidade de complementaridade (Alliati, 2004). O vínculo do reconhecimento, ou o reconhecimento dá conta da necessidade vital de ter a comprovação, de ser reconhecido pelos outros, valorizado, amado, respeitado e de existir com uma identidade (Zimerman, 1999).

Zimerman refere a existência de quatro tipos de conceituações do vínculo do reconhecimento: reconhecimento de si, reconhecimento do outro, ser reconhecido aos outros e ser reconhecido pelos outros.

Podemos começar por uma delas que é o reconhecimento de si mesmo, os participantes da pesquisa consideram que a residência possibilitou esse reconhecimento como profissional e como pessoa produzindo mudanças, como referido: “Para mim foi uma experiência bastante marcante em termos pessoais e que marcou de maneira importante minha trajetória profissional”; “(...) aprimorou minha maturidade profissional, ainda (...) me deu mais segurança, confiança”; “(...) a RIS proporcionou um crescimento profissional e pessoal fundamental em meu desenvolvimento”.

O reconhecimento dos outros, colegas, professores/preceptores, locais de estágio e usuários, e demais colegas profissionais manifesta-se nos depoimentos a seguir: “(...) além de trabalhar em equipe com profissionais de outras áreas não médicas e entender o papel de cada profissional na equipe e no atendimento do paciente”; (...) como uma boa possibilidade para conhecer melhor como trabalham outros profissionais e o que fazem outras áreas da saúde, devido ao trabalho conjunto (...)”. Em relação aos professores/preceptores e locais de estágio mostram seu reconhecimento dizendo que “(...) Os ensinamentos foram muito importantes, tanto no que refere ao conteúdo programático da residência e seu experiente quadro de preceptores quanto ao promovido pela troca com os colegas, pela vida na comunidade e pela prática em serviços “reais” que apresentam as dificuldades e obstáculos vistos nos diversos locais do país”. O reconhecimento do usuário está expresso a seguir: “(...) principalmente sobre o “modo de acolher” o usuário e tentar percebê-lo com um ser completo, ou seja, estar atento para o seu contexto social, moradia, família, recursos da sua comunidade”.

O reconhecimento aos outros está explicitado nas respostas: “A RIS me proporcionou uma visão muito mais integral”; (...) “a RIS me deu ferramentas para atuar como médica de família”; “(...) reconhecimento da importância da participação social”.

O reconhecimento pelos outros, o fato de serem respeitados, valorizados, escolhidos, considerados como pessoas, como profissionais capazes no mercado de trabalho foi destacado pelos participantes da pesquisa: “(...) Acredito que fui selecionada para o trabalho que atualmente desenvolvo (...) pelo interesse no programa e pelas publicações que tive oportunidade de desenvolver no período de residência”; “(...) valorização curricular para seleção ao cargo que tenho hoje”.

A importância da RIS ter impactado de forma significativa na construção do vínculo do reconhecimento pode ter como interpretação o fato de que cada vez mais o mundo do trabalho tem se constituído em um mundo precarizado, onde há a desqualificação do trabalhador e a extrema flexibilização que coloca todas as profissões e profissionais como descartáveis. A RIS ao acolher o profissional, capacita-lo e compromete-lo com a transformação da realidade de saúde através de subsídios teóricos e práticos reconhecendo a capacidade dele para tal, está indo contra a lógica da precarização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RIS está fundada nos princípios do SUS, busca a integração dos diferentes conhecimentos e aparatos teóricos, propõe a horizontalização das hierarquias e contribui para a centralidade dos usuários no sistema de saúde. A importância do reconhecimento e fortalecimento dessa formação na área de saúde tem reforçado a qualificação profissional a partir da criação de novos enfoques, novos cenários e novas práticas em sintonia com o processo de redemocratização da sociedade brasileira. O fato de, um número significativamente maior de mulheres ter respondido a pesquisa gera nos pesquisadores outras e novas indagações quanto aos resultados analisados. Estas indagações incidem sobre se, esses resultados expressam a visão feminina? se a visão masculina corrobora os resultados? Por questões históricas que colocaram a mulher fora do mercado de trabalho durante séculos seriam as mulheres mais capazes de serem reconhecidas? As mulheres, mais do que os homens, dão seguimento aos estudos pós-graduados porque tem mais interesse ou por mais disponibilidade de tempo? Os cargos assumidos como gestores, coordenadores estão assim distribuídos na totalidade dos egressos ou se aprofundarmos os dados encontraremos as mulheres com concentração em um tipo de cargo e os homens em outro?

Sabe-se que a interpretação é resultante de conhecimentos teóricos apreendidos e construídos pelos pesquisadores o que não significa ser a única e absoluta, já que um texto sempre pode levar a múltipla significação.

Porém espera-se com essa pesquisa, consolidar o papel da ESP/RS como responsável pela formação e qualificação de pessoal para o campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva/SUS, e também consolidar a importância da RIS na qualificação de homens e mulheres para atuarem com competência nas políticas públicas socializando conhecimento e informação aos diversos segmentos da população.

REFERÊNCIAS

- Aliatti, I. (2004). Processos dos Grupos Psicológicos Construtores da Pertença: Vínculo da Amizade, Organizadores Grupais e o Lugar – Espaço Potencial. *Tese de Mestrado*. Porto Alegre: PUC.

- Bellini, M.I. (2008). Educação permanente em saúde coletiva e a formação do aluno de serviço social. *Relatório final da pesquisa*. PUCRS.
- Escola de Saúde Pública. (2003). *Relatório de Gestão-SES*: Lei 8080 de 19/09/1990. 2003-10-30.
- Ministério da Saúde. (2003). Política de educação e desenvolvimento do SUS-caminhos para a Educação Permanente. Aprovação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, Brasília, 18/setembro/2003.
- Moraes, R., & Galiazzi, M.C. (2007). *Análise Textual Discursiva*. Ijuí: Ed. Ijuí, 2007.
- Rio Grande do Sul. (2002). *Lei 11.789 de 17 de Maio de 2002*.
- Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. (2000). *Boletim de Saúde*, 14(1), Escola de Saúde Pública.
- Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. (2001). *Boletim de Saúde*, 15(1), Escola de Saúde Pública
- Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. (2002). *Boletim de Saúde*, 16(1), Escola de Saúde Pública
- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. (2002). Diário Oficial 24 de dezembro de 2002, Portaria n. 71/2002, pp. 53-56.
- Zimmerman, D.E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teorias, técnicas e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

ACTIVIDADE FÍSICA E BEM-ESTAR ESPIRITUAL:
PAPEL MODERADOR DE VARIÁVEIS MOTIVACIONAIS

*Maria João Gouveia¹ / José L. Pais-Ribeiro^{1,2} /
Marta Cabrita¹ / Marta Marques¹*

¹Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário; ²FPCE, Universidade do Porto

Existe hoje suficiente evidência empírica que suporta o impacto positivo da actividade física e exercício para a saúde e bem-estar das pessoas, quer do ponto de vista físico (e.g., Berlin & Colditz, 1990), quer psicológico (para revisão ver e.g., Bidle, Fox, & Boutcher, 2000). A multidimensionalidade do conceito de saúde inclui hoje, outras componentes, nomeadamente a espiritual, necessária numa concepção holística do bem-estar (Chandler, Holden, & Kolander, 2001; Ingersoll & Bauer, 2004). A própria Organização Mundial de Saúde discutiu em 1983 a inclusão do bem-estar espiritual como uma nova componente na sua definição de saúde (O'Connell & Skevington, 2007). No entanto, o conhecimento sobre o contributo dos estilos de vida e nomeadamente do lazer activo, para esta dimensão do bem-estar é ainda muito escassa (Heintzman, 2002; Heintzman & Mannell, 2003).

O conceito de *Bem-estar espiritual* (BEE) emerge do estudo sobre os contributos da espiritualidade para a saúde (Gomez & Fisher, 2003). As definições referidas na literatura para este construto são diversas e susceptíveis de importantes variações culturais (Moberg, 2002). Numas das definições mais abrangentes do conceito, Fisher (1999) conceptualiza-o como uma forma de estar dinâmica que se reflecte na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da sua vida: consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo ou Alguém que transcende o domínio humano. O domínio pessoal diz respeito à forma como uma pessoa se relaciona consigo própria em termos do significado, propósito e valores de vida. O domínio comunitário expressa a qualidade e profundidade das relações inter-pessoais no que diz respeito à moralidade, cultura e religião. Inclui sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade. O domínio ambiental consiste nas relações com o mundo físico e biológico (cuidar e proteger), expressando-se através da admiração e de sentimentos de união com a natureza. Por fim, o domínio transcendental refere-se à relação do próprio com algo ou alguma coisa para além do que é humano, nomeadamente uma força

cósmica, uma realidade transcendente, ou Deus, e expressa-se através do culto e adoração da fonte de mistério do universo. Neste modelo a saúde espiritual é dinâmica e o desenvolvimento de BEE em cada um dos domínios contribui para o aprofundamento das relações nos restantes. O bem-estar espiritual global resulta do efeito combinado do bem-estar espiritual em cada um dos domínios. Esta conceptualização abrangente deu lugar ao desenvolvimento de um instrumento (SWBQ; Gomez & Fisher, 2003) que poderá fornecer um modelo mais adequado para a mensuração do constructo em pessoas com diferentes perspectivas culturais e/ou ideológicas sobre a espiritualidade (Moberg, 2002).

As experiências de lazer podem proporcionar oportunidades para desenvolver esta dimensão espiritual do bem-estar (Heintzman, 1999; Heintzman & Mannell, 2003). No âmbito da actividade física de lazer (AF), tem sido proposto que actividades como o Yoga ou o tai-chi (aqui designadas de actividades de inspiração oriental – AFO), podem contribuir para o processo de consciencialização e/ou reequilíbrio da dimensão espiritual, mecanismos estes considerados essenciais para o desenvolvimento de BEE (Chandler et al., 1992; Heintzman, 2002). Simultaneamente, praticantes de Yoga parecem atribuir ao “Oriente” e ao Yoga, expressões como “paz”, “equilíbrio”, “união entre mente e corpo” e “espiritual” (Almeida, 2003). Assumindo esta representação, praticantes que valorizem a espiritualidade poderão seleccionar estas actividades pelo seu potencial para o desenvolvimento desta dimensão.

Os resultados de Heintzman e Mannell (2003) sugerem ainda que os indivíduos que estão mais motivados para o lazer apresentam maiores níveis de BEE e têm maior probabilidade de o utilizar pelas suas funções espirituais. Também no âmbito do exercício físico tem sido demonstrado que a motivação intrínseca, competência percebida e auto-determinação, estão directamente associadas à persistência na prática e incremento dos seus benefícios psicológicos (e.g., Frederick & Ryan, 1993; Ingledew & Markland, 2007). Por outro lado, resultados de alguns estudos sugerem que as AFO poderão ser realizadas com maiores níveis de motivação intrínseca dos participantes do que outras actividades físicas de ginásio (e.g., Ryan et al., 1997). É provável que quem realiza a actividade por razões extrínsecas ou como escape, possa fazê-lo com menor auto-determinação, desenvolvendo níveis reduzidos de competência pessoal na actividade e experienciando conseqüentemente menor prazer com a prática (Markland, 1999; McAuley, Wraith, & Duncan, 1991).

O objectivo deste estudo foi assim, analisar a relação entre o tipo de actividade física (AF) praticada (Yoga vs Ginásio) e o BEE, explorando o possível papel moderador de variáveis motivacionais nesta relação. Espera-se que a prática de Yoga possa estar relacionada com maiores níveis de BEE mas esta relação poderá ser moderada pela motivação intrínseca na actividade.

MÉTODO

Participantes

Numa amostragem intencional, participaram 171 praticantes de Yoga ($N=102$) e de actividades de Ginásio (e.g., cardio-fitness, hidroginástica; $N=69$), de ambos os sexos ($F=126$) e com média de idades de 32 anos ($DP=12$). Em média, praticavam a actividade há mais de três anos ($M=3,83$; $DP=2,02$) e durante mais de três horas por semana ($M=3,40$; $DP=2,31$).

Material

O bem-estar espiritual (BEE) foi operacionalizado pela versão portuguesa (Gouveia & Ribeiro, 2008) do *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ; Gomez & Fisher, 2003). É uma escala de 20 itens, 5 por cada subescala de BEE (pessoal, comunal, ambiental e global). Os respondentes indicam, numa escala 5 pontos [muito pouco a totalmente], em que medida sentem que cada afirmação reflecte a sua experiência pessoal actual. O resultado do domínio é obtido pela média das respostas aos respectivos itens. Pode obter-se uma medida global de BEE pela adição dos domínios. Os autores originais apresentam bons resultados de fiabilidade e validade para todas as subescalas, com valores de consistência interna variando entre $\alpha=0,76$ e $\alpha=0,95$ (Gomez & Fisher, 2003). Os resultados preliminares da versão portuguesa do instrumento (Gouveia, Ribeiro, & Marques, 2008), apresentam também bons indicadores de consistência interna global ($\alpha=0,89$), oscilando as subescalas entre $\alpha=0,72$ e $\alpha=0,88$ e índices de ajustamento aceitáveis para um modelo de 4 factores correlacionados como proposto ($\chi^2/df=1,965$ $p<0,000$; $CFI=0,917$;

$RMSEA=0,064$ $p=0,02$). Nesta nossa amostra verificaram-se também bons valores de consistência interna ($\alpha=0,87-0,97$).

A motivação intrínseca foi conceptualizada multidimensionalmente através de três subescalas: (a) auto-determinação, medida pela escala de 3 itens do “Locus de Causalidade para Exercício” (LCE; Markland & Hardy, 1997), com valores favoráveis de consistência interna [original, $\alpha=0,83$ e nesta amostra $\alpha=0,75$]; (b) *percepção de competência*, medida pela subescala da versão portuguesa do “Intrinsic Motivation Inventory” (IMI; Fonseca, 1995; McAuley et al., 1989), com 4 itens e também com consistência interna aceitável [original, $\alpha=0,83$; vs. portuguesa $\alpha=0,74$ e nesta amostra $\alpha=0,71$]. Em ambos casos os participantes indicam, numa escala de concordância de 5 pontos, em que medida cada afirmação corresponde ao modo como encaram a prática da actividade física; e (c) o prazer/gosto na prática que foi medido pela escala *enjoyment* do “Exercise Motivations Inventory” (EMI-2; Markland & Ingledew, 1997) e é quantificado através da média das respostas dadas a um total de quatro itens, respondidos numa escala de seis pontos (0=nada verdade para mim; 5=muito verdade para mim). Valores consistência interna são igualmente positivos (original, $\alpha=0,90$; nesta amostra $\alpha=0,76$).

Procedimento

O preenchimento dos questionários fez-se de forma voluntária, junto de frequentadores de ginásios e de escolas de Yoga, e foi realizado maioritariamente antes de uma das suas sessões de actividade. A análise de dados foi realizada com recurso ao programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

A MANOVA a um factor revelou um efeito fortemente significativo do tipo de actividade física (Yoga vs ginásio) no compósito multivariado de BEE [Traço de Pillai=0,40; $F(4,165)=27,51$; $p<0,001$; $\eta^2_p=0,40$; potência=1,00]. As ANOVAS univariadas com teste de Welch (mais robusto para ausência de homogeneidade), revelam que os praticantes de Yoga apresentam níveis significativamente mais elevados em todas as dimensões e no total de BEE (ver Quadro 1).

Quadro 1

Médias, Desvio-Padrão (entre parêntesis), ANOVA com teste Welch e magnitude do efeito para comparação dos grupos de actividade física nos domínios de BEE

| Bem-estar espiritual | Actividade física | | F_w^* | η^2_p |
|----------------------|-------------------|----------------|---------|------------|
| | Yoga (N=101) | Ginásio (N=69) | | |
| Pessoal | 4,09 (0,62) | 3,22 (0,91) | 48,38 | 0,25 |
| Comunitário | 3,83 (0,69) | 2,95 (1,01) | 39,93 | 0,21 |
| Ambiental | 4,08 (0,77) | 2,61 (1,29) | 71, 85 | 0,34 |
| Global | 3,45 (0,97) | 2,01 (1,10) | 77,09 | 0,32 |
| Total BEE | 3,86 (0,65) | 2,70 (0,91) | 83,20 | 0,36 |

Nota. * $p \leq 0.001$

Papel moderador da motivação intrínseca na relação entre o tipo de actividade e o bem-estar espiritual

Vários modelos de Regressão Linear (*Durbin-Watson* ≤ 2 em todos os modelos), avaliaram a capacidade preditiva do produto Tipo de Actividade \times Variáveis Motivacionais para os níveis de bem-estar espiritual, verificando-se existirem interacções significativas ($p < 0,001$) em todos os casos. Ou seja, a relação entre o tipo de actividade física praticada e os níveis de bem-estar espiritual (tanto para o seu índice total, como em cada um dos seus domínios), é moderada pelo total de motivação intrínseca e pelas suas componentes.

Esta interacção permite explicar no entanto, uma percentagem relativamente reduzida da variabilidade do bem-estar espiritual ($0,18 < R^2 < 0,36$).

DISCUSSÃO

Os resultados mostram a existência de diferenças no Bem-estar espiritual em função do tipo de actividade física praticada sendo, como esperado, mais elevado nos praticantes de Yoga. No entanto a diferença encontrada nos níveis de bem-estar espiritual experienciados por cada grupo dependem dos níveis de motivação intrínseca vividos na actividade.

Globalmente, a exploração do sentido da interacção sugere que quando a motivação é mais intrínseca e os níveis de auto-determinação,

competência percebida e prazer/gosto são elevados, a diferença entre os grupos de Yoga e Ginásio é menos acentuada.

O papel da MI como moderadora do efeito do tipo de actividade no BEE vai ao encontro do sugerido por Heintzman e Mannell (2003). Estes resultados suportam igualmente a literatura quanto ao contributo destas variáveis motivacionais no potenciar dos benefícios da prática de actividade física (e.g., Frederick & Ryan, 1993). Estes efeitos poderão coadjuvar ou mesmo explicar as diferenças encontradas entre as modalidades no bem-estar psicológico. Estudos futuros deverão clarificar estas relações. Neste sentido deverá ser igualmente explorado um eventual modelo de mediação entre estas variáveis. Como o efeito das variáveis motivacionais poderá não se manifestar sempre do mesmo modo, dever-se-á clarificar também a contribuição respectiva de cada variável motivacional para o bem-estar espiritual associado à prática de actividade física de lazer.

A compreensão destes processos fornece ferramentas para a estruturação das actividades de modo a potenciar os seus benefícios psicológicos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J.R. (2003). *O Oriente que há em nós: O «Centro Nori»: Um estudo de caso da prática de yoga em Portugal*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Berlin, J.A., & Colditz G. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132, 612-628.
- Biddle, S., Fox, K., & Boutcher, S. (Eds.). (2000). *Physical Activity and Psychological Well-Being*. London: Routledge.
- Chandler, C.K., Holden, J.M., & Kolander, C.A. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling & Development*, 71, 168-175.
- Fisher, J.W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children Spirituality*, 4(1), 29-49.
- Fonseca, A.M., & Brito, A.P. (2001). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do *Intrinsic Motivation Inventory* (IMI_p) em contextos de actividade física e desportiva. *Análise Psicológica*, 1, 59-76.

- Frederick, C.M., & Ryan, R.M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior*, 16, 124-146.
- Gomez, R., & Fisher, J.W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.
- Gouveia, M.J., Pais-Ribeiro, J.L., & Marques, M. (2008). Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares. In I. Leal & J. Pais-Ribeiro (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 423-427) Lisboa: ISPA edições.
- Heintzman, P. (1999). Spiritual wellness: Theoretical links with leisure. *Journal of Leisureability*, 26(2), 22-30.
- Heintzman, P. (2002). A conceptual model of leisure and spiritual well-being. *Journal of Park and Recreation Administration*, 20(4), 147-169.
- Heintzman, P., & Mannell, R.C. (2003). Spiritual functions of leisure and spiritual well-being: Coping with time pressure. *Leisure Sciences*, 25, 207-230.
- Ingersoll, R.E., & Bauer, A.L. (2004). An Integral Approach to Spiritual Wellness in School Counseling Settings. *Professional School Counseling*, 7(5), 301-308.
- Ingledeu, D.K., & Markland, D. (2007). The role of motives in exercise participation. *Psychology and Health*, 1, 1-22.
- Markland, D. (1999). Self-Determination Moderates the Effects of Perceived Competence on Intrinsic Motivation in an Exercise Setting. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21, 351-361.
- Markland, D., & Hardy, L. (1997). On the factorial and construct validity of the intrinsic motivation inventory: Conceptual and operational concerns. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 68(1), 20-32.
- Markland, D., & Ingledeu, D. (1997). The measurement of exercise motives: Factor validity and invariance across gender of a revised Exercise Motivations Inventory. *British Journal of Health Psychology*, 2, 361-376.
- McAuley, E., Duncan, T., & Tammen, V. (1989). Psychometric Properties of the Intrinsic Motivation Inventory in a Competitive Sport Setting: A Confirmatory Factor Analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60(1), 48-58.
- McAuley, E., Wraith, S., & Duncan, T. (1991). Self-efficacy, perceptions of success and intrinsic motivation for exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 139-155.
- Mullan, E., & Markland, D. (1997). Variations in Self-Determination Across the Stages of Change for Exercise in Adults. *Motivation and Emotion*, 21(4), 349-362.

- Moberg, D.O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 9(1), 47-60.
- O'Connell, K.A., & Skevington, S.M. (2007). To measure or not to measure? Reviewing the assessment of spirituality and religion in health-related quality of life. *Chronic Illness*, 3, 77-87.
- Ryan, R.M., Frederick, C.M., Lepes, D., Rubio, N., & Sheldon, K.M. (1997). Intrinsic Motivation and Exercise Adherence. *International Journal of Sport Psychology*, 28, 335-354.

FLOW DISPOSICIONAL NA ACTIVIDADE FÍSICA
E BEM-ESTAR ESPIRITUAL: EXPLORAÇÃO DE UMA RELAÇÃO

*Maria João Gouveia¹ / José L Pais-Ribeiro^{1,2} /
Vanda França¹ / Marta Marques¹*

¹Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário; ²FPCE, Universidade do Porto

Actualmente, já existe confirmação empírica suficiente empírica sobre a relevância da espiritualidade para a saúde e qualidade vida (e.g., Sawatzky et al., 2005). O reconhecimento deste contributo conduziu à emergência do conceito de Bem-estar Espiritual (BEE). Este conceito tem sido definido e operacionalizado de diferentes modos, revelando perspectivas culturais ou ideológicas distintas (e.g., Moberg, 2002). Assumindo uma visão abrangente do construto, que validou empiricamente, Fisher (1999) concebe-o como uma forma de estar dinâmica que se expressa na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da sua vida: consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo ou Alguém que transcende o domínio humano. O domínio pessoal diz respeito à forma como uma pessoa se relaciona consigo própria em termos do significado, propósito e valores de vida. O domínio comunitário expressa a qualidade e profundidade das relações inter-pessoais no que diz respeito à moralidade, cultura e religião. Inclui sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade. O domínio ambiental consiste nas relações com o mundo físico e biológico (cuidar e proteger), expressando-se através da admiração e de sentimentos de união com a natureza. Por fim, o domínio transcendental refere-se à relação do próprio com algo ou alguma coisa para além do que é humano, nomeadamente uma força cósmica, uma realidade transcendente, ou Deus, e expressa-se através do culto e adoração da fonte de mistério do universo. O desenvolvimento de BEE em cada um dos domínios contribui para o aprofundamento das relações nos restantes. O bem-estar espiritual global resulta do efeito combinado dos diferentes domínios. Este modelo conceptual conduziu ao desenvolvimento de um instrumento (SWBQ; Gomez & Fisher, 2003) que poderá fornecer um modelo mais adequado para a mensuração do constructo em pessoas com diferentes perspectivas culturais e/ou ideológicas sobre a espiritualidade (Moberg, 2002).

Sendo o BEE simultaneamente um preditor e um possível resultado de saúde (Ingersoll, & Bauer, 2004; O'Connell & Skevington, 2007), é

importante conhecerem-se os comportamentos que para ele podem contribuir, bem como os seus preditores ou eventuais correlatos.

As experiências de lazer podem proporcionar oportunidades para desenvolver esta dimensão espiritual do bem-estar (Heintzman, 1999; 2002; Heintzman & Mannell, 2003). No âmbito da actividade física de lazer (AF), tem sido proposto que actividades como o Yoga ou o tai-chi podem contribuir para o processo de consciencialização e/ou reequilíbrio da dimensão espiritual, mecanismos estes considerados essenciais para o desenvolvimento de BEE (Chandler et al., 1992; Heintzman, 2002). Por outro lado, os estados psicológicos associados à prática podem ser relevantes para potenciar esses efeitos. Heintzman e Mannell (2003) verificaram por exemplo, que os indivíduos mais motivados para o lazer apresentam maiores níveis de BEE e têm maior probabilidade de o utilizar pelas suas funções espirituais.

É possível admitir que um estado de maior envolvimento, absorção e concentração na actividade, a experiencia de prazer associada e a motivação intrínseca (i.é., realizar-se a actividade pelo próprio prazer que proporciona), são características que podem estar associadas a maiores níveis de bem-estar espiritual.

Estas características são as que parecem melhor tipificar a experiência de Flow (Bakker, 2005; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Também por isto, tem sido este o conceito mais associado à espiritualidade no contexto da actividade física (e.g., Watson & Nesti, 2005).

O Flow é um estado psicológico óptimo, que corresponde a um sentimento de perfeita sintonia e envolvimento com a actividade em execução, desencadeando um profundo prazer (Csikszentmihalyi, 1990). O Flow emerge nas actividades em que o individuo percebe um equilíbrio desafiante e dinâmico entre as competências e as exigências percebidas na tarefa, pelo que o desporto e a actividade física proporcionam boas oportunidades para a sua ocorrência. As experiências de Flow têm sido amplamente estudado nestes contextos (Jackson & Csikszentmihalyi, 1999; Vlachopoulos, et al., 2000). Este conceito tem sido associado ao bem-estar psicológico e à espiritualidade, mesmo no contexto desportivo (e.g., Dillon & Tait, 2000).

Assim, o objectivo deste estudo será analisar as relações entre a frequência típica de experiência de flow (i.é., Flow disposicional) na prática de exercício e o bem-estar espiritual dos praticantes.

MÉTODO

Participantes

Numa amostragem intencional, participaram 173 praticantes exercício físico [Yoga $N=103$ e actividades de Ginásio (e.g., cardio-fitness, hidroginástica), $N=70$], de ambos os sexos ($F=126$) e com média de idades de 32 anos ($DP=12$). Em média, praticavam a actividade há mais de três anos ($M=3,83$; $DP=2,02$) e durante mais de três horas por semana ($M=3,40$; $DP=2,31$).

Material

Mediu-se o bem-estar espiritual (BEE) através da versão portuguesa (Gouveia, Ribeiro, & Marques, 2008) do *Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBQ)* (Gomez e Fisher, 2003). Trata-se de uma escala de 20 itens, 5 por cada subescala de BEE (pessoal, comunal, ambiental e global). Os respondentes indicam, numa escala 5 pontos [muito pouco a totalmente], em que medida sentem que cada afirmação reflecte a sua experiência pessoal actual. O resultado do domínio é obtido pela média das respostas aos respectivos itens. Pode obter-se uma medida global de BEE pela adição dos domínios. Os autores originais apresentam bons resultados de fiabilidade e validade para todas as subescalas, com valores de consistência interna variando entre $\alpha=0,76$ e $\alpha=0,95$ (Gomez & Fisher, 2003). Os resultados preliminares da versão portuguesa do instrumento (Gouveia, Ribeiro, & Marques, 2008), apresentam também bons indicadores de consistência interna global ($\alpha=0,89$), oscilando as subescalas entre $\alpha=0,72$ e $\alpha=0,88$ e índices de ajustamento aceitáveis para um modelo de 4 factores correlacionados como proposto ($Qui^2/df=1,965$ $p<0,000$; $CFI=0,917$; $RMSEA=0,064$ $p=0,02$). Na presente amostra verificaram-se também bons valores de consistência interna ($\alpha=0,87-0,97$).

O Flow disposicional foi operacionalizado através de uma versão portuguesa do Disposicional Flow Scale (DFS-2; Jackson & Marsh, 1996) actualmente em estudo de validação. Esta versão portuguesa foi desenvolvida a partir da versão Estado de Flow (FSS; Jackson & Eklund, 2004) proposta pelos autores e já adaptada por este grupo de investigação (Gouveia, Marques, & Vieira, 2008). A DFS-2 avalia a frequência típica de

experiência de Flow na prática de actividade física, através de um conjunto de 36 itens (4 por sub-escala) que medem as 9 dimensões de Flow propostas por Csikszentmihalyi (1990) e validadas por Jackson (1992) para o contexto de actividade física: equilíbrio tarefa-competência, envolvimento na tarefa, clareza de objectivos, percepção de desempenho, concentração, sensação de controlo e domínio da situação, experiência auto-télica, perda de auto-consciência, e alteração do tempo. É possível calcular o total de Flow pelo somatório das diferentes subescalas (Jackson & Eklund, 2002). Cada item refere-se aos pensamentos e emoções que se podem experienciar durante a prática de exercício e os respondentes devem indicar, numa escala de 5 pontos, a frequência com que habitualmente experienciam cada afirmação durante a sua prática daquele exercício específico. Quer a versão original, quer a utilizada neste estudo, apresentam valores de consistência interna bastante aceitáveis para as diferentes subescalas (original, $0,78 < \alpha < 0,90$ e nesta amostra $0,75 < \alpha < 0,91$).

Procedimento

O preenchimento dos questionários fez-se de forma voluntária, junto de frequentadores de ginásios e de escolas de Yoga, e foi realizado maioritariamente antes de uma das suas sessões de actividade. A análise de dados foi realizada com recurso ao programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Análise descritiva das variáveis Bem-Estar Espiritual e Flow Disposicional

No Quadro 1 apresentam-se os valores descritivos das várias dimensões e do total de Flow disposicional e do BEE, na amostra total e por sub-amostra em estudo. Verificam-se sempre valores médios de BEE mais elevados no Yoga que outro estudo do mesmo projecto revelou serem significativos (ver Gouveia, Ribeiro, Marques, & Marques, nestas actas). No Flow o padrão não é sistemático para as diferentes subescalas.

Quadro 1

*Médias, Desvio-Padrão (entre parêntesis) e variância
nos domínios de BEE e Flow*

| | Yoga | Ginásio | Amostra total |
|---------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Bem-Estar Espiritual | <i>M (DP) (N=103)</i> | <i>M (DP) (N=70)</i> | <i>M (DP) (N=173)</i> |
| Pessoal | 4,10 (0,62) | 3,24 (0,91) | 3,75 (0,86) |
| Comunitário | 3,83 (0,68) | 2,95 (1,0) | 3,47 (0,93) |
| Ambiental | 4,08 (0,77) | 2,65 (1,31) | 3,50 (1,24) |
| Global | 3,43 (0,99) | 2,05 (1,13) | 2,87 (1,25) |
| Total BEE | 3,68 (0,63) | 2,61 (0,89) | 3,24 (0,91) |
| Flow Disposicional | | | |
| Eq Tarefa-Competência | 3,4 (0,5) | 3,6 (0,6) | 3,5 (0,5) |
| Concentração | 3,6 (0,5) | 3,6 (0,6) | 3,6 (0,5) |
| Envolvimento na tarefa | 3,0 (0,8) | 3,4 (0,7) | 3,2 (0,8) |
| Perda de auto-consciência | 3,5 (0,9) | 3,1 (0,8) | 3,3 (0,9) |
| Sensação de controlo | 3,5 (0,6) | 3,8 (0,6) | 3,6 (0,6) |
| Clareza de objectivos | 3,7 (0,6) | 4,0 (0,6) | 3,8 (0,6) |
| Percepção desempenho | 3,4 (0,5) | 3,7 (0,5) | 3,5 (0,5) |
| Alteração do tempo | 3,5 (0,5) | 3,1 (0,7) | 3,3 (0,7) |
| Experiência Autotética | 4,6 (0,4) | 4,0 (0,7) | 4,4 (0,6) |
| Total Flow Disposicional | 3,5 (0,3) | 3,5 (0,4) | 3,5 (0,4) |

Efeito preditivo do Flow Disposicional para o Bem-Estar Espiritual

Vários modelos de Regressão Linear Múltipla (*Durbin-Watson* ≤ 2 em todos os modelos), analisaram a capacidade das várias dimensões do Flow disposicional para predizerem cada domínio e o total de bem-estar espiritual (ver Quadro 2). Verifica-se que as escalas de *envolvimento na tarefa* ($\beta < 0$), *alteração do tempo* ($\beta > 0$) e *experiência autotética* ($\beta > 0$), predizem significativamente o BEE ($p < 0,05$) em todos os modelos gerados, i.é., para o domínio pessoal, comunitário, ambiental, global ou transcendental e para o total de BEE ($0,23 < R^2_{ajust.} < 0,30$). O *equilíbrio tarefa-competência* e a *sensação de controlo* apenas se revelam preditores significativos do BEE pessoal ($\beta = 0,26$; $t = 2,68$; $p = 0,01$) e do BEE ambiental ($\beta = -0,26$; $t = -2,51$; $p = 0,01$) respectivamente. Enquanto a *experiência autotética* e a *alteração do tempo* têm sempre um efeito positivo no BEE, maior *envolvimento na tarefa* prediz um menor bem-estar espiritual em todos os casos ($\beta < 0$). Os valores de $R^2 < 0,50$ indicam, no entanto, uma reduzida capacidade dos modelos para explicar a variabilidade de cada dimensão do BEE.

Quadro 2

*Resultados dos modelos de Regressão Linear Múltiplos
para os domínios e índice total de bem-estar espiritual,
em função das variáveis de Flow disposicional*

| Flow Disposicional | Bem-Estar Espiritual | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|
| | Pessoal | | Comunitário | | Ambiental | | Global | | Total BEE | |
| | <i>Beta</i> | <i>t</i> | <i>Beta</i> | <i>t</i> | <i>Beta</i> | <i>t</i> | <i>Beta</i> | <i>t</i> | <i>Beta</i> | <i>t</i> |
| Eq. Tarefa-competência | 0,26 | 2,68** | 0,03 | 0,28 | -0,07 | -0,64 | -0,11 | -1,08 | 0,01 | 0,11 |
| Concentração | -0,14 | -1,84 | -0,10 | -1,29 | -0,07 | -0,87 | 0,04 | 0,57 | -0,07 | -0,92 |
| Envolvimento na tarefa | -0,29 | -3,85** | -0,22 | -2,71** | -0,17 | -2,06* | -0,28 | -3,49** | -0,07 | -3,50** |
| Perda de auto-consciência | -0,01 | -0,10 | -0,06 | -0,85 | 0,02 | 0,20 | 0,03 | 0,47 | -0,27 | 0,19 |
| Sensação de controlo | 0,02 | 0,19 | -0,10 | -0,96 | -0,26 | -2,51** | -0,15 | -1,44 | 0,01 | -1,59 |
| Clareza de objectivos | -0,00 | -0,01 | -0,07 | -0,72 | 0,05 | 0,56 | -0,09 | -0,96 | 0,01 | 0,07 |
| Percepção de desempenho | -0,01 | -0,09 | 0,22 | 1,93 | 0,18 | 1,53 | 0,17 | 1,47 | 0,16 | 1,53 |
| Alteração do tempo | 0,19 | 2,35* | 0,22 | 2,57** | 0,27 | 3,09** | 0,25 | 2,87** | 0,28 | 3,32** |
| Experiência Autotélica | 0,40 | 4,67** | 0,37 | 4,07** | 0,33 | 3,60** | 0,30 | 3,34** | 0,36 | 4,03** |
| <i>R² ajust</i> | 0,35 | | 0,25 | | 0,23 | | 0,25 | | 0,30 | |

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ Nota: Valores de *VIF* < 1 em todos os casos.

DISCUSSÃO

O objectivo deste estudo transversal foi explorar as relações entre o Flow disposicional (i.é., a predisposição para experienciar Flow com maior frequência na actividade física) e o Bem-estar espiritual.

Os resultados encontrados suportam o papel preditor de algumas das componentes do Flow disposicional, nomeadamente o envolvimento na tarefa, a percepção de alteração tempo e a experiência autotélica (i.é., o prazer sentido na actividade) para cada um dos quatro domínios de BEE (pessoal, comunitário, ambiental e transpessoal). Verificámos que uma maior frequência na percepção de alteração da noção de tempo durante a prática (passar mais rápido ou mais lentamente do que o habitual) e o facto de a actividade ser mais frequentemente experienciada como intrinsecamente gratificante (autotélica), parecem conduzir a maiores níveis de bem-estar espiritual dos praticantes. Por outro lado, um maior envolvimento na tarefa parece estar associado a menores níveis de BEE. Ambos os resultados poderão ser congruentes com o proposto por Chandler e colaboradores (1992). Por um lado, estas características da experiência nestas actividades poderão criar oportunidades para tornar mais consciente ou acessível a dimensão espiritual. Por outro, um

profundo envolvimento com a actividade física pode permitir alguma evasão das preocupações espirituais, fornecendo oportunidades de enraizamento ou ligação à realidade, contribuindo assim para o reequilíbrio espiritual (Heintzman, 2002). Uma melhor compreensão dos processos envolvidos é no entanto necessária.

As limitações da nossa amostra, quer em termos de dimensão quer de método de selecção, podem estar na origem da fraca magnitude preditiva dos modelos de flow encontrados. É portanto conveniente a sua replicação com outras amostras.

Sendo o Flow uma experiência óptima que é percebida como intensamente recompensadora, é possível que as actividades que mais proporcionam experiências de Flow, se possam tornar intrinsecamente motivantes, contribuindo assim para um envolvimento mais persistente na actividade (Csikszentmihalyi, 1990; Jackson & Csikszentmihalyi, 1999; Vlachopoulos et al., 2000). Por esse motivo, é importante que futuros estudos explorem as diferenças entre as actividades na probabilidade de proporcionarem experiências de Flow. A confirmarem-se também as diferenças entre as modalidades de exercício no bem-estar espiritual (ver Gouveia et al., nestas actas), será interessante que trabalhos futuros explorem o papel mediador do Flow na relação entre a prática de AF e o BEE.

REFERÊNCIAS

- Bakker, A. (2005). Flow among music teachers and their students: The crossover of peak experiences. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 26-44.
- Chandler, C.K., Holden, J.M., & Kolander, C.A. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling & Development*, 71, 168-175.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- Dillon, K., & Tait, J. (2000). Spirituality and being in the zone in team sports. *Journal of Sport Behavior*, 32(2), 91-100.
- Fisher, J.W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children Spirituality*, 4(1), 29-49.
- Gomez, R., & Fisher, J.W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.

- Gouveia, M.J., Pais-Ribeiro, J.L., & Marques, M. (2008). Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem Estar Espiritual: Resultados psicométricos preliminares. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.423-427). Lisboa: ISPA.
- Gouveia, M.J., Marques, M., & Vieira, J. (2008). Estudo confirmatório da estrutura interna da versão portuguesa do Flow State Scale. *Libro de Resúmenes del VI Congreso Hispano-Luso de Psicología del Deporte* (pp. 117-118) Cáceres: Consejo Oficial de Psicólogos de Extremadura.
- Heintzman, P. (1999). Spiritual wellness: Theoretical links with leisure. *Journal of Leisureability*, 26(2), 22-30.
- Heintzman, P. (2002). A conceptual model of leisure and spiritual well-being. *Journal of Park and Recreation Administration*, 20(4), 147-169.
- Heintzman, P., & Mannell, R.C. (2003). Spiritual functions of leisure and spiritual well-being: Coping with time pressure. *Leisure Sciences*, 25, 207-230.
- Ingersoll, R.E., & Bauer, A.L. (2004). An Integral Approach to Spiritual Wellness in School Counseling Settings. *Professional School Counseling*, 7(5), 301-308.
- Jackson, & Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow in sports*. Champaign, ILL: Human Kinetics.
- Moberg, D.O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of niversal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 9(1), 47-60.
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of Flow. In C.R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 89-105). New York: Oxford University Press.
- O'Connell, K.A., & Skevington, S.M. (2007). To measure or not to measure? Reviewing the assessment of spirituality and religion in health-related quality of life. *Chronic Illness*, 3, 77-87.
- Sawatzky, R., Ratner, P., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- Vlachopoulos, S., Karageorghis, C., and Terry, P. (2000). Hierarchical confirmatory factor analysis of the Flow State Scale in exercise. *Journal of Sports Sciences*, 18, 815-823.
- Watson, N., & Nesti, M. (2005). The Role of Spirituality in Sport Psychology Consulting: An Analysis and Integrative Review of Literature *Journal of Applied Sport Psychology*, 17, 228-239.

GÉNERO Y CIBERBULLYING

Maria Natividad Alonso Elvira / José Maria Ávilés Martínez /

Maria Jesús Irurtia / Suely Mascarenhas / Ana Almeida /

Denise Machado Duran Gutierrez / Iolete Ribeiro da Silva /

Rosenir de Souza Lira / Antônio Roazzi

El fenómeno del ciberbullying (acoso entre iguales a través del teléfono móvil o a través de Internet) presenta características propias y diferenciadas del bullying tradicional (Ávilés, 2009; Ávilés, et al., en prensa). Entre las relevantes en relación con el éxito escolar y el género queremos destacar su anonimato en la ejecución y su carácter indirecto. El supuesto anonimato que permite al agresor/a poder ejercer sus acciones sabiendo que nadie les observa, ni figuras de autoridad ni compañeros iguales, fomenta la idea en ellos, por una parte, de desinhibición (Willard, 2005) y la de que habrá una más que previsible falta de consecuencias para quienes perpetran las acciones del maltrato.

Estas dos situaciones ayudan a que las barreras inhibitorias, al no tener que exponer ningún tipo de riesgos al afrontar la agresión fomenta y favorezca que actuaciones que no se producirían en situaciones de bullying tradicional y presencial, en el caso del bullying virtual sea mucho más fácil que se produzcan. Chicos y chicas que por miedo a las consecuencias, o que por cálculo de la exposición al riesgo, no expondrían en esas situaciones, es posible que lo tuvieran más fácil en el ciberbullying. Ese cálculo de exposición al riesgo tiene mucho que ver con lo que uno tiene que ganar o perder en esas situaciones. De todos es sabido, y mucho más en los casos de agresores tradicionales (Olweus, 1998), el grado de éxito escolar que se ha descrito en ellos. Suelen ser chicos y chicas poco exitosos escolarmente, desvinculados en muchos casos del currículo y/o desmotivados de lo que la escuela les ofrece. Por tanto, con una carga aprendida de lo que pueden ganar-perder en la escuela y con una idea clara de desadaptación en la misma. Por el contrario, los chicos exitosos escolarmente y enganchados curricularmente al discurso escolar tendrían mucho más que perder en una situación de exposición al riesgo como es el hecho de afrontar como agresores una agresión directa y presencial. Es decir, el éxito o no éxito escolar podría separar a alumnos que calcularían la exposición al riesgo y aquellos que lo harían menos en una situación de bullying tradicional, directo y presencial. En los casos de bullying indirecto y de ciberbullying la separación no estaría tan clara, y de hecho, se favorecería la situación de que aquellos que nunca harían algo visible y reconocible tal vez tengan

menos inhibiciones para hacerlo en la distancia o aprovechando el anonimato. Es decir, el anonimato estaría favoreciendo que esas tendencias que el grupo y el contexto social controlan en algunos chicos/as por inapropiadas o inmorales, puedan salir a la superficie arrojadas por el anonimato desde un teléfono móvil o desde un correo electrónico.

Por otra parte, nos parece relevante en el tema que nos ocupa la relación del género con el carácter indirecto de estas formas de agresión a través del teléfono móvil o de Internet. Tradicionalmente (Hoover, Oliver, & Hazler, 1992; Ortega, 1990, 1992; Rigby, 1997) se han venido relacionando ciertos tipos de maltrato con cada sexo, asignando las formas más físicas y directas a los chicos y las formas más sociales e indirectas a las chicas. Sin embargo, algunos trabajos con muestras más recientes no confirman esa división tan claramente (Avilés, 2009; Avilés, et al. en prensa), aunque marcan cierta tendencia de las chicas hacia esas formas indirectas. Estos datos unidos al carácter indirecto que poseen las formas de maltrato on line, nos hace pensar en cierta relación entre el género y estas formas de ciberbullying. De igual forma nos parece importante confrontar la idea que chicos y chicas pueden tener de estas nuevas formas en relación con las tradicionales (Avilés, 2009) y cómo resuelven los casos cuando se les presentan.

Será, por tanto, necesario analizar el fenómeno del maltrato entre iguales en los marcos, espacios y nuevos lugares en que este se manifiesta estableciendo diferencias y semejanzas con el bullying tradicional y su relación con el grado de éxito y fracaso del alumnado en nuestros centros educativos, así como el papel que juegan chicos y chicas en esas dinámicas. La investigación indaga en las relaciones del ciberbullying con variables como el éxito-fracaso en el ámbito escolar y el género. Además explora su relación con variables relacionadas con el *ciberbullying*, a saber, rol que se ocupa en la dinámica *bully-victim*, las diferencias con el *bullying* tradicional, los sentimientos que se producen en los participantes, las formas más predominantes y la duración del acoso.

METODO

Participantes

Los sujetos que componen la muestra son 730 alumnos y alumnas de enseñanza secundaria obligatoria de ocho centros educativos públicos de Castilla y León y Galicia que han participado en la investigación después de

haber recibido formación sobre el fenómeno del bullying a través de la puesta en práctica de diversos programas de convivencia escolar en sus respectivos centros. La distribución por sexos puede observarse en la Tabla nº 1

Tabla 1
Distribución por lugar y sexo

| | Chicos | Chicas | Total |
|-------|--------|--------|-------|
| 1 ESO | 114 | 109 | 223 |
| 2 ESO | 69 | 69 | 138 |
| 3 ESO | 104 | 88 | 192 |
| 4 ESO | 58 | 68 | 126 |
| 1 BTO | 18 | 23 | 41 |
| Total | 363 | 357 | 720 |

Material

El instrumento que hemos empleado para la medición ha sido un autoinforme que aborda diferentes aspectos del bullying tradicional, el ciberbullying a través del móvil y el ciberbullying a través de internet (Ortega, Calmaestra, & Mora-Merchán, 2007).

Análisis Estadístico

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para el procesamiento estadístico de los datos con análisis de contingencia entre variables de estudio. Se valora la incidencia del ciberbullying en las escuelas y se analizan las variables éxito escolar y sexo en cada uno de las dimensiones que mide el instrumento. Para la variable éxito escolar se ha utilizado una escala en la que se sitúa a los sujetos en cuatro niveles de éxito escolar. A saber: (a) Saco buenas notas; (b) Voy aprobando todo; (c) Apruebo pero me quedan algunas; (d) Suspendo casi todas o todas.

RESULTADOS

Los resultados de la investigación se presentan distribuidos en apartados para su mejor comprensión y una más amplia exposición de ellos puede consultarse en una reciente publicación de una investigación más amplia

donde se analizan en el marco de otros análisis más extensos sobre el fenómeno del ciberbullying en educación secundaria obligatoria (Avilés, 2009; Avilés, Alonso, & Mascarenhas, 2009). En este informe de investigación sólo expondremos los datos relacionados con el éxito escolar y en relación con el género.

En general, como se puede observar en la Tabla nº 2, podemos afirmar que en el caso del *acoso a través de internet* son los sujetos con peores resultados académicos los que están más implicados como agresores, y en el caso de la victimización, están más implicados tanto aquellos que tienen peores resultados como los que obtienen más éxito escolar. En el caso del *acoso a través del móvil* los resultados con los agresores apuntan en ese mismo sentido, los más exitosos y los que fracasan. En el caso de la victimización la incidencia principal se centra en los que peores resultados obtienen.

Tabla 2
Dinámicas *bully-victim* y éxito escolar

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|------|-----|------|------|----------|------|------|------|-----|
| Intimidación sistemática | | | | | | | | | |
| Móvil | (a) | (b) | (c) | (d) | Internet | (a) | (b) | (c) | (d) |
| | 1,8% | 0% | 0,9% | 3,8% | 0% | 1,6% | 1,2% | 5% | |
| Victimización sistemática | | | | | | | | | |
| Móvil | (a) | (b) | (c) | (d) | Internet | (a) | (b) | (c) | (d) |
| | 0% | 0% | 0,6% | 1,3% | 3% | 2,4% | 2,7% | 3,8% | |
| Agresores agredidos sistemáticos | | | | | | | | | |
| Móvil | (a) | (b) | (c) | (d) | Internet | (a) | (b) | (c) | (d) |
| | 0% | 0% | 0,3% | 0% | | 1,2% | 0,8% | 0,6% | 0% |

A continuación presentaremos los resultados separados en las dimensiones analizadas, indicando las peculiaridades del ciberbullying a través del móvil y a través de Internet.

En cuanto a la *frecuencia de ocurrencia* no encontramos especiales diferencias entre los distintos niveles de éxito escolar y la prevalencia de ocurrencia de la intimidación o la victimización a través del móvil. Sin embargo, cuando comparamos los distintos niveles de éxito escolar con los niveles de prevalencia de intimidación por internet, encontramos diferencias ($p<0,001$) entre los sujetos que mejores resultados tienen y quienes suelen fracasar en los estudios, siendo estos últimos quienes están implicados en mayor grado en las agresiones a través de Internet. En este sentido encontramos significativamente más víctimas chicas exitosas

implicadas y más víctimas chicos sin éxito involucrados ($p<0,001$). En el caso de los agresores sin éxito encontramos significativamente más chicos ($p<0,001$), aunque se muestran más chicas entre las que agreden de forma no persistente. El *tiempo que duran las agresiones* a través del Móvil discrimina significativamente ($p<0,001$) a los sujetos de los distintos niveles de éxito escolar. Son los que peores resultados académicos obtienen quienes más la sufren tanto en un período de duración larga (“*más de un año*”) como en el período de duración más corto (“*menos de una semana*”). En estos casos son significativamente más las chicas que los chicos ($p<0,001$). Cuando el análisis lo planteamos en el acoso que se vehicula a través de la red de Internet encontramos una tendencia a la significación entre quienes padecen el acoso ($p<0,05$), especialmente entre quienes lo sufren “*más de un año*” y fracasan en los estudios respecto al resto, siendo preferentemente chicos. Mientras que en los períodos de acoso más cortos son las chicas quienes protagonizan significativamente el ciberbullying ($p<0,05$). La *modalidad elegida para acosar* no se relaciona con los distintos niveles de éxito escolar que analiza el autoinforme a través del móvil. Sin embargo, en el caso del género se produce una tendencia por parte de las chicas a utilizar con el móvil otras formas para acosar significativamente diferentes a las de los chicos aunque no están entre las indicadas en el autoinforme ($p<0,001$). Si el terreno es internet los chicos reciben significativamente más que las chicas por el correo electrónico el maltrato y son más víctimas quienes tienen pobres resultados académicos. También en Internet son las chicas que tienen éxito quienes significativamente eligen otras formas no indicadas en el autoinforme como las vías en que sufren el acoso. En cuanto a las *formas de reaccionar ante el acoso*, son los amigos/as los principales destinatarios de esas reacciones (petición de ayuda), entre quienes tienen de cierto éxito escolar respecto al resto, en lo que se refiere a la comunicación de las agresiones recibidas por el móvil. En este sentido son más las chicas que los chicos quienes manifiestan esta reacción. Estas diferencias son significativas ($p<0,001$). También suelen ser estos mismos alumnos, diferenciadamente respecto a los otros ($p<0,001$), quienes suelen reaccionar agrediendo como respuesta a lo que recibieron, indistintamente chicos o chicas. Cuando el cibermaltrato se produce en Internet, son los alumnos exitosos quienes se diferencian significativamente ($p<0,005$) del resto en cuanto a la reacción de comunicar con sus amigos/as para buscar ayuda cuando reciben el ciberacoso, encontrándose las chicas significativamente más representadas entre ellos ($p<0,05$). De igual forma

son las chicas las que suelen devolver la misma respuesta que reciben ante los ataques por internet más significativamente que los chicos ($p<0,05$). Los *sentimientos que produce el cyberbullying*, cuando el acoso es a través del móvil, se diferencian por éxito escolar entre los agresores, entre los sujetos de más y de menos éxito escolar ($p<0,001$) y por la existencia o no de conciencia, cuando atacan, de que la víctima está y se siente sola. Entre las víctimas el sentimiento de “*no me afecta, no siento nada*”, se localiza diferenciadamente entre quienes fracasan escolarmente ($p<0,01$) respecto a los demás.

Son significativamente más los chicos que “*no les afecta, no sienten nada*” que las chicas. Si consideramos el acoso a través de Internet respecto al éxito escolar, quienes agreden presentan diferencias entre los sujetos que fracasan respecto al resto ($p<0,005$), en la conciencia que tienen de los sentimientos de soledad que posee la víctima que atacan. Entre quienes son victimizados, son los sujetos de cierto éxito escolar quienes diferenciadamente reconocen que sienten más que el resto que se sienten mal cuando son atacados ($p<0,01$). Sin embargo entre las víctimas que no obtienen éxito escolar son los chicos significativamente más que las chicas quienes se reconocen sentimientos de tristeza ($p<0,01$).

DISCUSIÓN

De los datos resultantes podemos recoger la idea de posición preferente para el alumnado que fracasa escolarmente y suspende prácticamente todas las materias curriculares, entre quienes son victimizados y son agresores. Es decir, los chicos y chicas que fracasan en la escuela están en riesgo, entre otras situaciones, de sufrir el ciberacoso y de poder ponerse en una posición de agresores. Sin duda, se trata de perfiles coincidentes también en el caso del bullying tradicional. Tanto agresores como víctimas, en general, se muestran perfiles no exitosos escolarmente (Olweus, 1998) aunque sobre todo entre las víctimas también suelen darse perfiles que contrastan con esa posición (Avilés, 2006), como es el caso de las víctimas seguras y brillantes académicamente hablando. Las acciones de cyberbullying por Internet suelen relacionarse con perfiles de agresores con altos grados de fracaso, especialmente entre los chicos y con perfiles de víctimas tanto exitosas como no exitosas escolarmente. En el caso de la victimización los perfiles de éxito corresponden más a las chicas y los de

fracaso más a los chicos. El caso de los agresores y de las víctimas sin éxito puede interpretarse como un reflejo de lo ya ocuriente en el bullying tradicional, donde sus grados de fracaso son conocidos. Sin embargo, en el caso de las víctimas con éxito, la red de internet se manifiesta como un canal frecuente de respuesta a los ataques, al reconocer las víctimas que usan esos mismos recursos para defenderse. Es interesante notar en este punto el componente femenino frente a los chicos de esta vía preferente de respuesta ante los ataques. Además, podemos añadir a esa interpretación de género el carácter indirecto del ciberbullying como forma de maltrato, cuestión que está en la línea del bullying preferido por las chicas.

Por otra parte, el sentido de anonimato en la red puede favorecer en quienes la usan la pérdida de barreras inhibitorias que suelen funcionar en el bullying presencial. Este hecho se ha puesto de manifiesto en algunas investigaciones (Willard, 2005; Ybarra y Mitchell, 2004) tanto para el alumnado participante en el ciberbullying en general, como en los análisis pormenorizados de ciberagresores y cibervíctimas. Esto significaría que chicos y chicas que no se atreven a ejercer el acoso o a responder con acoso a los ataques que reciben, puedan desde la protección anónima de la red atreverse a ejercerlo o a responder a los ataques con la misma moneda. Es decir, la red podría estar jugando en el ciberacoso un papel de escenario en el que se ensayan y representan acciones que de otra forma no se podrían llevar a cabo en directo, en el caso de algunos chicos y chicas. En este sentido, se han descrito algunos riesgos sobre dobles comportamientos en sujetos, uno más agresivo y virtual y otro más ajustado a las normas de interacción social y presencial. Más allá de lo idóneo para ensayar posibles identidades en una edad adolescente en la que los púberes tienen que tener esas oportunidades, estas prácticas en exceso pueden también acarrear riesgos. Uno de ellos puede ser favorecer la conformación de una tendencia a construir rasgos de personalidad dual – una virtual y otra presencial. Por otra parte, la puesta en práctica en la red de esas acciones que no son capaces de llevar a cabo en lo físico, podría favorecer en el individuo prácticas de riesgo, como la ocultación de las identidades en la red, adopción de identidades falsas, suplantación de identidades, etc., lo que nos podría enfrentar a fenómenos como el *grooming* y otras formas de extorsión o abuso.

En definitiva, trabajar por la reducción del fracaso escolar en nuestras escuelas supone hacer una labor preventiva también en la evitación de conductas de riesgo en el ciberacoso, tanto en lo que tiene que ver con los agresores como con las víctimas. Sin embargo, cualquier labor preventiva

supone incorporar en las dinámicas organizativas y curriculares de los centros educativos herramientas que eduquen en un uso equilibrado y adecuado de esas nuevas tecnologías. En definitiva, las intenciones de acosar y abusar de otros son tan moralmente inaceptables en lo físico como en lo virtual, por ello habrá que combatir el bullying en su esencia y posibilitar pautas educativas para construir relaciones interpersonales en lo físico sanas y un uso adecuado de las nuevas tecnologías que no propicien el abuso o la dominación.

REFERENCIAS

- Avilés, J.M. (2006). *Bullying: El maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela*. Salamanca: Amarú.
- Avilés, J.M. (2009). Ciberbullying. Diferencias entre el alumnado de secundaria. *Boletín de Psicología*, 96, 79-96.
- Avilés, J.M., & Alonso, M.N., & Mascarenhas, S. (2009). Perfiles e incidencia del ciberbullying a través del móvil y en internet durante la educación secundaria obligatoria. *I Congresso de pesquisas em Psicologia e Educação Moral* (pp. 586-592). Anales Electrónicos. Universidad de Campinas (Brasil),
- Avilés, J.M., Alonso, M.N., Mascarenhas, S., Almeida, A., Duran, D.M., da Silva, I., Lira, R., & Roazzi, A. (en prensa). Ciberbullying y Género. *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Actas del Congreso.
- Avilés, J.M., Alonso, M.N., Mascarenhas, S., Almeida, A., Duran, D.M., da Silva, I., Lira, R., Roazzi, A., & Irurtia, M.J. (prensa). Bullying y Género. *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Actas del Congreso.
- Hoover, J. H., Oliver, R., & Hazler, R.J. (1992). Bullying: Perceptions of adolescent victims in the Midwestern USA. *School Psychology International*, 13, 5-16.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.
- Ortega, R. (1992). Violence in Schools. Bully-victims Problems in Spain, *Vth. European Conference on Developmental Psychology*, (pp.27). Sevilla.
- Ortega, R., Calmaestra, J., & Mora-Merchán, J. (2007). *Cuestionario Ciberbullying*. Documento no publicado: Universidad de Córdoba.
- Rigby, K. (1997). What children tell us about bullying. *Children Australia*, 22, 28-34.

- Willard, N. (2005). Educator's guide to cyberbullying and cyberthreats: Responding to the challenge of online social aggression, threats and distress. <http://www.csriu.org/cyberbully/docs/cbcteducator.pdf> (16 diciembre 2008).
- Ybarra, M., & Mitchell, K. (2004). Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, internet use, and personal characteristics. *Journal of adolescence*, 27, 319-336.

INTERVENÇÃO MÉDICA E PSICOLÓGICA PARA FAMÍLIAS COM ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E VIOLÊNCIA

Marília de Siqueira / Maria Aparecida M. Colacique / José T. Rosa

Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo

Ao depararmos com a palavra violência tão em voga nos jornais, televisão, mídia de toda a espécie, sentimos um forte desvio do senso humanitário que rege a espécie humana. Gostaríamos de estar bem longe desses problemas, mas, infelizmente logo constatamos que tudo está muito próximo de todos nós, muito mais do que poderíamos supor ou conceber. Torna-se necessário enfrentar e tentar minimizar tanto a ocorrência, como as consequências.

É um mal inevitável da sociedade contemporânea, materializada e desprovida de qualquer atitude de compaixão, embora possa ser evitado, desde quando se têm consciência do seu germe, do local onde se incorpora e da natureza do substrato em que se infiltra.

Stork e Echevarría (1999), enfatizam que:

“La persona necesita de otras para comportarse a lo que es y alcanzar su plenitud: no hay yo sin tu. Las relaciones interpersonales no son un accidente anãdido, del que se pueda prescindir. Entender esto es entender al hombre: su ser es ser-con otros, con el mundo. Como se ha mostrado ya el hombre no existe sin más, sino que es-con, coexiste con los demás y com la naturaleza, y esse coexistir es su mismo existir”.

A relação de uma criança com a sua mãe ou com quem faz o papel desta, pode ser tanto eficaz como problemática, faz-se necessário o profissional da saúde (médico ou psicólogo) conscientizar as famílias, e as futuras mães, da prioridade do vínculo estabelecido desde início da inter-relação mãe-bebê.

Winnicott, afirma que não existe um bebê sem uma mãe. Jan Abram (2000) relata que: “Assim, tanto a comunicação inconsciente quanto os estados afetivos referentes à mãe e ao bebê estão intrinsecamente ligados à habilidade da mãe em identificar-se com seu bebê (fundir-se). O bebê cuja mãe encontra-se envolvida por essa identificação tão intensa e beneficia-se da experiência de sentir-se compreendido. Winnicott sugere que a experiência de mutualidade depende tanto da mãe, em função de sua identificação com o filho, quanto do bebê, por causa de seu potencial interior de crescimento. Para o bebê isto constitui-se em um grande feito”.

A violência contra as crianças age como um vírus enfraquecido que espera a oportunidade para crescer, e lançar seu braço desleal no terreno propício da vulnerabilidade.

O termo deriva do latim “*violentia*” de “*vir*”, força, vigor: aplicação de força contra qualquer coisa ou ente. Mas o termo é amplo, podendo indicar o uso excessivo da força.

Também se diferencia do termo força, que cotidianamente usamos de forma mais suave, para conseguirmos algo, com “força de vontade”. Na acepção filosófica, usa-se o termo força como energia ou firmeza para algo. Neste sentido a violência caracteriza-se pela ação impaciente e baseada na ira para alcançar o fim desejado.

Segundo o Thomas Hobbes, há três causas da contenda humana: primeiro pela competição que leva a invadir pelo ganho; segundo pela deficiência que leva a invadir pela insegurança; e em terceiro lugar pela glória, que leva a invadir pela reputação.

Na primeira hipótese, no caso de um pai, mãe ou chefe de família, leva-o a assenhorear-se da pessoa, filhos, bens alheios; na segunda situação, leva a invadir, para defendê-los, e na última suposição, para ganhar o sorriso, o afeto de parentes ou amigos; ganhar uma profissão, ou uma nação.

Pinker, em uma análise recente, afirma que a violência não é um impulso primitivo e irracional, tampouco uma “patologia” (Pinker, 2004). Ao invés disso, ela é fruto da interrelação dos organismos sociais racionais, movidos pelo auto-interesse. Com este novo termo “interesse”, entramos em uma segunda análise do termo violência.

Violência é um termo muito aparentado com o violar. Numa consulta ao Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, de Aurélio Buarque De Holanda Ferreira, a violência é “a qualidade ou caráter de violento / Ação violenta: cometer violências. / Ato ou efeito de violentar. Opressão, tirania: regime de violência. / Direito Constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém” (Ferreira, 2004).

Existem termos sinônimos, que são: transgredir, invadir o direito alheio. A violência, pelo que se depreende do próprio conceito, é uma estratégia de poder, porque viola o direito de outrem. Como foi visto em linhas acima, uma estratégia de interesse.

Vivemos atualmente submersos em um mundo em que alguns meios de comunicação se propõem como modo de ação a garantia de respeito aos direitos humanos, porém, por não abrir mão do que se chamou de estratégia do poder, eles fazem uso da estratégia do interesse.

Estes meios de comunicação de massas, chamados conjuntamente de “mídia” são hábeis em usar a informação como instrumentos de interesse e de poder. Estudam como atingir, como penetrar no campo alheio, através da análise do terreno, seus hábitos, preferências, pontos de vulnerabilidade. Lançam seus produtos, tendo como meta o consumo dos mesmos. Quanto mais vulnerável e despreparado for o alvo, maior o alcance do objetivo. Assim a mídia usa as estratégias da violência, para conseguir seu intento, pois abate, desarma e atingem os desavisados, os vulneráveis. Quem mais vulnerável e frágil que uma criança? Usam também a mentira. Esta desfoca o sentido da ação, usa de disfarces, camufla o mau sentido na aparência de bom, distorcendo o objetivo e a consequência do ato.

No caso da violência contra a criança o disfarce é a diversão: um brinquedo, um doce, a manipulação de um sentimento e o estímulo a uma curiosidade inadequada. Um exemplo clássico de manipulação da vulnerabilidade infantil encontra-se no livro de Charles Dickens, *Oliver Twist* onde mostra o horizonte sombrio de um orfanato do século XVIII, onde crianças indefesas e o próprio Oliver, protagonista, são humilhados e usados para a mendicância. Panorama muito próximo ao que vivemos neste país (Dickens, 2007). Dickens enfoca de maneira admirável a inocência e fragilidade, de um lado, e o poder, a cobiça e a corrupção dos bons sentimentos, de outro, num duelo inesquecível de sobrevivência.

O tema do poder como chamada para a reflexão sobre os valores de bem, de dádiva, foi explorado por vários autores, entre eles o psicanalista Victor Frankl, o estadista M. Gandhi, e J.R.R.Tolkien, o autor da trilogia *O Senhor dos Anéis* (2009). No século XIX, Gandhi (1869-1948) alertou sobre esta forma de escravidão, o mau uso do poder, pregando a não violência como forma de luta para a conquista. Tolkien (século XXI) no livro *O Senhor dos Anéis*, explora o fascínio exercido pelo Anel, símbolo do Poder: seu deslumbramento transformava quem o usasse ou possuísse num ser escravizado (Tolkien, 2009).

Pode-se dizer que o poder leva à agressão para conseguir o que se pretende, ainda que seja manipular um ser indefeso e frágil, chegando até mesmo ao abuso sexual, quando não se toma medidas de controle e preventivas para as famílias e destas para a sociedade.

Kornas-Biela (2007), comenta que:

“A expansão do fenômeno do abuso sexual é devida à separação da personalidade humana do conceito integral de homem (o sexo adquire autonomia) e o sexo assume um valor mais alto na vida (o sexo torna-se um deus, um fetichismo sexual), assim como a sexualidade fica privada dos seus valores éticos e religiosos”.

Diante do panorama atual da identificação da violência familiar, foi diagnosticado o grande sofrimento por parte das crianças que serão os adultos de amanhã com grandes seqüelas que passaram de geração em geração.

OBJETIVOS

Este trabalho se propõe a refletir sobre as estratégias de ação no fortalecimento de condutas formativas que os pais podem aplicar adequadamente no decorrer da atuação como educadores. Em dois âmbitos: na família, como conscientização de suas próprias atitudes repercutindo na conduta de seus filhos e extra-familiar, sobre a prevenção de atitudes sociais que se impõem como violência camuflada em forma de diversão para as crianças.

MÉTODO

Os médicos testemunham à lacuna de cada situação familiar e sua respectiva marca na conduta infantil; os psicólogos consideram a deficiência rastreada e tratada por consultas terapêuticas junto aos familiares e à própria criança. A duração do processo foi de 10 anos, com aproximadamente 100 casos, sendo com a frequência de uma a duas consultas por semana, na perspectiva winnicottiana.

Tanto a medicina como a psicologia, atuam no sentido não só de identificar as situação conflitivas, mas de ações profiláticas frente as famílias, ou pessoas que cuidavam das crianças, bem como os Abrigos que estão se deparando com esses problemas, advindos de encaminhamentos externos e que não sabem como conduzir as crianças e adolescentes.

RESULTADOS

Foram desenvolvidas atividades em nível familiar e ambiental, conforme ilustra o Quadro 1 abaixo.

Quadro 1

Características das intervenções médica e psicológica

| Intervenção | Médica | Psicológica |
|----------------------------|--|--|
| <i>Familiares</i> | Tempo dispensado com a criança | Fortalecimento do vínculo com a criança |
| | Tipo de conduta empregado para controlar o uso dos meios de comunicação | Aperfeiçoar os métodos empregados para minimizar os fatores agressivos / pornográficos |
| | Reorganização do tempo gasto com a criança diante da TV ou Internet | Exploração e entendimento dos fatores que deixaram a criança exposta a comunicação nociva a vivência infantil |
| | Conversas sobre a violência do casal ou dependência de droga e álcool frente à criança | Consultas terapêuticas com o casal / pai / mãe, na tentativa de proporcionar o holding, melhorando relações afetivas |
| | Orientação às mães solteiras, avós que cuidam das crianças em sofrimento | Acolhida aos familiares, compreensão e alívio do sofrimento |
| | Diversão conjunta da família | Orientação para o aproveitamento do tempo livre e estimulação do brincar (fortalece os vínculos familiares) |
| | Verificar como lidam com a parte financeira | Como a criança compreende a situação financeira da família |
| <i>Questões Ambientais</i> | Reação dos pais frente às perguntas dos filhos | Orientação sobre o gesto espontâneo ao lidar com os questionamentos da criança |
| | Estar próximo das amizades das crianças | Fortalecimento da amizade entre as crianças, estimulando o aumento da tolerância ao outro |
| | Acompanhar o desenvolvimento escolar | Proporcionar qualidade no aprimoramento do aprendizado |

A orientação em relação aos pais, avós, tias e pessoas que trabalhavam nos abrigos com proximidade às crianças, tornaram-se eficaz em função do acolhimento por parte dos profissionais, aliviando a culpa e promovendo um colóquio sobre cada situação que era trazida e assim o incentivo para a continuidade das entrevistas passou a ser cada vez mais produtivo.

No Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA no Art. 5º. “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (Presidente da República do Brasil, 1990).

Foi-se verificando a conscientização cada vez maior do compromisso que cada membro da família tinha frente ao cuidar de uma criança e a sua responsabilidade pessoal de procurar estar atuando no desenvolvimento deste.

Bringiotti (2005, p. 5), afirma que a problemática da violência familiar e do mal trato infantil, deve-se a disfunções na qualidade dos vínculos entre as pessoas dentro do lar e as medidas sócio-educativas ajudam na

reelaboração das capacidades da organização das relações humanas na própria família.

O trabalho com os responsáveis foi feito de forma amistosa, em posição de companheirismo e adequação ao encontro de novas estratégias de ação, podendo dar um modelo para a criança diferente do que ela internalizou. É interessante notar o quanto de idéias surgem por parte deles próprios frente às discussões sobre o que fazer. Aparece o lado afetivo que é apaziguador, até mesmo com um sorriso, com a doação ou colaboração do fazer junto alguma coisa com a criança.

As humilhações por parte dos responsáveis se tornaram escassas diante das mudanças de atitudes que passaram a dispensar para as crianças.

Milani e Loureiro (2008) relatam que:

“a infância não é um período protegido da influencia de eventos negativos, pelo contrário, pode ser permeada por situações adversas inerentes ao contexto proximal familiar ou ao contexto social mais amplo. Nesse sentido, as dificuldades comportamentais, muitas vezes, emergem associadas a esses contextos de vida, o que sugere a necessidade de estudos sistemáticos desenvolvidos junto a criança expostas a riscos psicossociais que poderão instrumentar programas de intervenção relativos a tal população” (p. 1).

Quanto mais estudos nessa área, para diagnosticar logo no início as dificuldades com a violência, mais eficazes serão os antídotos que forem usados para minimizar os efeitos de uma conduta futura inadequada. Quem sofre violência na infância, acaba tornando-se um adulto que gera violência.

O fortalecimento dos laços de família mostrou-se eficaz para a proteção dos filhos, acionando fatores que minimizam a progressão da violência e mesmo sua reincidência.

A criança que foi exposta às situações de violência, faz-se necessário oferecer um antídoto, conversar sobre a dor e o sofrimento diante do ocorrido, ajudar a minimizar a desconfiança, junto com o conhecimento da vivência que passou.

DISCUSSÃO

Foi verificado que a pronta identificação do problema pela medica e a orientação e motivação dos pais para oferecer o suporte informativo e

afetivo dentro da família foi uma importante etapa da diminuição da violência infantil, inclusive o abuso sexual muitas vezes associado também a negligencia e adultos.

REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Dickens, C. (2007). *Oliver Twist [Eyewitness classics: Oliver Twist]* São Paulo: Companhia das Letrinhas.
- Ferreira, A.B.H. (2004). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. São Paulo: Positivo.
- Kornas-Biela, D. (2007). *Lexicon. Termos Ambíguos e discutidos sobre família vida e questões éticas*. Brasília: Edições CNBB.
- Milani, R.G., Loureiro, S.R. (2008). Famílias e violência doméstica: Condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. *Psicol. Cienc. Prof. [online]*, 28(1), 50-67.
- Pinker, S. (2004). *Tabula rasa: A negação contemporânea da natureza humana*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Presidente da República do Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF: Governo Federal.
- Tolkien, J.R.R. (2009). *O Senhor dos Anéis*. São Paulo: WMF.
- Yepes, R., & Aranguren, J. (1999). *Fundamentos de Antropología: Um ideal de la excelência humana*. Madrid, Espanha: EUSA.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA:
PRIMEIROS ELEMENTOS DE VALIDAÇÃO DA
VERSÃO PORTUGUESA DO INVENTÁRIO SISTÉMICO
DE QUALIDADE DE VIDA PARA CRIANÇAS (ISQV-C)

Marta Fonseca / Elisabeth Spitz

Universidade Paul Verlaine, Metz (França)

Estudo financiado pela FCT (SFRH/BD/35869/2007)

O conceito de *qualidade de vida* (QdV) na criança é recente e subinvestigado relativamente ao do adulto. Apesar do amplo reconhecimento acerca da sua importância, subsistem dificuldades quanto à definição, conceptualização e avaliação da QdV infantil. De um modo geral, a literatura evidencia a ausência de uma definição consensual de QdV, bem como um pobre desenvolvimento de modelos teóricos subjacentes aos diferentes instrumentos de avaliação da QdV.

A emergência e o desenvolvimento do conceito de QdV inscrevem-se fundamentalmente no domínio da saúde e da doença. Os progressos da medicina aumentaram de forma significativa o número de crianças que vivem com doença crónica, o que, por sua vez, contribuiu para o surgimento do termo QdV associado às consequências psicológicas e sociais das doenças pediátricas crónicas não avaliadas através do recurso a “outros” instrumentos de avaliação. De um ponto de vista mais global, não apenas relacionado com a saúde, o termo QdV testemunha um interesse recente e crescente pelos aspectos qualitativos da vida, colocando-se a questão “o que é uma vida de qualidade e como podemos avaliá-la?”.

Inicialmente, a avaliação da QdV assentava em aspectos objectivos, relacionados essencialmente com o grau de aptidão de um indivíduo para exercer, por exemplo, funções motoras, visuais, auditivas, de autonomia. Posteriormente, começaram a surgir trabalhos focalizados nas estratégias de *coping* das famílias, passando o discurso a centrar-se na vivência subjectiva e nas competências da criança e da família (Manificat, Guillaud-Bataille & Dazord., 1993). No seguimento destes trabalhos, na última década foram surgindo instrumentos de avaliação centrados numa visão global da criança, que incorporam domínios de vida não apenas físicos, mas também psicológicos e sociais. De facto, o carácter multidimensional da QdV constitui uma característica consensualmente aceite pela comunidade científica. Se o número de dimensões varia em

função dos autores, as dimensões física, psicológica e social, que se organizam em sub-dimensões, encontram-se integradas na maior parte dos instrumentos de avaliação da QdV infantil (Rajmil et al., 2004).

Na opinião de Missotten, Etienne, e Dupuis (2007), um dos problemas conceptuais da avaliação da QdV prende-se com o facto de esta ser avaliada essencialmente no “aqui e agora”, sem levar em linha de conta as expectativas da criança, o seu projecto de vida, os seus comportamentos orientados para a prossecução de objectivos pessoais. Se, efectivamente, os conceitos de *objectivos* e *expectativas* são elementos centrais da definição de QdV assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), poucos são os autores que desenvolveram uma forma operacional de os avaliar (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995; Connolly & Johnson, 1999; Davis et al., 2006; Eiser & Morse, 2001a,b; Matza et al., 2004). Um primeiro instrumento, o *Exeter Health-Related Quality of Life Questionnaire* (EHRQL) (Eiser, Vance, & Seamark, 2000), considera a QdV como a diferença, num dado momento, entre os desejos e as expectativas de um indivíduo e a percepção acerca da sua experiência presente, tal como já havia sido proposto por Calman (1984). O modelo teórico sobre o qual assenta este instrumento baseia-se na hipótese segundo a qual uma fraca QdV resulta de diferenças notáveis entre a avaliação que a criança faz do seu estado actual e aquilo que ela deseja para si própria.

A avaliação da QdV infantil implica também considerar a criança como estando em constante mudança e desenvolvimento. Actualmente, desde que os instrumentos de avaliação da QdV deixaram de ser constituídos por meras afirmações sobre informação funcional da vida dos indivíduos, a criança é tida como sendo a pessoa mais indicada para expressar a percepção que tem acerca da sua própria QdV. A opção por instrumentos de auto-avaliação implica levar em consideração aspectos desenvolvimentais, tais como o nível de desenvolvimento cognitivo e de capacidade de atenção/concentração da criança, o seu grau de dependência e de capacidade de se pronunciar sobre o seu estado de satisfação. Consequentemente, torna-se difícil e desadequado procurar aplicar um único instrumento de avaliação da QdV a crianças de faixas etárias diferentes. A estratégia mais viável constitui a criação de múltiplos formatos de instrumentos de auto-avaliação para diferentes grupos de idades. Estes formatos deverão variar ao nível do conteúdo, extensão, tipo de escala de resposta e grau de independência requerida para o completar (Wallander et al., 2001; Matza et al., 2004).

Na literatura, existem três tipos distintos de instrumentos de avaliação da QdV: *genéricos*, *específicos* e *modulares*. Os *genéricos* dirigem-se a qualquer indivíduo, esteja ou não doente (Rodary, 2000), permitindo estabelecer comparações entre crianças doentes, entre crianças saudáveis, entre crianças doentes e crianças saudáveis. A sua principal limitação diz respeito à falta de sensibilidade para avaliar aspectos específicos fundamentais da QdV das crianças que sofrem de uma determinada patologia. Os *específicos* aplicam-se a indivíduos que sofrem de uma determinada doença – e.g., asma, diabetes, obesidade, cancro (Rodary, 2000). Têm a vantagem de se revelarem mais sensíveis às implicações/consequências das diferentes intervenções médicas na QdV das crianças. Contudo, por serem efectivamente específicos, não permitem comparar a QdV de crianças que sofrem de doenças diferentes (Levi & Drotar, 1998). Por último, os *modulares* conjugam elementos genéricos e específicos, o que lhes permite combinar as vantagens dos outros dois tipos de instrumentos de avaliação da QdV: são constituídos por uma escala genérica, o que significa que podem ser administrados a crianças doentes e a crianças saudáveis, a qual é complementada com um módulo específico para crianças que sofrem de uma determinada patologia. A literatura mais recente incentiva uma abordagem modular para a avaliação da QdV infantil (Eiser & Jenney, 2007; Eiser & Morse, 2001b; Nathan, Furlong, & Barr, 2004).

O presente trabalho pretende apresentar os primeiros elementos da adaptação da versão portuguesa da parte genérica do *Inventário Sistemático de Qualidade de Vida para Crianças* (ISQV-C) (Missotten, 2005, 2008). Trata-se de um instrumento modular, cujo módulo relativo ao *cancro infantil* se encontra também em fase de adaptação para a população portuguesa pelas autoras deste estudo. Esta investigação enquadra-se num grupo internacional, constituído pelas Universidades de Metz (França), Liège (Bélgica) e Québec à Montréal (Canadá), que trabalha sobre o tema da QdV e, actualmente, dedica particular atenção ao ISQV-C.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 120 crianças, dos 8 aos 12 anos de idade, alunos do 3.º ao 7.º anos do Ensino Básico de seis estabelecimentos escolares da

Região Centro localizados em meio rural, urbano e semi-urbano (com uma média de idades igual a 10.30 e desvio padrão de 1.40). Os critérios de exclusão utilizados foram a existência de dificuldades cognitivas e de doença física incapacitante.

Material

Para a elaboração da versão portuguesa do *Inventário Sistemático de Qualidade de Vida para Crianças* (ISQV-C; Missotten, 2005; Missotten, Etienne, & Dupuis, 2007), o inventário foi traduzido da língua original – francês da Bélgica – para português de Portugal e posteriormente retro-traduzido. A versão portuguesa foi ainda analisada por técnicos das áreas da Língua Portuguesa e da Psicologia. A elaboração da versão final surgiu considerando as informações provenientes destes técnicos e as dificuldades de compreensão e interpretação sentidas por cinco crianças, às quais foi administrado o ISQV-C com o intuito de testar a compreensão das questões e do vocabulário empregue.

O ISQV-C é um instrumento de auto-avaliação da QdV, administrado individualmente à criança por um entrevistador. Foi desenvolvido especificamente para crianças dos 8 aos 12 anos de idade. Trata-se de um instrumento que se pode tornar modular. Contudo, o presente trabalho apresenta apenas a sua versão genérica, dirigida à população não clínica. O ISQV-C mede a diferença existente entre a avaliação actual da criança acerca de determinado domínio de vida e os seus objectivos em relação a esse mesmo domínio, sendo esta medida ponderada pela importância que a criança lhe atribui. Inclui vinte domínios de vida referentes a aspectos físicos, emocionais, cognitivos, sociais, escolares e familiares da vida das crianças. Cada domínio é apresentado à criança de forma verbal e não verbal (vinte pranchas com figuras coloridas). O ISQV-C é constituído por mais três placas com figuras coloridas, que a criança vai manipulando ao longo da entrevista, de forma a dar a sua resposta através do recurso a setas e peões. Este instrumento permite a obtenção de três pontuações principais, que serão as analisadas neste texto: (1) a pontuação Estado – distância média entre a situação actual e a situação ideal; (2) a pontuação Objectivos – distância média entre a situação desejada e a situação ideal; (3) a pontuação *Gap* – distância média entre o *Estado* e os *Objectivos*, ponderada pela importância que a criança atribui ao domínio de vida. A pontuação *Gap* é considerada como sendo o resultado da QdV propriamente dito.

Do protocolo de avaliação utilizado, fizeram também parte um Questionário Sócio-Demográfico, o *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs & Beck, 1977; versão portuguesa: Marujo, 1994) e o *State-Trait Anxiety Inventory for Children* no seu formato “ansiedade-estado” (STAI-C; Spielberg et al., 1973; versão portuguesa: Dias & Gonçalves, 1999).

Procedimento

Posteriormente à aceitação dos estabelecimentos escolares em colaborar no estudo, foram contactados os pais/encarregados de educação das crianças através de documento entregue pelo Director de Turma. Deste documento constavam o convite para a participação da criança, o resumo do estudo e o respectivo pedido de consentimento. A administração do protocolo de investigação completo decorreu sempre individualmente em salas indicadas pelos estabelecimentos, onde estiveram apenas presentes a primeira autora deste trabalho e a criança.

RESULTADOS

Aplicabilidade

A administração do protocolo completo durou entre 40 e 50 minutos, com um tempo médio de 25 a 30 minutos para o ISQV-C. Nenhuma criança manifestou vontade de desistir da entrevista em curso. Ao nível do conteúdo, as crianças não apresentaram dificuldades de compreensão. No que diz respeito à forma, o ISQV-C foi bem aceite pelas crianças portuguesas. O facto de se tratar de uma entrevista que implica a manipulação do material por parte da própria criança terá contribuído para despertar o seu interesse e envolvimento.

Consistência interna

A consistência interna foi calculada através de coeficientes de Cronbach para as três pontuações do ISQV-C. Os valores encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1

ISQV-C: Coeficientes de Cronbach entre as pontuações Estado, Objectivos e Gap

| | Alfa de Cronbach |
|-------------------|------------------|
| ISQV-C Estado | 0,86 |
| ISQV-C Objectivos | 0,80 |
| ISQV-C Gap | 0,79 |

O ISQV-C (Quadro 1) apresenta bons índices de consistência interna para as três principais pontuações do ISQV-C, variando entre 0,79 (*Gap*) e 0,86 (*Estado*).

Inter-correlações entre as pontuações do ISQV-C

O estudo de fidelidade incluiu também o cálculo de coeficientes de correlação de Pearson entre as três pontuações do ISQV-C (Quadro 2).

Quadro 2

ISQV-C: Coeficientes de correlação de Pearson das três pontuações entre si

| | ISQV-C Estado | ISQV-C Objectivos | ISQV-C Gap |
|-------------------|---------------|-------------------|------------|
| ISQV-C Estado | | 0,65* | 0,70* |
| ISQV-C Objectivos | 0,65* | | 0,22** |
| ISQV-C Gap | 0,70* | 0,22** | |

Nota. $p < 0,001$; ** $p < 0,05$.

Todas as pontuações – *Estado*, *Objectivos*, *Gap* – se correlacionam positiva e significativamente entre si (cf. Quadro 2), com uma correlação mais forte entre as pontuações *Estado* e *Gap* (0,70). Tendo em conta que valores mais elevados nas pontuações do ISQV-C são indicadores de níveis mais baixos de insatisfação e de QdV, estes resultados significam que quanto mais insatisfatória é a avaliação que a criança faz do seu estado actual, pior é também a sua QdV. Significam também que quanto mais baixas são as expectativas das crianças, menor é a sua QdV.

Qualidade de Vida, Depressão e Ansiedade

Os resultados mostram que as pontuações de *Estado* e de *Gap* do ISQV-C apresentam coeficientes de correlação significativos com as pontuações do CDI e do STAIC (cf. Quadro 3). Pontuações mais elevadas nestas duas

dimensões do ISQV-C estão associadas a pontuações mais elevadas de depressão (CDI) e de ansiedade (STAIC), isto é, níveis mais baixos de QdV correlacionam-se com níveis mais elevados de depressão e de ansiedade. De um ponto de vista descritivo, as associações mais fortes destacam-se entre as pontuações de Estado e de *Gap* e a depressão (0,55 e 0,53, respectivamente).

Quadro 3

Coefficientes de correlação de Pearson entre as pontuações do ISQV-C e as pontuações totais do CDI e do STAIC

| | ISQV-C Estado | ISQV-C Objectivos | ISQV-C Gap |
|-------|---------------|-------------------|------------|
| CDI | 0,55* | 0,17 | 0,53* |
| STAIC | 0,35* | 0,10 | 0,47* |

Nota. * $p < 0,001$.

DISCUSSÃO

O presente trabalho enquadra-se num projecto internacional entre as Universidades de Metz (França), Liège (Bélgica) e Québec à Montréal (Canada) dedicado ao ISQV-C e, particularmente, à sua adaptação a populações infantis de diferentes países e ao desenvolvimento de módulos complementares ao seu formato genérico, ou seja, de módulos específicos de doenças.

Os primeiros resultados da análise psicométrica da versão para português de Portugal do ISQV-C revelaram-se positivos. À semelhança do sucedido com as crianças belgas (Missoten, 2005), francesas (Lemétayer, 2009) e canadianas (Guay, Choquette & Dupuis, 2009), o ISQV-C revelou uma boa aplicabilidade às crianças portuguesas dos 8 aos 12 anos de idade, quer ao nível da forma quer do conteúdo. A análise da consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach, demonstrou que se trata de um instrumento preciso, com valores satisfatórios para as três principais pontuações do ISQV-C. Os resultados estatisticamente significativos das intercorrelações entre estas mesmas pontuações significam que uma avaliação mais negativa por parte da criança acerca do seu estado actual nos vários domínios de vida está associada a uma menor QdV. Significam também que quanto mais baixas são as expectativas da criança, menor é a sua QdV.

O estudo da associação entre QdV, depressão e ansiedade revelou correlações positivas estatisticamente significativas entre as pontuações de Estado e de *Gap* do ISQV-C e as pontuações do CDI e do STAIC, no sentido em que crianças menos deprimidas e ansiosas (pontuações mais baixas no CDI e no STAIC) percebem de forma mais positiva a sua QdV (pontuações mais baixas no ISQV-C). De assinalar que as correlações significativas mais fortes se destacaram entre as pontuações de Estado e de *Gap* e a depressão.

Em síntese, num contexto de emergência recente da avaliação da QdV infantil, o ISQV-C poderá vir a constituir um instrumento genérico válido para a auto-avaliação da QdV das crianças portuguesas. Contudo, determinados aspectos requerem futuros desenvolvimentos, nomeadamente: (1) a avaliação da estabilidade teste-reteste; (2) a análise do grau de sensibilidade relativa à avaliação de crianças em situação de vulnerabilidade psicológica, social e somática, de forma a analisar a capacidade do ISQV-C para discriminar estes grupos; (3) o desenvolvimento de comparações interculturais.

REFERÊNCIA

- Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (1995). Evaluation de la qualité de vie des enfants: Revue de littérature. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 45(4), 255-256.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients: An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-127.
- Connolly, M.A., & Johnson, J.A. (1999). Measuring quality of life in paediatric patients. *Pharmacoeconomics*, 16(6), 605-625.
- Davis, E., Waters, E., Mackinnon, A., Reddihough, D., Graham, H.K., Mehmet-Radji, O., & Boyd, R. (2006). Paediatric quality of life instruments: A review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48(4), 311-318.
- 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. VI, pp. 553-564). Braga: Associação Psicólogos Portugueses.

- Eiser, C., & Jenney, M. (2007). Measuring quality of life. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 348-350.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001a). Can parents rate their child's health quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10, 347-357.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001b). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 205-211.
- Eiser, C., Vance, Y.H., & Seamark, D. (2000). The development of a theoretically generic measure of quality of life for children aged 6-12 years: A preliminary report. *Child Care, Health and Development*, 26(6), 445-456.
- Guaya, M.-C., Choquette, A., & Dupuis, G. (2009). Comparaison de la qualité de vie perçue entre des enfants issus de familles immigrantes de pays en développement et des enfants de familles non immigrantes. *Ve Congrès International de Psychologie de la Santé de Langue Française*. 24-26 juin, Rennes.
- Kovacs, M., & Beck, A.T. (1977). An empirical clinical approach towards definition of childhood depression. In J.G. Sculterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models* (pp. 1-25). Raven Press, New York.
- Lemétayer, F., Lanfranchi, J.-B. (2009). Les domaines de vie de l'ISQV-E peuvent-ils prédire le mal-être chez l'enfant? *Ve Congrès International de Psychologie de la Santé de Langue Française*. 24-26 juin, Rennes.
- Levi, R., & Drotar, D. (1998). Critical issues and needs in health quality of life assessment of children and adolescents with chronic health conditions. In D. Drotar (Ed.), *Measuring health-related quality of life in children and adolescents* (pp. 3-24). London: Lawrence Erlbaum.
- Manificat, S., Guillaud-Bataille, J.M., & Dazord, A. (1993) La qualité de vie chez l'enfant atteint de maladie chronique. *Revue de la littérature et aspects conceptuels. Pédiatrie*, 48(7-8), 519-527.
- Marujo, H.M.A. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Tese de doutoramento (não publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Matza, L.S., Swensen, A.R., Flood, E.M., Secnik, K., Leidy, N.K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health*, 7(1), 79-92.
- Missotten, P. (2005). *Étude exploratoire de la qualité de vie infantile: élaboration d'un questionnaire destiné aux enfants de 9 à 12 ans et premiers éléments de validation*. Mémoire de fin d'études en Psychologie, non publié, Université de Liège, Liège.
- Missotten, P. (2008). *Le concept d'écart comme mesure de la qualité de vie infantile: validation de l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie pour*

- Enfants*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Études Approfondies (DEA) en Sciences Psychologiques, non publié, Université de Liège, Liège.
- Missotten, P., Etienne, A.-M., & Dupuis, G. (2007). La qualité de vie infantile: Etat actuel des connaissances. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 12(4), 16-27.
- Nathan, P.C., Furlong, W., & Barr, R.D. (2004). Challenges to the measurement of health-related quality of life in children receiving cancer therapy. *Pediatric Blood and Cancer*, 43(3), 215-223.
- Rajmil, L., Herdman, M., Fernandez de Sanmamed, M.J., Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., Simeoni, M.C., Auquier, P., & the Kidscreen Group (2004). Generic health related quality of life instruments in children and adolescents: A qualitative analysis of content. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 37-45.
- Rodary, C. (2000). Méthodologie d'étude de la qualité de vie chez l'enfant en recherche clinique. *Archives de Pédiatrie*, 7(suppl. 2), 230s-232s.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (How I feel questionnaire): Professional Manual. Redwood, CA: Mind Garden.
- Wallerand, J.L., Schmitt, M., & Koot, H.M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 571-585.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

OBJECTIVOS CONFLITUANTES
COM A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO: ESTUDO
COM UMA AMOSTRA DE SUJEITOS ADULTOS SAUDÁVEIS

*Marta Marques^{1,2} / Stan Maes² / Véronique De Gucht² /
Isabel Leal¹ / Maria João Gouveia¹*

¹Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário; ²Leiden University, The Netherlands

Os estilos de vida sedentários constituem um grave problema de saúde pública, com o qual as sociedades ocidentais se debatem. O sedentarismo contribui para a ocorrência de doenças crónicas, mortes prematuras e invalidez, acarretando custos económicos e sociais (WHO, 2006). Os elevados índices de inactividade física nas sociedades ocidentais e o conhecimento científico dos benefícios físicos e psicológicos da prática regular de exercício físico, contribuíram para o impulsionar da investigação ao nível das variáveis psicológicas que podem estar associadas à adesão, abandono e resistência a este comportamento de saúde.

A prática de exercício físico, tal como outros comportamentos de saúde (e.g. dieta alimentar), é um objectivo/actividade específico que os indivíduos procuram atingir. No mesmo nível hierárquico que a prática de exercício físico, estão outros objectivos pessoais (e.g., *hobbies*). Estes objectivos podem-se influenciar positiva ou negativamente (Riediger, Freund, & Baltes, 2005). As pessoas têm vários objectivos, actividades e tarefas que pretendem desempenhar num mesmo momento, requerendo a distribuição de recursos para responder às necessidades (Gebhardt, 2006). Quando objectivos igualmente desejáveis estão em conflito, os indivíduos poderão ter que, num dado momento, escolher um objectivo (e.g. fazer tarefas domésticas) em detrimento de outro (e.g. fazer exercício físico).

Numa investigação realizada com técnicos de enfermagem (Gebhardt & Maes, 1998), os indivíduos inactivos reportaram um maior número de objectivos/actividades altamente valorizadas, que poderiam ser conflitantes com a prática de exercício físico. As actividades mencionadas com maior frequência foram as actividades domésticas (e.g. “tarefas domésticas” e “ver televisão”) e as actividades sociais (e.g., “visitar amigos”). No estudo de *follow-up* (Gebhardt & Maes, 1998), verificou-se que a quantidade de objectivos/actividades valorizadas pelos participantes era um importante preditor da iniciação (menor número de objectivos conflitantes) e abandono (maior número de objectivos conflitantes) do exercício físico. Karoly e colaboradores (Karoly, Ruehlman, Okun, Lutz, Newton, &

Fairholem, 2005) observaram igualmente que os objectivos conflitantes com a prática de exercício físico se constituíam como um obstáculo importante à sua prática regular.

A investigação acerca da relação entre a existência de objectivos conflitantes com o exercício físico e o processo de adesão ao mesmo é ainda limitada, não se conhecendo estudos publicados em Portugal. Assim, a presente investigação teve como objectivo analisar a existência de diferenças significativas entre indivíduos adultos saudáveis, inactivos e activos, quanto à quantidade de objectivos valorizados que poderiam ser conflitantes com a prática de exercício físico.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 269 sujeitos adultos, residentes em Portugal continental, com idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos de idade ($M=33,8$; $DP=11,5$) e de ambos os sexos (61,3% – mulheres; 38,7% – homens).

Os sujeitos foram distribuídos por quatro grupos, representativos dos níveis de exercício físico praticado, com base nas recomendações para o exercício físico dos principais organismos de saúde internacionais (ACSM, 2005; CDC, 2005). Os grupos definidos foram: (a) *inactivos* – indivíduos que presentemente não fazem qualquer tipo de exercício físico (97 sujeitos – 36,1%); (b) *praticantes irregulares* – indivíduos que fazem algum exercício físico mas num nível inferior ao recomendado (38 sujeitos – 14,1%); (c) *praticantes regulares* – sujeitos que fazem exercício físico nos níveis recomendados (45 sujeitos – 16,7%); (d) *praticantes regulares em manutenção* -indivíduos que fazem exercício físico regular há um período de tempo longo. Neste estudo, utilizou-se como critério para o “período de tempo” a mediana, que corresponde a 24 meses (89 sujeitos – 33,1%).

Material

Foram recolhidos dados sócio-demográficos (idade, género, habilitações literárias e ocupação) e informação clínica relevante para a

inclusão/exclusão dos sujeitos (*ver Procedimento*). Para aceder aos níveis de prática de exercício físico, foi construída uma ficha constituída pelos seguintes elementos: prática de regular de exercício físico, tipo de exercício praticado, frequência semanal, duração das sessões de exercício e período de prática sem interrupções.

Para medir os objectivos conflitantes com a prática de exercício físico, adaptou-se para a língua portuguesa o *Competing Goals Scale* (Gebhardt & Maes, 1998). O *Competing Goals Scale* é um instrumento de auto-preenchimento, composto por 16 itens, que medem a interferência com a prática regular de exercício físico de outros objectivos/actividades pessoais que os sujeitos podem procurar desempenhar, como por exemplo, “ver televisão”, “estudar” e “ir às compras”. Para os objectivos/actividades que os sujeitos considerem serem afectados pelo tempo que precisam de despende para fazer exercício regularmente, é pedido que indiquem o quanto se sentiriam incomodados se esse objectivo não pudesse ser atingido ou realizado. A adaptação portuguesa deste instrumento apresenta um nível de consistência interna satisfatório ($\alpha=0,744$).

Procedimento

Este é um estudo transversal, tendo sido requerido aos participantes o preenchimento de uma bateria de questionários. Os participantes foram recrutados através de diversas organizações, tendo sido pedido o seu consentimento formal. A recolha de dados foi efectuada por correio e e-mail. Foram definidos como critérios de inclusão: idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos, ausência de problema de saúde diagnosticado impeditivo da prática de exercício físico e não praticar desporto profissional.

Dos 310 questionários preenchidos, foram excluídos 41: 35 por não corresponderem aos critérios de inclusão e 6 por terem sido preenchidos incorrectamente.

A análise de dados foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS 15.0 (2006).

RESULTADOS

Para analisar a existência de diferenças significativas entre os grupos de (não-) praticantes de exercício físico quanto à frequência de objectivos

valorizados conflitantes com a sua prática, bem como, entre que grupos estas diferenças são significativas, realizaram-se os testes paramétricos ANOVA e Tuckey HSD (Quadro 1). Apresentam-se ainda as frequências de objectivos conflitantes com a prática de exercício físico e objectivos conflitantes valorizados pelos participantes (Quadro 2).

Quadro 1

Média, Desvio-Padrão, ANOVA, magnitude do efeito e Tuckey HSD para os objectivos conflitantes

| | Grupos | | | | <i>F</i> | η^2_p | <i>Tuckey HSD</i> |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------|------------|---------------------|
| | I (N=97) | PI (N=38) | PR1 (N=45) | PR2 (N=89) | | | |
| Objectivos (Min=21; Max=65) | 2,76 (2,53) | 1,56 (1,93) | 1,26 (1,70) | 1,22 (1,66) | 9,61** | ,104 | I>PI*, PR1**, PR2** |

Nota. I: Inactivos; PE: Praticantes Irregulares; PR1: Praticantes Regulares<24 meses; PR2: Praticantes Regulares>24 meses; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Verificaram-se existir diferenças significativas entre sujeitos inactivos e os sujeitos praticantes de exercício físico quanto à frequência de objectivos conflitantes valorizados, significativamente superior nos sujeitos inactivos em comparação com todos os outros grupos. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos de praticantes de exercício físico de diferentes níveis, registando-se, no entanto, uma tendência de descida da frequência de objectivos conflitantes dos praticantes irregulares para os praticantes regulares há mais de 24 meses (Quadro 1).

Os objectivos/actividades conflitantes mais frequentemente valorizadas (Quadro 2) foram “estudar/trabalhar” (34%), seguido por “despender tempo noutros hobbies” (22,3%), “estar por casa” e “fazer tarefas domésticas” (16% respectivamente). “Ouvir música” foi considerado um objectivo conflitante valorizado, por apenas 2,6% dos participantes. Embora “ver televisão” tivesse sido considerada uma actividade conflitante (14.9%), apenas 2,2% dos participantes consideraram que os incomodaria deixar de ver televisão para fazer exercício físico (2,2%), i.e. não é uma actividade valorizada.

Quadro 2

*Frequência de objectivos conflitantes com o exercício físico e
objectivos valorizados relatados*

| Objectivos/actividades conflitantes | Frequência de actividades | Actividades valorizadas |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Estar por casa | 39% (105) | 16,4% (43) |
| Estudar/trabalhar | 40,9% (110) | 34,9% (94) |
| Despender tempo noutros hobbies | 37,5% (101) | 22,3 % (60) |
| Fazer tarefas domésticas | 31,3% (84) | 16,4% (44) |
| Ir a um encontro | 17,8% (48) | 13,4% (36) |
| Viajar | 17,1% (44) | 12,6% (34) |
| Ter visitas | 15,2% (41) | 8,6% (23) |
| Ver televisão | 14,9% (40) | 2,2% (6) |
| Ler (jornal, revista, livro) | 13,8% (37) | 8,2% (22) |
| Fazer uma visita | 13% (35) | 7,8% (21) |
| Ir às compras | 11,2% (30) | 4,1% (11) |
| Jantar for a | 11,2% (30) | 6,3% (17) |
| Sair para beber um copo | 8,2% (22) | 4,8% (13) |
| Jogar jogos | 7,1% (19) | 2,6 % (7) |
| Ir a o cinema ou teatro | 6,3% (17) | 3% (8) |
| Ouvir música | 5,2% (14) | 1,5% (4) |

Nota: Número de sujeitos entre parênteses.

DISCUSSÃO

Considera-se que a co-existência de objectivos, valorizados, que estão em conflito com o comportamento de exercício físico, pode contribuir para a manutenção da inactividade física (Gebhardt, 2006). Na presente investigação, os resultados obtidos vão ao encontro da literatura revista, sendo que os indivíduos não praticantes de exercício físico referiram um maior número de actividades conflitantes valorizadas, que os indivíduos em quaisquer outros grupos.

Futuras investigações deverão examinar estas relações utilizando métodos longitudinais, de modo a observar de que forma esta variável permite prever modificações no comportamento de exercício físico ao longo do tempo.

Os objectivos conflitantes com o exercício físico parecem ser um factor impeditivo da aquisição deste comportamento de saúde. Assim, considera-se especialmente importante, o desenvolvimento de intervenções que visem a identificação e desenvolvimento de alternativas, de forma a promover a adesão à prática de exercício físico.

REFERÊNCIAS

- Centre for Diseases Control. (2005). Physical Activity for Everyone: Guideline Recommendations. Consultado a 20 de Junho de 2009 em <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/recommendations/index.htm>.
- Gebhardt, W.A. (2006). Contextualizing health behaviors: The role of personal goals. In D. de Ridder & J. de Wit (Eds.), *Self-regulation in health behavior*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Gebhardt, W.A., & Maes, S. (1998). Competing goals and exercise behavior. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 755-759.
- Haskell, W.L., Lee, I., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D., & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423-143.
- Karoly, P., Ruchlman, L.S., Okun, M.A., Lutz, R.S., Newton, C., & Fariholme, C. (2005). Perceived self-regulation of exercise goals and interfering goals among regular and irregular exercisers: A life space analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 427-442.
- Riedieger, M., Freund, A.M., & Bales, P.B. (2005). Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *Journal of Gerontology*, 60B(2), P84-P91.
- SPSS 15.0. (2006). SPSS Inc: Chicago, IL.
- WHO. *Physical activity*. Consultado a 10 de Junho de 2009 em <http://www.who.int/hpr/physactiv/health.shtml>

FAMÍLIA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Maura Castello Bernauer

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo /
Núcleo Santista de Reprodução Humana, SP, Brasil

Esta revisão bibliográfica tornou-se importante devido ao impacto da experiência da infertilidade e suas implicações emocionais que vêm da cobrança social da naturalização do desejo de ser pai e mãe e formar uma família. Assim como, da importância que os indivíduos dão à parentalidade como aspecto estruturante da identidade social dos gêneros, em que suas referências ainda estão associadas aos significados tradicionais de masculino e feminino, que a RA reforça. Com o intuito de estimular a reflexão e expandir a discussão teórico-conceitual que os envolve, foram consultados e analisados estudos clássicos da literatura sobre os temas e artigos das bases Medline, Lilacs e Scielo, para as publicações em português, espanhol e inglês dos últimos dez anos, oriundos da filosofia, história, antropologia, medicina, enfermagem e de diversas teorias psicológicas, a fim de explorar seus conceitos.

Muitos estudos sobre a instituição familiar eram desenvolvidos com base nas categorias de “papéis” e “diferenças” sexuais, só mais recentemente surge a categoria “relações de gênero” na tentativa de contemplar o caráter relacional e a dimensão social e cultural das identidades que constituem as famílias. Sendo assim, as identidades de mulheres e homens são construídas no contexto social em que gênero, pode ser entendido como um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e, ainda, como um modo de dar significado às relações de poder (Negueira, 2001; Vieira, 2005). Dentre os vários espaços nos quais essas identidades de gênero se constroem – a família, o mercado de trabalho, as instituições sociais, suas múltiplas conexões e hierarquias –, são produto de comportamentos sociais aprendidos com suas famílias (Siqueira de Andrade, 2004; Alves, 2005; Torção Filho, 2005). É uma construção cultural, histórica e política da igualdade e da diferença, em que o sexo social e historicamente construído é produto dessas diferenças que são apresentadas como naturais e inquestionáveis (Brasileiro e Jablonski, 2002; Araújo, 2005; Alves, 2005; Costa et al., 2006).

A naturalização da desigualdade de gênero foi explicada por Aristóteles, que reconhecia um estado “natural” de dependência entre o homem e a mulher, e numa divisão “natural” pré-definida de papéis sociais. E é neste

processo que o conceito de família e seus componentes (pai/mãe/filho) vão sendo construídos (Carola, 2006).

Muitos autores têm debatido esse tema ao longo dos tempos, em que a família era baseada no parentesco masculino e toda estrutura social nascia do poder do pai, surgindo daí, a família bíblica. Na ideologia familiar do século XVI a criança tinha pouca importância na família (“Cruz a carregar”), somente a partir do início do século XVII, os adultos modificaram sua concepção da infância e lhe concederam atenção. Nos dois séculos seguintes, iniciou-se a exaltação do amor materno como valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Foi neste século XVIII que a “era das provas de amor” começou e aproximou a esposa do marido, fazendo surgir a busca da felicidade, logo seguida pela valorização do amor. Nesse sentido, a procura da felicidade familiar foi um passo importante na evolução rumo à igualdade em que a produção discursiva da cultura europeia dos séculos XVIII e XIX mostrava que seria natural às mulheres: o espaço doméstico, a família e a maternidade. Porém, foi na época do Iluminismo que surgiu a família moderna, fundada no amor materno, quando os esposos se escolhem livremente e o amor que sentem um pelo outro se concretizará naturalmente em sua prole. E a procriação passou a ser uma das doçuras do casamento e que seria natural amar e em seguida os seus frutos. E progressivamente, os pais se consideraram cada vez mais responsáveis pela felicidade dos filhos (Badinter, 1985).

A nova ideologia redefiniu os papéis sexuais, onde a autoridade paterna, até então absoluta, tida como de origem divina e natural, passou a ser limitada pelas necessidades da criança, sendo dever do pai zelar pelo bem-estar de seus filhos. E para a mulher, a procriação passou a ser garantia de felicidade, visto ser a realização da sua natureza, e o aleitamento materno tornou-se uma regra a ser cumprida. E apresentava uma concepção equilibrada de poderes. No final do século XIX surgiu a tese evolucionista de um matriarcado primitivo baseada no fato de que a filiação mãe/filho é indiscutível, enquanto a paternidade podia ser posta em dúvida, até mesmo ignorada, apesar da função da maternidade ou da mulher configurar a desigualdade de gêneros. Somente muito mais tarde se começou a conceber a noção de paternidade (Mansur, 2003; Carola, 2006).

No século XX a contracepção feminina delimitou a associação entre sexo e reprodução, em que a decisão de “ter ou não” um filho, passou do “poder do homem” para o “poder da mulher”, e com isso constituir uma família. A relação de força inverteu-se, e a mulher passou a escolher “se, quando e de quem procriar”, reduzindo o homem ao seu papel biológico de inseminador,

sem que ele saiba jamais que é pai, substituindo uma desigualdade pela outra (Carola, Costa et al.; Valbenedito, Lamas, & Lolas, 2006).

Autores pontuam que as relações entre sexo e reprodução estão historicamente ligadas, com discursos variados em que o eixo central é a problemática da associação e dissociação, apontando para uma tensão entre os modelos de família e de relação entre os gêneros em que a maternidade confere à mulher uma posição privilegiada, associada a um maior poder de decisão sobre a própria vida e sobre a vida de “um outro ser”, bem como maior valorização social. No entanto, uma vez incorporado à identidade feminina, passa a ser regida por sua identidade de mãe (Loyola, 2000/2003; Alves, 2005).

No contexto brasileiro, a gestação ainda tem bastante peso para definir a maternidade como natural, fazendo parte de uma interpretação de gênero em que a relação mãe-filho em si estaria no âmbito natural, sendo necessária a existência do pai ou marido para implantar a sociabilidade em que associam o feminino à expressividade e à afetividade, e o masculino à instrumentalidade e autonomia (Brasileiro & Jablonski, 2002; Luna, 2002/5).

Em nossa cultura, tanto a paternidade como a maternidade englobam significados que são construções socioculturais, e, por isso, fortemente influenciados pela constituição das identidades e dos papéis de gênero: a mãe, podendo ser biológica ou não, é responsável pelo bom desenvolvimento da criança, pela sua educação, alimentação, saúde; e o pai é visto como responsável por prover as necessidades materiais da família, e responsável pela transmissão das regras morais e sociais (Scavone, 2001). Nesta última década, muitos autores brasileiros, têm debatido sobre o papel do pai e da mãe e concordam que às mulheres coube a função de “cuidadora” da família e das manifestações afetivas dos (as) filhos (as) e responsável pelo desenvolvimento de sua subjetividade. Aos homens está associado o provimento financeiro da família, significando que ser pai não é só ter filhos, mas conseguir mantê-los. E que sua relação se define a partir da participação na concepção (Picinini et al., 2004; Makuch, 2006; Faustino & Freitas et al., 2007).

Muszkat (2000) pondera que sobre a função paterna de prover materialmente a família, e a não contribuição emocional e afetiva aos filhos, fez com que os homens sintam-se desamparados e hesitantes, em relação ao seu status e aos seus limites no que se relaciona ao exercício da “paternagem”. Diante disso há uma tendência atual de se anunciar a o “novo-pai”, com todas as conotações de ser um pai “melhor” do que o anterior. Borges (2005) focalizou que embora haja uma maior e significativa

participação dos pais nas tarefas relacionadas aos cuidados como os filhos, estas, ainda são na sua maior parte exercidas pelas mulheres.

No espaço de apoio familiar composto por marido e mulher baseado na complementaridade, se constitui a conjugalidade. Para Frizzo e Kreutz (2005) esse subsistema conjugal deve funcionar como uma fronteira que o projeta das exigências e necessidades dos demais subsistemas, e permita o acesso da criança aos pais, mas excluindo-a das questões conjugais. Já o subsistema parental se constitui numa nova etapa no ciclo de vida familiar quando nasce o primeiro filho, e deve se diferenciar para desempenhar a tarefa de socialização da criança, sem perder o apoio mútuo e suas principais funções são a educação e socialização dos filhos e refere-se à intensa preocupação com o(a) parceiro(a), por si e pela relação conjugal. Desse modo, entendemos que decorrente do sistema da parentalidade tem a coparentalidade, que é um conceito triádico, pois inclui pelo menos uma criança. Em seu estudo Frizzo e Kreutz (2005) compreendem coparentalidade em famílias nucleares como um contexto onde pai e mãe estão presentes ou morando juntos, compartilhando a parentalidade, dividindo a liderança e se apoiando nos seus papéis parentais. Está associada e é motivada pela preocupação com o bem-estar da criança e envolve apoio e comprometimento mútuo (dos pais) no exercício da parentalidade. É através desta relação que os pais podem negociar seus papéis, responsabilidades e contribuições para o desenvolvimento da criança. Já a coparentalidade tem seu próprio trajeto de desenvolvimento, representando os laços dos cônjuges enquanto pais.

Dessa forma, quando um homem e/ou uma mulher confrontam a impossibilidade de conceber naturalmente (Infertilidade), tornam-se desviantes por não conseguirem satisfazer o estereótipo socialmente definido para todos aqueles que apostam numa relação conjugal – ter filhos – podendo sofrer estigmatização social. Em suas pesquisas sobre infertilidade, Luna (2007) afirma que o que se vê é a manutenção de uma representação social da infertilidade, que implica em depreciação da mulher, comparando-as a fenômenos naturais como: árvore seca, árvores sem frutos, ou ressecadas, flores murchas, fontes que secaram. Freitas, Dzik e Cavagna (2007) e Oriá e colaboradores (2007) esclarecem que há mais de 6 milhões de casais no Brasil, que possuem algum tipo de impossibilidade para engravidar.

Os tratamentos paliativos da infertilidade, ou seja, a RA, só tem sentido porque os casais continuam a querer ter filhos ligados por vínculo biológico. Uma reivindicação que ocorre, não só devido à importância deste vínculo, mas também devido à vergonha que os casais sentem da sua infertilidade, e

que parece ser acompanhada pelo fantasma da estigmatização social que, ainda afeta os casais inférteis. Para Tamanini (2003a) e Braga e Amazonas (2005) as possibilidades oferecidas pelas técnicas de RA reforçam o estigma da mulher infértil, sob o prisma de que, com todo o avanço tecnológico nessa área, hoje só é infértil quem quer permanecer nesta condição.

A RA se justifica tanto para Scavoni (2001) quanto para Loyola (2003a) no sentido de que o “desejo de filhos” reforça a visão naturalizada dos papéis de gênero e da transmissão genética através dos “laços consangüíneos” explicando em parte, o sucesso das NTRs. Assim como para Costa e colaboradores (2006) que acreditam na recorrência da naturalização como fundamento do processo de medicalização do corpo feminino como forma de controle social, já que a ausência de filhos configura patologia. Vieira (2003) conjecturou que para medicalizar é necessário naturalizar o objeto, pois esse é o caráter da medicina, que se apóia no conhecimento da biologia e disciplinas correlatas, tomando o corpo isolado do contexto social e seus significados para poder compreendê-lo enquanto objeto somático, e lhe dar novo sentido para o estabelecimento da intervenção. Onde, conforme LeBreton (2008), basta um atraso entre a vontade de ter um filho e a gravidez transforma-se em sintoma e justifica o ato médico da RA.

Existe uma extensa bibliografia brasileira e internacional de profissionais respeitados refletindo, discutindo e levantando questionamentos importantes sobre infertilidade e RA (bioética), porém estudos nacionais sobre as crianças nascidas de FIV e seu relacionamento parental são bem escassos. De acordo com revisão bibliográfica, a transição para a parentalidade é reconhecidamente um momento que implica um conjunto de transformações individuais, conjugais e sociais para os novos pais (fase em que as investigações brasileiras sobre a adaptação paterna são mais escassas). Diante desta revisão bibliográfica concordamos com Brasileiro e Jablonski (2002), de que na transição para a parentalidade, as modernas relações de gênero parecem gerar confusão e ambigüidade, em que as referências para a maternidade e a paternidade parecem ainda associadas aos significados tradicionais de masculino e feminino.

REFERÊNCIAS

- Alves, J.E.D. (2005) Gênero e linguagem na cultura brasileira: Elementos para reflexão sobre uma diferença. In M.A. Loyola *Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. RJ: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); Brasília: Letras Livres, Introdução.

- Araújo, M.F. (2005). Diferenças nas relações de gênero: Revisitando o debate. *Psicol. Clin.*, 17(2).
- Badinter, E. (1985) *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Tradução: Dutra, Waltensir. RJ: Nova Fronteira.
- Borges, L.S.F. (2005) *Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade*. Tese de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal do Paraná.
- Braga, M.G.R., Amazonas, M.C.L.A. (2005) Família: Maternidade e procriação assistida. *Psicol. Estud.*, 10(1).
- Brasileiro, R.F., Jablonski, B. (2002). Papéis de gênero, transição para a paternidade e a questão da tradicionalização. *Psico*, 33(2), 289-310.
- Carola, C.R.P. (2006) Eva e Sofia: A naturalização da desigualdade de gênero na história do pensamento ocidental. In Z.C. Castilhos, M.H.R. Lima, & N.F. Castro (Orgs.), *Gênero e trabalho infantil na pequena mineração: Parte I* (p. 23). Brasil, Peru, Argentina, Bolívia – RJ: CETEM/CNPQ.
- Costa, T., Stotz, E.N., Grynspan, D., & Borges De Souza, M.C. (2006) Naturalização e medicalização do corpo feminino: O controle social por meio da reprodução. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 10(20), 363-80.
- Faustino e Freitas, W.M., Coelho, E.A.C., & Cavalcanti da Silva, T.M. (2007). Sentir-se pai: A vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública*, 23(1).
- Freitas, G.C., Dzik, A., & Cavagna, M. (2007). Casal infértil: Uma visão geral. *Boletim SBRH: Artigos científicos, Educação Continuada em Reprodução Humana*, 5(1).
- Frizzo, G.B., Kreutz, C.M. (2005). O conceito de parentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.*, 15(3), 84-94.
- Gomez, R.M. (2005). O pai – Paternidade em transição. In I. Leal et al., *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Cap. 10). Lisboa: Fim de Século.
- Le Breton, D. (2008) *Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade* (3ª ed). Trad: Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papirus.
- Loyola, M.A. (2000). A antropologia da sexualidade no Brasil. *Physis*, 10(1).
- Loyola, M.A. (2003). Sexualidade e medicina: A revolução do século XX. *Cad. Saúde Pública*, 19(4).
- Luna, N. (2002). Maternidade desnaturada: Uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Cad. Pagu, Campinas, SP*, 19.
- Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: Biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde*, 12(2), 395-417.

- Luna, N. (2007a). A personalização do embrião humano: Da transcendência na biologia. *RJ: Mana*, 13(2).
- Luna, N. (2007b). Provetas e clones: Uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. *RJ: Editora FIOCRUZ*.
- Makuch, M.Y. (2006). Relacionamento familiar após o uso de técnicas de reprodução assistida. In R.M.M. Melamed & J. Quayle, *Psicologia em reprodução assistida: Experiências brasileiras* (pp. 189-206). SP: Casa do Psicólogo.
- Mansur, L.H.B. (2003). *Sem filhos: A mulher singular no plural*. SP: Casa do Psicólogo.
- Muszkat, M.E. (2000). Quando três é melhor que dois. *XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, São Paulo, Campinas.
- Nogueira, C. (2001) Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. *Cad. Pesqui., São Paulo*, 112.
- Oriá, M.O.B., Moraes, L.M.P., Moreira, R.V.O., & Ximenes, L.B. (2007). Reflexão teórico-filosófica sobre a fertilização in vitro fundamentada no pensamento de Hans Jonas. *Brazilian Journal of Nursing*, 6(3).
- Piccinini, C., Silva, M.R., Gonçalves, T.R., Lopes, R.S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol. Reflex. Crit.*, 17(3).
- Scavone, L. (2001) Maternidade: Transformações na família e nas relações de gênero. *Rev. Interface Comun. Saúde*, 5(8), 47-60.
- Siqueira de Andrade, M. (2004). *Mulheres do século XX: A aprendizagem do feminino*. SP: Memnon, Coleções Temas de Psicopedagogia.
- Souza, J.E.P. (2006). As famílias como projetos de vida: O desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar* 11, 41-47.
- Tamanini, M. (2003). Do sexo cronometrado ao casal infértil. In M. Grossi, R. Porto, & M. Tamanini (Eds.), *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: Questões e desafios* (pp. 123-136). Brasília: Letras Livres.
- Torral F.A. (2005). Uma questão de gênero: Onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cad. Pagu., Campinas*, 24.
- Unbehaum, S.G. (2000). *Experiência masculina da paternidade nos anos 1990: Estudo de relações de gênero com homens de camadas médias*. Tese de Mestrado (Não publicada), São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
- Valdebento, C., Lama, A., & Lolas, F. (2006). Relação entre a mulher e biotecnologia: Aproximação ao impacto da bioética. *Acta bioeth.*, 12, 145-150.
- Vieira, E.M. (2003). Debate sobre o artigo de Maria Andréa Loyola. *Cad. Saúde Pública*, 19(4).

USO DE DROGAS EM ADOLESCENTES BRASILEIROS

Miria Benincasa / Eda Custódio

Universidade de São Paulo

Apesar de não ter sido encontrado tipos específicos de personalidade que tendem a consumo de drogas, percebe-se que algumas características como impulsividade, baixa auto-estima, oscilações de humor, entre outras características desta fase de desenvolvimento, estão sempre relacionadas a esse consumo (Wolf, 2002).

Considerando os dados internacionais, 40% das mortes por acidentes automobilísticos entre jovens de 18 e 19 anos envolvem excesso de uso de álcool (Perthus, 2003). “No Brasil, dos 190.949 casos de Aids notificados ao Ministério da Saúde (MS) no período de 1980 a 3 de junho de 2000, 18,6% foram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). A transmissão por intermédio do contato com o sangue foi responsável por 39.740 casos dos quais 89,6% estão relacionados ao uso de drogas injetáveis. Se tomarmos os últimos anos, com a expressiva melhoria da qualidade dos bancos de sangue do país, é possível notar a inversão das subcategorias (Deslandes, 2000).

MÉTODO

Foram sorteadas 22 escolas (Públicas e Privadas) sendo 17 Estaduais e 5 Particulares. Em cada escola foram sorteadas 3 salas, uma de cada ano do ensino médio. Ao todo, participaram da amostra, 2434 estudantes. Utilizou-se 5 instrumentos para a avaliação da amostra: (1) Questionário sócio-econômico ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2007); (2) WHOQOL-100 – Instrumento para avaliar a Qualidade de Vida, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja versão em português foi realizada Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chahamovich, Vieira, Santos, & Sizon, 1999); (3) SF-36 (The Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, 1992) – Instrumento que avalia a Qualidade de Vida e muito utilizado com adolescentes e foi adaptado para a população brasileira por Ciconelli (1997); (4) Raciocínio Verbal – teste psicológico que faz parte da “Bateria de Orientação Profissional (BOP)” e foi planejada para uso com adolescentes entre 15 e 19 anos com escolari-

dade equivalente ao Ensino Médio (EM); (5) Questionário sobre uso de drogas – instrumento utilizado para avaliar o uso de substâncias psicoativas. Proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e desenvolvido pela *WHO – Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence*, adaptado, no Brasil por Carlini-Cotrim, Carlini, Silva-Filho, e Barbosa (1989).

Com o intuito de avaliar 0,5% dos alunos matriculados em escolas estaduais e 0,5% dos alunos matriculados em escolas particulares, sorteou-se 17 escolas estaduais e 5 escolas particulares, chegando-se a um total de 22 escolas e 2434 alunos avaliados.

O procedimento de Análise dos dados foi: *Cluster* (análise dos conglomerados) com método de partição (*K-Means*). Método de partição (*K-Means*). Os objetivos da análise de agrupamento são: (1) Determinar grupos cujo padrão de respostas dos questionários sejam semelhantes. (2) Descrever estes grupos semelhantes através do uso de drogas e variáveis demográficas.

RESULTADOS

A partir da análise dos questionários, foi possível selecionar 5 grupos com características peculiares quanto à distribuição de gênero, de classes sociais, localização no município de São Paulo e uso de drogas. O quadro abaixo apresenta a nota média de cada grupo no teste de Raciocínio Verbal e em cada domínio dos questionários de Qualidade de Vida.

O Grupo 1 possui médias de notas baixas em todos os questionários. É predominantemente composto pelo gênero feminino (72%). Predominantemente escolas públicas e periféricas. Classe econômica C e D acima da média geral dos grupos. Tem uso acima da média em todos os tipos de droga exceto energéticos, com destaque para o uso elevado de remédios de emagrecer, tranqüilizantes, solvente e álcool.

O Grupo 2 possui médias de notas baixas nos questionários SF Capacidade Funcional, SF Nível de independência e Raciocínio Verbal (RV) e médias de notas altas nos questionários SF Vitalidade, SF Saúde mental, SF Aspectos emocionais e WHOQOL psicológico. Os percentuais de gênero não se diferenciam muito da média geral. As escolas em que o grupo está acima da média geral são estão localizadas nas regiões leste (pública e particular) e sul pública. Classe econômica C e D acima da média geral dos grupos. Tem uso acima da média de tabaco e solvente.

Quadro 1

Média das notas dos domínios (Notas sem padronização) nos grupos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|
| SF – Vitalidade | 41,1 | 59,2 | 71,1 | 58,8 | 55,3 |
| SF – Saúde mental | 38,5 | 62,9 | 72,8 | 60,5 | 56,1 |
| SF – Capacidade funcional | 78,3 | 68,2 | 92,7 | 90,1 | 85,0 |
| SF – Aspectos físicos | 68,2 | 85,2 | 93,9 | 95,3 | 52,7 |
| SF – Dor | 53,9 | 69,3 | 83,6 | 76,0 | 54,5 |
| SF – Estado geral saúde | 50,0 | 67,1 | 81,7 | 68,4 | 63,9 |
| SF – Aspectos sociais | 52,4 | 79,8 | 91,7 | 81,9 | 64,8 |
| SF – Aspecto emocional | 41,0 | 90,8 | 91,1 | 82,5 | 50,6 |
| WHOQOL – Físico | 11,6 | 13,9 | 15,8 | 14,2 | 13,5 |
| WHOQOL – Psicológico | 12,0 | 15,1 | 16,9 | 14,4 | 15,1 |
| WHOQOL – Nível independência | 14,4 | 16,0 | 18,0 | 16,4 | 16,2 |
| WHOQOL – Relações sociais | 13,0 | 14,9 | 16,7 | 14,4 | 15,9 |
| WHOQOL – Meio ambiente | 11,4 | 12,8 | 14,5 | 12,7 | 13,2 |
| WHOQOL – Espiritualidade | 13,9 | 15,0 | 16,4 | 13,7 | 16,6 |
| RV | 16,7 | 9,7 | 16,3 | 17,5 | 16,1 |

Legenda: 3ª pior nota entre os grupos; 2ª pior nota entre os grupos; Pior nota entre os grupos; 2ª melhor nota entre os grupos; Melhor nota entre os grupos.

O Grupo 3 possui valores altos em todos os questionários. Não há diferença significativa entre os gêneros (57%). As regiões que o grupo está acima da média geral são oeste, centro oeste, leste particular, norte particular, norte e sul particular. Classe econômica A e B acima da média geral dos grupos. Não apresenta uso acima da média em nenhuma das drogas.

O Grupo 4 possui médias de notas baixas nos questionários relacionados a aspectos sociais (WHOQOL Relações Sociais, WHOQOL Meio Ambiente) e WHOQOL espiritualidade e médias de notas altas nos questionários relacionados aos aspectos de saúde (SF Aspectos físicos, SF Dor, SF estado geral de saúde, SF aspecto emocional, WHOQOL físico) e WHOQOL nível de independência. Percentuais de gênero não se diferenciam muito da média geral. Os percentuais de região não se diferenciam muito da média geral. Classe econômica A2 e C acima da média geral dos grupos. Não apresenta uso significativamente acima da média em nenhuma droga.

O Grupo 5 possui médias de notas baixas nos questionários relacionadas aos aspectos de Saúde (Vitalidade, SF Saúde Mental, SF Aspectos físicos, SF Dor, SF Estado Geral de Saúde, SF Aspectos emocionais,

SFWHOQOL Físico) e Raciocínio Verbal, e notas melhores nos relacionados aos aspectos sociais (WHOQOL psicológico, WHOQOL Relações Sociais) e Espiritualidade. É predominantemente composto pelo gênero masculino (68%). As regiões que o grupo está acima da média geral são Centro oeste, leste, norte. Classe econômica B acima da média geral dos grupos. Tem uso acima da média para todas as drogas, com destaque no uso para tabaco, álcool, maconha e solvente.

DISCUSSÃO

Analisando os grupos, observamos que os adolescentes que não usam drogas (Grupos 3 e 4) apresentam nota alta, nos dois instrumentos de qualidade de vida, aspectos físicos. No WHOQOL – 100 apresentaram alto nível de independência. No SF-36 tiveram médias altas nos domínios: capacidade funcional, estado geral de saúde e aspectos sociais.

Nota-se que, comparando os grupos 3 e 4 com os grupos 1 e 5 observamos:

1 – Os que não usam droga tiveram médias bastante altas nos aspectos físicos dos instrumentos. Este resultado indica que os adolescentes que não apresentaram consumo de drogas sentem-se mais satisfeitos com seu corpo, auto-imagem, auto-estima e habilidades físicas do que aqueles que têm alto consumo de drogas. Estes, pelo contrário, sentem-se insatisfeitos com as condições gerais de seus corpos e demonstram baixa auto-estima. Baixa auto-estima, e desvalorização pessoal também são apresentadas como fatores de risco para o consumo de álcool por Pechansky, Szobot, e Scivoletto (2004). Schenker e Minayo (2005) apontam que existem fatores de proteção individuais para o consumo de droga. Entre eles estão o temperamento que favoreça o enfrentamento do problema, a auto-imagem positiva, a auto-estima elevada, a capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas. Esses atributos, segundo as autoras, denotam auto-eficácia, autoconfiança, habilidades sociais e interpessoais, sentimentos de empatia, controle emocional, humor e relacionamento com os pares. As autoras continuam afirmando que a auto-estima elevada, os sentimentos de valor, respeito, orgulho, satisfação e habilidade com a vida podem ser fatores de proteção aos jovens contra a dependência de drogas quando combinada com outros fatores protetores do seu contexto de vida.

2 – Os grupos 3 e 4 tiveram as notas mais altas no domínio nível de independência, por outro lado, os grupos 1 e 5 obtiveram as notas mais baixas entre todos os adolescentes. Este resultado demonstra que os adolescentes que usam menos droga se sentem independentes, autoconfiantes e autônomos. Enquanto isso, os que mais consomem drogas sentem-se menos independentes, ou seja, mais dependentes, talvez da droga de consumo, talvez dos pais. Estes resultados confirmam os apresentados pela literatura de que, quanto melhor o relacionamento com os pais, menor o consumo de drogas e maior o sentimento de independência, autonomia e preparo para lidar com as dificuldades da vida (Tavares, Beria, & Lima, 2004; Sanchez, Oliveira, & Nappo, 2005; Pratta & Santos, 2006).

3 – Os grupos 3 e 4 obtiveram as médias mais altas no domínio condições gerais de saúde, ou seja, sentem-se mais satisfeitos com suas condições gerais, com suas habilidades, com seus recursos para lidar com a vida. Enquanto isso, os grupos 1 e 5 tiveram as notas mais baixas entre todos os estudantes no domínio Condições Gerais de Saúde. O jovem mais satisfeito com seu corpo e com a sua saúde, por um lado, tende a ser mais cuidadoso consigo mesmo; por outro, essa satisfação já é resultado de cuidados permanentes. Outros estudos mostram menor grau de satisfação e bem-estar geral entre os consumidores de álcool tabaco e/ou outras drogas do que na população geral. (Silva, Horta, Pontes, Faria, Souza, Cruzeiro et al., 2007; O'Brien & Bierman, 1988; Wenz-Gross, Siperstein, & Widaman, 1997; Torsheim & Wold, 2001). Não há muita concordância sobre a seguinte questão: o nível de satisfação já era baixo antes do consumo abusivo de substâncias psicoativas ou este consumo abusivo gerou menos bem-estar? (Reiff, Simantov, Schlen, & Klein, 2000; Whalen, Jamner, Henker, & Delfino, 2001).

4 – Os grupos 1 e 5 obtiveram as notas mais baixas entre todos os adolescentes no domínio Aspectos Sociais. Os grupos 3 e 4 apresentaram as notas mais altas dentre todos os alunos avaliados. Este resultado confirma os encontrados por outros estudos em que o adolescente, quando bebe ou usa outras drogas, tem como um de seus objetivos a busca da descontração, socialização e introdução no grupo de pares. (Schenker & Minayo, 2005). Por outro lado, a literatura mostra que jovens mais integrados socialmente tendem a ser mais felizes (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006).

Quanto à diferença de gêneros, ficou bastante evidente nos grupos que mais consomem drogas: 1 e 5. No entanto, no grupo 1, predominantemente feminino, o consumo é maior de remédios de emagrecer, tranquilizantes, solvente e álcool. No grupo 5, há maior consumo de tabaco, álcool,

maconha e solvente. Em vários estudos nacionais e internacionais observa-se uma nítida preferência por parte do sexo feminino, pelas drogas lícitas (medicamentos, como ansiolíticos e anfetamínicos e álcool). Entretanto, as drogas ilícitas fazem parte da preferência do sexo masculino (Guimarães, Godinho, Cruz, Kappanann, & Tosta Junior, 2004; Galduróz, Noto, & Carlini, 1997; Muza, Bettiol, Muccillo, & Barbieri, 1997).

Verificou-se, a partir desta investigação, a necessidade de desenvolvimento de programas de promoção de saúde voltado ao aumento da qualidade de vida e bem-estar subjetivo voltados à população adolescente. Além disso, conhecer as características gerais destes indivíduos pode facilitar as intervenções bem sucedidas.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2007). Critério de Classificação Econômica Brasil. Retirado a 24 de fevereiro de 2007 de: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf.
- Baus, J., Kupek, E., & Pires, M. (2002). Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista Saúde Pública*, 36(1), 40-46.
- Carlini-Cotrim, B., Carlini, E.A., Silva-Filho, A.R., & Barbosa, M.T.S. (1989) O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In *consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987*, Centro de documentação do Ministério da Saúde (Série C: Estudos e Projetos 5), 9-84.
- Ciconelli, R.M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)"*. Tese de Doutorado (Não publicada). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- Deslandes, S.F., Mendonça, E.A., Caiaffa, W.T., & Doneda, D. (2002). As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 141-152.
- Fleck, M.P.A., Leal, O.F., Louzada, S., Xavier, M., Chahamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pizon, V. (1999) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21(1), 19-28.

- Galduróz J.C.F., Noto A.R., & Carlini E.A. (1997). *IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas /Escola Paulista de Medicina.
- Guimarães, J.L., Godinho, P.H., Cruz, R., Kappanann, J.I., & Tosta Junior, L.A. (2004). Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 130-132.
- O'Brien, S.F., & Bierman, K.L. (1988). Conceptions and perceived influence of peer groups: Interviews with preadolescents and adolescents. *Child Development*, 59, 1360-1365.
- Muza G.M., Bettiol H., Muccillo G., Barbieri M.A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP. I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev. Saúde Pública*, 31, 21-9.
- Pechansky, F., Szobot, C.M., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: Conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 14-17.
- Perthus, I., Picard, V., Gerbaud, L., Clément, G., Laquet, A., Reynaud, M., & Glanddier, Y. (2003). Évaluation des consommations à risque. *Alcoologie et Addictologie*, 25(2), 99-104.
- Pratta, E.M.M., & Santos, M.A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: Um estudo bibliográfico. *Estud. Psicol. (Natal)*, 11(3), 315-322.
- Reiff, M.I., Simantov, E., Schlen, C., & Klein, J.D. (2000). Health compromising behaviors: Why adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine*, 154, 1025.
- Sanches, Z.V.D.M., Oliveira, L.G., & Nappo, S.A. (2005) Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Rev. Saúde Pública*, 39(4), 599-605.
- Schenker, M., & Minayo, M.C.S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 707-711.
- Silva, R.A., Horta, B.L., Pontes, L.M., Faria, A.D., Souza, L.D.M., Cruzeiro, A.L.S., et al. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: Fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, 23(5), 1113-1118.
- Simões, C., Matos, M.G., & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 7(2), 147-164.
- Tavares, B.F., Beria, J.U., & Lima, M.S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev. Saúde Pública*, 38(6), 787-796.

- Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: A general population study. *Journal of Adolescent Research, 16*(3), 293-303.
- Wenz-Gross, M., Siperstein, G.N., & Widaman, K.F. (1997). Stress, social support, and adjustment of adolescents in middle school. *Journal of Early Adolescence, 17*(2), 129-151.
- Whalen, C.K., Jamner, L.D., Henker, B., & Delfino, R.J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: Evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology, 20*(2), 99-111.
- Wolff, M.W., & Wolff, K.A. (2002). Personality characteristics as a function of frequency and type of substance use. *Adolescence, 37*(148), 705-716.

QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE MENTAL
E DESGASTE DAS MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

Neuza Silva^{1,2} / Carlos Carona^{1,2,3} / Maria Cristina Canavarro^{1,2,4}

¹FPCE, Universidade de Coimbra; ²Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Social e Vocacional da FPCE, Universidade de Coimbra ³Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra; ⁴Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos dos HUC

De uma forma geral, o conceito de doença crónica traduz todas as condições de doença prolongada e irreversível (Barros, 2003). Numa abordagem não categorial, as condições crónicas de saúde (CCS) conduzem a consequências classificáveis em 3 domínios conceptuais: (1) limitações funcionais; (2) dependência de mecanismos compensatórios para minimizar essas limitações; e (3) recurso ou necessidade acrescida de cuidados, médicos ou outros (Silver, Westbrook, & Stein, 1998). As implicações psicossociais para os cuidadores de crianças com CCS apresentam mais similitudes do que disparidades, sustentando esta abordagem não categorial (Kazak, 1987; Krulik et al., 1999; Wallander, Pitt, & Mellins, 1990).

A prestação de cuidados é uma atribuição normal inerente ao papel parental; no entanto, proporcionar o elevado nível de cuidados requeridos por uma criança com uma CCS pode causar desgaste adicional, com impacto na saúde física e psicológica dos cuidadores (Raina et al., 2004). As responsabilidades acrescidas dos pais de crianças com CCS incluem, não só os cuidados físicos das crianças, mas também ajudar a criança a adaptar-se à doença, lidar com os diversos serviços (por ex. médicos ou educativos) (Silver et al., 1998), gerir os tratamentos, monitorizar a doença e decidir sobre as intervenções (Bradford, 1997). A doença crónica muitas vezes acarreta ainda pressões financeiras com os tratamentos ou com a necessidade de um dos pais abandonar o emprego para cuidar da criança (Bradford, 1997).

Embora muitos pais lidem de forma adaptativa com a condição dos filhos, noutras situações as exigências impostas pela doença pediátrica excedem a sua capacidade de adaptação (Raina et al., 2004). A percepção dos cuidadores das suas responsabilidades e limitações associadas tem sido denominado por desgaste do cuidador (Canning, Harris, & Kelleher, 1996). Nas CCS pediátricas, o papel de cuidador primário das crianças é geralmente assumido pelas mães (Goldbeck, 2006; Ramaglia et al., 2007; Silver et al., 1998), não apenas devido às diferenças de género nos papéis familiares

(Pinquart, & Sörensen, 2006), mas também à relação de vinculação entre a mãe e a criança na qual a prestação de cuidados assume um papel fundamental (Canavarro, 1999). As mães de crianças com CCS despendem significativamente mais esforços e tempo na prestação de cuidados e menos tempo em actividades recreativas, comparativamente aos pais (Ramaglia et al., 2007), e às mães de crianças saudáveis (Quittner, Opipari, Regoli, Jacobsen, & Eigen, 1992), apresentando níveis mais elevados de desgaste (Green, 2007; Ramaglia et al., 2007), associados a maior *distress* psicológico (Canning et al., 1996). Estas mães tendem também a apresentar comprometimento da sua qualidade de vida (QdV) (Goldbeck, 2006) e mais distúrbios psiquiátricos (Hoare, 1984), nomeadamente sintomas depressivos (Goldbeck, 2006) e níveis significativos de stress (Kazak, 1987; Krulik et al., 1999; Wallander et al., 1990).

Apesar dos *outcomes* positivos associados à prestação de cuidados estarem ainda pouco estudados (Bolden & Wicks, 2009), alguns cuidadores interpretam as responsabilidades acrescidas de cuidar de um familiar com CCS como recompensadoras, ao gerarem sentimentos positivos de satisfação, utilidade e eficácia, ao possibilitarem o estabelecimento de relações de proximidade com uma pessoa significativa (Bolden & Wicks, 2009; Pinquart & Sörensen, 2003), ao oferecerem oportunidades de crescimento pessoal, de aquisição de competências, e de consciencialização do que realmente é significativo para elas (Green, 2007). Outra consequência positiva da prestação de cuidados é o estreitamento de vínculos familiares e de relações sociais (Green, 2007). As mães de crianças com CCS têm redes sociais mais robustas do que as mães de crianças saudáveis (Kazak, 1987), e níveis mais elevados de envolvimento familiar (Thornton et al., 2008) e de satisfação com a família (Goldbeck, 2006). A percepção de poucos benefícios na prestação de cuidados está associada com maior desgaste do cuidador (Green, 2007; Pinquart & Sörensen, 2003), e com níveis significativos de depressão (Pinquart & Sörensen, 2003).

Vários modelos conceptuais têm sido propostos com o intuito de especificar factores determinantes da saúde física e psicológica dos cuidadores de crianças com CCS, modelos estes que têm incorporado diversos factores de risco e de protecção, incluindo variáveis contextuais, características da criança (variáveis relacionadas com a doença/incapacidade, comportamento da criança), desgaste associado à prestação de cuidados, factores intrapsíquicos do cuidador (e.g., auto-estima e sentido de competência) e factores de *coping* (e.g., suporte social, funcionamento familiar e gestão do stress) (Raina et al., 2004; Silver et al., 1998).

Neste contexto, são objectivos deste estudo: (1) avaliar a QdV das mães de crianças/adolescentes com CCS, comparativamente a uma amostra homóloga da população geral; (2) identificar as dimensões do desgaste associado à prestação informal de cuidados preditoras da QdV e do *distress* psicológico; e (3) analisar as relações entre o crescimento pessoal associado à prestação informal de cuidados e o bem-estar psicológico neste grupo de mães.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi recolhida nos serviços de Neurologia e de Alergologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra, tendo sido constituída por 48 mães de crianças e adolescentes de ambos os géneros (27 rapazes e 21 raparigas), com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos ($M=12,21$; $DP=3,13$), com condições crónicas de saúde (27 crianças e adolescentes com asma e 21 com epilepsia). As mães que participaram no estudo tinham idades compreendidas entre os 31 e 57 anos ($M=40,46$; $DP=5,61$), na sua maioria casadas (85,4%) e com outros filhos para além da criança com CCS (79,2%), com um nível socioeconómico baixo (52,1%) ou médio (41,7%) e sem problemas de saúde crónicos (75%) ou história de problemas psiquiátricos (70,8%).

A amostra da população geral ($n=48$) foi seleccionada a partir da amostra dos estudos de validação do WHOQOL-BREF para a Portugal, de acordo com os critérios: género feminino, não apresentarem CCS, não estarem a tomar medicação e não terem recorrido a serviços de saúde no último ano, excepto para consultas de rotina. Esta amostra é homóloga à amostra de mães de crianças e adolescentes com CCS em termos de idade, estado civil e nível socioeconómico.

Material

O protocolo de avaliação incluiu uma ficha de dados clínicos e sociodemográficos, a Escala de Desgaste do Cuidador-Revista, o WHOQOL-BREF e o Inventário de Saúde Mental.

A Escala de Desgaste do Cuidador-Revista (Montgomery, Kosloski, & Colleagues, 2006; tradução e adaptação de Carona et al., 2008), indo ao encontro das abordagens conceptuais de desgaste do cuidador encontradas na literatura (Montgomery et al., 2000), avalia a sobrecarga a que o cuidador está sujeito em 3 sub-escalas de desgaste: desgaste da relação (estado psicológico negativo do cuidador resultante de exigências percebidas como excessivas às impostas pela condição de saúde da pessoa a que se presta cuidados), desgaste objectivo (estado psicológico negativo que resulta da interferência da prestação de cuidados na vida do cuidador) e desgaste subjectivo (forma geral de afecto negativo que resulta da prestação de cuidados, mas que não é o resultado directo de nenhum acontecimento específico). Inclui ainda uma sub-escala de crescimento pessoal que avalia o resultado psicológico positivo associado à prestação de cuidados (satisfação com as tarefas de cuidados, melhoria da relação com a pessoa doente, afecto geral positivo). É composta por 22 itens, avaliados numa escala de Likert de 5 pontos, entre “nada” e “muitíssimo”. Na nossa amostra, a análise da consistência revelou valores de Alfa de *Cronbach* de 0,92 para o desgaste global e 0,78 para a escala de crescimento pessoal.

O WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa de Vaz-Serra et al., 2006) avalia a QdV de indivíduos adultos, saudáveis e não saudáveis. É composto por 26 itens, avaliados em termos de intensidade, capacidade, frequência e avaliação, numa escala de Likert de 5 pontos. Os 26 itens que compõem este instrumento avaliam uma faceta geral de QdV e 24 facetas específicas, organizadas em 4 domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e ambiente. O instrumento revelou boa consistência interna, com valores de Alfa de *Cronbach* de 0,94 na amostra de mães de crianças e adolescentes com CCS, e de 0,93 na amostra da população geral.

O Inventário de Saúde Mental [MHI-5] (Brook et al., 1979; adaptado à população portuguesa por Pais-Ribeiro, 2001), versão reduzida do MHI desenvolvida com o objectivo de avaliar a saúde mental em investigações epidemiológicas, é um questionário de auto-resposta, com uma escala de resposta de tipo ordinal de 6 posições, desde “nunca” a “sempre”. Os 5 itens do MHI-5 focam sintomas psicológicos de humor e ansiedade, de perda de controlo sobre os emoções e comportamentos e de bem-estar e agrupam-se em duas dimensões: *distress psicológico* e *bem-estar psicológico*. Na nossa amostra a consistência interna para a escala de *distress psicológico* foi de 0,88 e para a escala de *bem-estar* de 0,79.

Procedimentos

Após efectuadas as diligências necessárias e os contactos institucionais para autorização de recolha da amostra nos Hospitais da Universidade de Coimbra e no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra, e aprovado o estudo pelas respectivas Comissões de Ética, procedeu-se à recolha da amostra, no período entre 17 de Abril e 29 de Maio de 2009. A aplicação dos protocolos foi precedida de uma breve exposição dos objectivos do estudo e pedido de assinatura do consentimento informado para a participação na investigação. Os protocolos, de auto-resposta, foram administrados às mães de crianças e adolescentes com CCS nos próprios serviços de saúde, ou, em caso de impossibilidade de preenchimento no local, foram entregues às mães, acompanhados de envelope selado, para que preenchessem em casa e devolvessem posteriormente pelo correio.

RESULTADOS

Foi efectuada uma análise comparativa entre a QdV, a saúde mental e o desgaste das mães de crianças e adolescentes com diferentes CCS (epilepsia ou asma), com recurso ao teste *t* de *student* para amostras independentes, análise esta que não revelou quaisquer diferenças estatisticamente significativas. No entanto, quando comparadas com uma amostra homóloga da população geral, as mães de crianças e adolescentes com CCS apresentaram QdV inferior no domínio físico ($M=70,21$; $DP=16,66$) do que as mães de crianças e adolescentes saudáveis ($M=79,84$; $DP=13,31$; $t_{(1,93)}=-3.11$; $p=0,002$). Por outro lado, a nossa amostra de mães cuidadoras revelou melhor QdV no domínio das relações sociais ($M=73,05$; $DP=17,31$) do que a população em geral ($M=67,01$; $DP=13,53$; $t_{(1,93)}=1,90$; $p=0,061$), embora com um intervalo de confiança de 90%.

A identificação das dimensões de desgaste preditoras da QdV e do *distress* psicológico das mães foi realizada a partir de regressões lineares múltiplas (método *stepwise*), controlando a idade e nível socioeconómico das mães e da gravidade da CCS pediátrica, através da inclusão destas variáveis no 1º bloco da regressão. O desgaste, nas suas dimensões objectiva e subjectiva, demonstrou ser factor preditor da QdV psicológica das mães,

tendo explicado 28,2% da sua variância. A dimensão subjectiva do desgaste explicou ainda 13,6% da variância da QdV no domínio ambiente. O desgaste subjectivo revelou-se também factor preditor do *distress* psicológico, explicando 34,7% da sua variância.

Foram ainda efectuadas análises da variância (*one-way* ANOVA, com comparações múltiplas *post-hoc* de Bonferroni) dos resultados obtidos pelas mães nos instrumentos de avaliação da QdV e da saúde mental em função dos níveis de desgaste. Para esta análise, as pontuações obtidas para cada dimensão na Escala de Desgaste do Cuidador foram categorizadas em níveis de desgaste elevado, médio e baixo, de acordo com as normas interpretativas das pontuações do instrumento (Montgomery et al., 2006). Os resultados obtidos mostram que o desgaste subjectivo teve um impacto significativo na QdV e na saúde mental das mães de crianças e adolescentes com CCS. As mães com elevado desgaste subjectivo apresentaram maior comprometimento da sua QdV no domínio psicológico [$F_{(2,45)}=3,83$; $p=0,029$] e ambiente [$F_{(2,45)}=4,78$; $p=0,013$], comparativamente às mães com baixos níveis de desgaste subjectivo. Este grupo de mães com níveis de desgaste subjectivo elevados manifestaram ainda maior *distress* psicológico [$F_{(2,45)}=9,02$; $p=0,001$] do que as mães com níveis de desgaste subjectivo médios ou baixos. Também o desgaste da relação influenciou significativamente o *distress* psicológico das mães cuidadoras [$F_{(2,24)}=4,03$; $p=0,025$], tendo as mães com elevados níveis de desgaste da relação revelado maior *distress* psicológico, comparativamente às mães com níveis médios de desgaste da relação.

Para averiguar a natureza das associações entre o bem-estar psicológico e o crescimento pessoal associado à prestação informal de cuidados foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson*, que mostraram uma correlação positiva entre estas duas variáveis, embora apenas com significância estatística para o grupo de mães de crianças mais novas ($r=0,424$; $p=0,022$).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos sugerem que as mães de crianças e adolescentes com CCS estão sujeitas a níveis elevados de desgaste associado à prestação informal de cuidados, constituindo-se num grupo particularmente vulnerável ao comprometimento da sua QdV e saúde mental. A

inexistência de diferenças na QdV, saúde mental e no desgaste das mães em função do diagnóstico da criança/adolescente (asma ou epilepsia) sugere que as preocupações e responsabilidades acrescidas das mães não dependem das características particulares da CCS, mas da sua mera presença, indiciando, à semelhança de outros trabalhos (Kazak, 1987; Krulik et al., 1999; Wallander et al., 1990), a adequação de uma abordagem não categorial no estudo da adaptação dos cuidadores às CCS pediátricas.

Comparativamente a um grupo homólogo da população em geral, as mães de crianças e adolescentes com CCS revelaram menor QdV no domínio físico. Independentemente da idade e nível socioeconómico das mães e da gravidade da CCS pediátrica, o desgaste associado à prestação informal de cuidados revelou-se um importante preditor da QdV e do *distress* psicológico neste grupo de mães. No entanto, o desgaste objectivo, resultante da interferência da prestação de cuidados no quotidiano das mães, apenas se revelou preditor da QdV psicológica. Já a dimensão subjectiva do desgaste demonstrou ser preditora da QdV nos seus domínios psicológico e ambiente, assim como do *distress*. Já Canning et al. (1996) haviam observado que a percepção de desgaste do cuidador, mas não a avaliação clínica desse desgaste, era preditora do *distress* do cuidador. Estes resultados sugerem que as dificuldades de adaptação das mães à CCS dos filhos estão mais associadas às emoções e cognições negativas relacionadas com a prestação informal de cuidados do que à sobrecarga causada pelos cuidados adicionais requeridos pelas crianças com CCS.

Tal como já havia sido referido na literatura (Bolden, & Wicks, 2009; Green, 2007; Pinquart, & Sörensen, 2003), algumas mães perceberam benefícios associados à prestação informal de cuidados, em termos de sentimentos positivos, satisfação com as tarefas de cuidados e melhoria da relação com os filhos. Estes *outcomes* positivos da prestação de cuidados associaram-se positivamente ao bem-estar psicológico das mães. Consistentemente com o trabalho de outros autores (e.g. Kazak, 1987), este grupo de mães também revelou melhor QdV no domínio das relações sociais, comparativamente a um grupo homólogo da população em geral, sugerindo que, face às adversidades causadas pela CCS dos filhos, as mães tendem a estreitar as suas relações pessoais e redes de suporte social.

Face aos resultados obtidos neste estudo, as CCS pediátricas parecem constituir um factor de maior risco para o comprometimento da QdV e da saúde mental deste grupo de mães. Assim, no sentido de melhorar a QdV

e a saúde mental dos cuidadores, potenciando a sua tarefa de prestação informal de cuidados, e, consequentemente, maximizando a saúde física e psicológica das crianças e adolescentes com CCS, será importante, no contexto dos cuidados de saúde pediátricos, a integração de intervenções psicossociais dirigidas aos cuidadores. Sendo a dimensão subjectiva do desgaste que mais se associa com a QdV e com o *distress* das mães, intervenções psicoterapêuticas focalizadas na redução dos afectos negativos e na promoção de atribuições positivas à prestação informal de cuidados poderão traduzir-se numa redução do desgaste e no aumento do crescimento pessoal, e, consequentemente numa melhor adaptação destas mães. As implicações deste estudo estendem-se, não apenas ao nível clínico, mas também ao nível político e institucional acarretando necessidades de reorganização das rotinas dos cuidados de saúde pediátricos, de recursos financeiros e de reestruturação das entidades empregadoras das mães no sentido de minimizar os conflitos entre as obrigações laborais e familiares destas mães.

Os resultados deste estudo lançam alguns desafios para investigações futuras, salientando a necessidade de identificar outras variáveis preditoras da QdV e da saúde mental das mães de crianças e adolescentes com CCS, assim como esclarecer o papel moderador ou mediador destas variáveis na relação entre as CCS e a adaptação individual e familiar. Podem ser apontadas como exemplos de algumas destas variáveis as estratégias de *coping*, a percepção de suporte social e a satisfação/ conflito com o trabalho. É igualmente fundamental clarificar os processos transaccionais entre a adaptação individual e familiar das crianças e adolescentes com CCS e dos seus cuidadores familiares. Também deverão ser alvo de mais investigação as dimensões positivas da adaptação e as oportunidades de desenvolvimento, no sentido de promover o bem-estar dos cuidadores primários de crianças e adolescentes com CCS.

REFERÊNCIAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bolden, L., & Wicks, M. N. (2009). Predictors of mental health, subjective burden, and rewards in family caregivers of patients with chronic liver

- disease. *Archives of Psychiatric Nursing* (in press). Retirado de <http://www.sciencedirect.com>, em 22 de Outubro de 2009.
- Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease: Psychological models and methods of care*. London: Routledge.
- Canavarro, M.C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canning, R.D., Harris, E.S., & Kelleher, K.J. (1996). Factors predicting distress among caregivers to children with chronic medical conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(5), 735-749.
- Goldbeck, L. (2006). The impact of newly diagnosed chronic pediatric conditions on parental quality of life. *Quality of Life Research*, 15, 1121-1131.
- Green, S.E. (2007). "We're tired, not sad": Benefits and burdens of mothering a child with a disability. *Social Science & Medicine*, 64, 150-163.
- Hoare, P. (1984). Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 26, 14-19.
- Kazak, A.E. (1987). Families with disabled children: Stress and social networks in three samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(1), 137-146.
- Krulik, T., Turner-Henson, A., Kanematsu, Y., Al-Ma'aitah, R., Swan, J., & Holaday, B. (1999). Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: A cross-cultural study. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(2), 130-140.
- 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 Divide* (pp. 27-54). Singapore: The National University of Singapore Press.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58(2), 112-128.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiving stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61(1), 33-45.
- Quittner, A.L., Oipari, L.C., Regoli, M.J., Jacobsen, J., & Eigen, H. (1992). The impact of caregiving and role strain on family life: Comparisons between mothers of children with cystic fibrosis and matched controls. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 275-290.
- Raina, P., O'Donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J., et al. (2004). Caregiving process and caregiving burden: Conceptual models to guide research and practice. *Pediatrics*, 4, 1-13.

- Ramaglia, G., Romeo, A., Viri, M., Lodi, M., Sacchi, S., & Cioffi, G. (2007). Impact of idiopathic epilepsy on mothers and fathers: Strain, burden of care, worries and perception of vulnerability. *Epilepsia*, 48(9), 1810-1813.
- Silver, E.J., Westbrook, L.E., & Stein, R.E.K. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(1), 5-15.
- Thornton, N., Hamiwka, L., Sherman, E., Tse, E., Blackman, M., & Wirrell, E. (2008). Family function in cognitively normal children with epilepsy: Impact on competence and problem behaviors. *Epilepsy & Behavior*, 12, 90-95.
- Wallander, J.L., Pitt, L.C., & Mellins, C.A. (1990). Child functional independence and maternal psychosocial stress as risk factors threatening adaptation in mothers of physically or sensorially handicapped children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 818-824.

**BONDING E PREMATURIDADE: ESTUDO DO ENVOLVIMENTO
PATERNAL PRECOCE NUM CONTEXTO DE INTERNAMENTO**

Nuno Saldanha / Isabel Leal

ISPA – Instituto Universitário

A presença constante das mães como cuidadoras primárias promoveu, até recentemente, o implícito pressuposto de que a relação pai/filho teria pouco impacto sobre o desenvolvimento infantil (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth, & Lamb, 2000). Valorizado sobretudo pelo seu suporte financeiro e instrumental, o homem tem sido frequentemente remetido para o papel de segundo objecto ou primeiro estranho (Gomez, 2005). Apesar do foco de investigação, quase exclusivo, na relação mãe/criança, o papel do pai enquanto prestador de cuidados, e as singularidades do seu envolvimento físico e emocional com a criança têm despertado, nos últimos anos, particular interesse, tanto na comunidade científica, como na sociedade em geral (Lamb, 1992). Actualmente são vários os estudos cujos resultados demonstram uma vivência mais efectiva e afectiva da paternidade (Mendes, 2007). Existe, por conseguinte, uma vontade por parte dos pais em estarem presentes no crescimento e no desenvolvimento dos filhos, embora esta tendência não seja regular (Monteiro, Veríssimo, Santos, & Vaughn, 2008), dependendo principalmente da idade e da posição socioeconómica dos homens em questão.

O termo *bonding* foi empregue pela primeira vez por Klaus e Kennell em 1976, tendo sido utilizado para descrever um vínculo único, específico e duradouro que se estabelece nos primeiros contactos entre a mãe e o bebé. Actualmente, o *bonding* tem sido descrito como um processo gradual de envolvimento afectivo dos pais com o filho, que se estabelece/constrói a partir da gravidez mas, fundamentalmente, no parto e nos primeiros momentos que se seguem ao nascimento. Os poucos estudos realizados com a figura paterna demonstram um impacto positivo no envolvimento emocional e na qualidade de interacção dos pais com os filhos quando existe um contacto precoce com o bebé (Figueiredo, 2005).

Na opinião de Fegran, Helseth, e Fagermoen (2008), o nascimento pré-termo e a consequente hospitalização têm um grande impacto emocional nos progenitores e são disruptivos do processo de vinculação e de envolvimento com o bebé. Apesar destas dificuldades, o homem parece estar preparado para o envolvimento e para a interacção com o filho desde o nascimento. Consequentemente, assistimos a sentimentos de ambivalência face aos primeiros contactos do indivíduo com o recém-nascido.

A situação de parto pré-termo representa, deste modo, um momento específico de crise familiar, cujo impacto ao nível da relação pai/filho permanece ainda insuficientemente explorado/investigado. É, pois, necessário incrementar em Portugal a investigação na área da prematuridade, especialmente no que diz respeito ao envolvimento paterno precoce. Este trabalho de investigação ambiciona assim ser uma útil contribuição para o estudo e para a divulgação da paternidade activa, num contexto de internamento.

MÉTODO

Participantes

Para a realização deste trabalho de investigação foram entrevistados cinco homens, pais de um bebé prematuro internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Os critérios de inclusão dos participantes neste estudo foram bastante latos, pelo que os pais entrevistados e que vieram posteriormente a integrar o presente projecto de investigação, constituem uma amostra rica, mas também bastante heterogénea e diversificada. Os critérios para a inclusão de participantes neste estudo foram os seguintes: indivíduo do sexo masculino pai de um bebé prematuro (24-35 semanas), com um mínimo de três visitas ao bebé até à data da entrevista.

Material

No presente trabalho de investigação foi utilizada uma entrevista clínica, semi-estruturada, de forma a avaliar o envolvimento emocional dos pais participantes. A entrevista em questão compreendeu o estudo exploratório e qualitativo do envolvimento emocional, da adaptação parental e sua satisfação, da motivação/vontade de envolvimento paternal e da interacção de cada indivíduo com o respectivo bebé. Foram também indagadas as atribuições que os pais e respectivas companheiras fazem a respeito do envolvimento paterno precoce.

Procedimentos

A amostra foi recolhida no Hospital São Francisco Xavier – Unidade de Neonatologia. Após a selecção inicial dos participantes através de uma

amostra de conveniência, foi realizado um primeiro contacto de apresentação e consequente explicação do âmbito geral do trabalho de investigação. Posteriormente a este contacto, foi agendada uma entrevista semi-estruturada com os pais que acordaram participar no presente estudo. O método utilizado na decomposição e no tratamento das conversações obtidas foi a análise de conteúdo (Bardin, 2008).

RESULTADOS

Após a aplicação da entrevista semi-estruturada e do posterior início da análise de conteúdo, foi possível agrupar as respostas dos cinco pais entrevistados em torno de cinco temas base: matriz de apoio; sentimentos e reacções anteriores ao nascimento do bebé; sentimentos e reacções posteriores ao nascimento do bebé; envolvimento com o bebé e reflexão final. A constituição destas categorias facilitou a análise e a posterior elaboração do tema que nos propusemos investigar. Deste modo, registaram-se os seguintes resultados: a existência de uma relação conjugal de apoio e incentivo à participação paterna no seio do casal; a sobreposição de sentimentos positivos de felicidade e satisfação antes e após o nascimento do bebé em detrimento de sentimentos negativos; a existência não só de um desejo de contacto e proximidade com o recém-nascido, como também um efectivo envolvimento com a criança prematura; a valorização do envolvimento paterno por parte dos homens entrevistados, principalmente a partir dos primeiros dias após o nascimento do bebé; a manifestação de uma carência por parte dos pais em serem ouvidos, expressa pela necessidade de falar e pela disposição em participar na presente investigação.

DISCUSSÃO

Segundo Bouchard, Lee, Asgary, e Pelletier (2007), o envolvimento paterno é determinado por diferentes razões. Com base na análise dos quatro factores condicionantes do envolvimento de um pai com o filho enumerados por Lamb (1992) (Motivação, Autoconfiança, Apoio e Práticas Institucionais), parecem estar reunidas as condições necessárias

para que os homens entrevistados possam estabelecer uma relação de proximidade e de envolvimento com seus bebês pré-termo. Parece existir igualmente uma divisão da responsabilidade no que diz respeito ao envolvimento paterno, sendo que dois dos factores abordados são inerentes e da responsabilidade do pai (Motivação e Autoconfiança), enquanto que os outros dois aspectos são extrínsecos à vontade e à capacidade do homem (Apoio e Práticas Institucionais). Apesar de todos os níveis serem igualmente importantes e interdependentes, é necessário destacar a motivação do homem em participar e se envolver. Este factor parece, deste modo, destacar-se como o ponto de partida para o estabelecimento de uma relação efectiva e afectiva entre pai e filho.

Com base na amostra recolhida podemos também concluir que a avaliação do envolvimento paterno (Lamb, Pleck, & Charnov, 1985) pode ser classificada de forma positiva na presente investigação. Apesar da heterogeneidade dos cinco pais participantes, verificou-se também uma constante e intensa vontade dos homens em interagirem e se envolverem com o bebé prematuro. Todos os indivíduos abordados demonstraram-se ainda acessíveis e responsáveis pelas suas crianças. Apesar da homogeneidade ao nível das intenções e dos comportamentos dos pais abordados, torna-se equitativamente necessário enquadrar a especificidade do envolvimento paterno abordado. Se, por um lado, a situação de internamento consiste num momento de crise familiar com elevados riscos ao nível da perturbação da adaptação parental (Pedrosa et al., 2005) e, naturalmente, ao nível da capacidade de envolvimento dos pais com o bebé prematuro (Fegran et al., 2008), por outro, esta situação particular parece também oferecer ao pai condições específicas, potenciadoras do desenvolvimento da sua relação com a criança (Lindberg, Axelsson, & Ohrling, 2008). Verifica-se, por conseguinte, a existência de um espaço comum e igualitário para o contacto e para a interacção dos pais com o recém-nascido, assim como também parece existir, neste tipo de unidades, uma atenção especial à figura paterna por parte da equipa médica. Deste modo, é prestado ao homem um suporte adicional, tanto em termos de apoio e incentivo à participação, como também ao nível de suporte psicológico prestado neste período inicial de transição para a parentalidade.

Assim, a condição de internamento por prematuridade parece evidenciar-se como uma situação que, embora se apresente difícil e sôfrega para os progenitores, oferece também possibilidades de contacto e envolvimento do pai com o recém-nascido. Tal como referiu um dos pais entrevistados,

o período de internamento é um momento de pausa, de estabelecimento de uma relação difícil, mas também necessária e fundamental. Apesar de o envolvimento precoce ser maioritariamente descrito como limitado e insuficiente, parece igualmente revelar-se como capital no posterior envolvimento do pai com o bebé após a alta hospitalar (Falceto, Fernandes, Baratojo, & Giugliani, 2008).

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bouchard, G., Lee, C.M., Asgary, V., & Pelletier, L. (2007). Fathers' Motivation for Involvement with Their Children: A Self-Determination Theory Perspective. *Fathering: A Journal of Theory, Research, & Practice about Men as Fathers*, 5(1), 25-41.
- Cabrera, N., Tamis-LeMonda, C., Bradley, R., Hofferth, S., & Lamb, M. (2000). Fatherhood in the Twenty-First Century. *Child Development*, 71(1), 127-136.
- Gomez, R. (2005). O Pai – Paternidade em transição. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de século.
- Falceto, O.G., Fernandes, C.I., Baratojo, C., & Giugliani, E.J. (2008). Factores Associados ao Envolvimento do Pai nos Cuidados ao Lactente. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1034-1040.
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M.S. (2008). A comparison of mothers and fathers experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816.
- Figueiredo, B. (2005). 'Bonding' pais-bebé. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 287-314). Lisboa: Fim de Século.
- Lamb, M., Pleck, J.H., & Charnov, E.L. (1985). Paternal Behavior in Humans. *American Zoologist*, 25(3), 883-894.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 1(10), 19-34.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Ohrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 79-85.
- Mendes, R. (2007). *A parentalidade experimentada no masculino: As vivências da paternidade*. Acedido em 5/5/2008, em <http://www.cies.iscte.pt/documents/CIES-WP22.pdf>

- Monteiro, L., Veríssimo, M., Santos, A., & Vaughn, B. (2008). Envolvimento Paterno e Organização dos Comportamentos de Base Segura das Crianças em Famílias Portuguesas. *Análise Psicológica*, XXVI(3), 395-409.
- Pedrosa, A.A., Matos, D., Canavarro, M.C., Oliveira, C.M., Moura-Ramos, M.M., & Monteiro, S.O. (2005). Prematuridade e transição para a parentalidade: comparação da percepção de stress e impacto emocional em mães e pais de bebés prematuros. In Actas de las comunicaciones y pósters presentados en el II Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Acedido em 5/4/2009, em http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/araujo/araujo.htm

PROCESSOS COGNITIVOS E EMOCIONAIS ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL NA TERCEIRA IDADE

Patrícia Alinho^{1,2} / Marina Carvalho^{1,3}

¹Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias,

²Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta,

³Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

A sexualidade é um aspecto central da condição humana e representa uma das formas de interacção entre indivíduos, pelo que a sua compreensão pode facilitar a identificação dos mecanismos que as regulam (Vala, & Monteiro, 2004).

Frequentemente, emergem preocupações e/ou problemas relacionados com a sexualidade, de ordem física, psicológica e cultural que afectam os indivíduos de todas as idades.

Apesar de vivermos numa sociedade moderna, existe uma perpetuação das dificuldades em lidar com a temática da sexualidade, particularmente, no que se refere aos idosos, tornando este assunto complexo para ser discutido nesta faixa etária (Hirt, 1966).

A ideia de degeneração do idoso é reforçada pelos estereótipos e preconceitos existentes na sociedade actual. Alguns indivíduos desta faixa etária crêem que a manutenção do interesse sexual nesta fase constitui uma aberração, ficando constrangidos com os assuntos relacionados com esta temática (Gatzanis, 1999). Desta forma, é fundamental reformular os conceitos existentes acerca do comportamento sexual dos idosos.

O tema da sexualidade tem sido alvo de mitos que comprometem o modo como esta é percebida pelos idosos. A combinação de factores físicos, psicológicos e sociais exerce influência nos pensamentos e atitudes subjacentes à sexualidade. Alguns estudos revelaram que o comportamento dos idosos é regulado segundo o estado de saúde, os tabus sociais, o relacionamento conjugal, o conhecimento e a informação de que dispõem acerca da sexualidade e também o tipo de atitudes que revelam acerca da mesma.

Os escassos estudos realizados com esta população sugerem que a maioria dos homens e mulheres permanece sexualmente activa até tarde, contrariando o mito que associa inevitavelmente a fase tardia da vida à inactividade sexual entre os idosos. Com efeito, o desejo e a actividade sexual mantêm-se ao longo da vida, no entanto podem ser afectados de diferentes modos pelo processo de envelhecimento e por todos os factores inerentes (Meston, 1997).

No que concerne às alterações fisiológicas e biológicas a estimativa da prevalência de disfunções sexuais na Terceira Idade é complexa, uma vez que as alterações psicológicas suscitam consequências no funcionamento sexual análogas às resultantes das disfunções sexuais.

De um modo geral, as dificuldades no funcionamento sexual feminino surgem posteriormente à menopausa, tornando-se difícil definir a etimologia das disfunções. De igual forma, nos homens, as alterações hormonais que se verificam e que influenciam o funcionamento sexual, em conjunto com os factores psicológicos e sociais inerentes a cada indivíduo, tornam também complexa a compreensão da sua incidência (Trudel, Turgeon, & Piché, 2000).

Apesar da ênfase colocado no coito como única forma de actividade sexual, o que coloca os idosos como inactivos nesta matéria, os estudos realizados apontaram para a existência de uma série de práticas em que estes casais se envolvem com maior frequência, tais como o toque, a carícia, a fantasia e a masturbação (Meston, 1997).

Outro estudo revelou que os indivíduos desta faixa etária incluíam nas suas práticas sexuais o toque e os beijos. Porém, como actividades não experienciadas ou necessárias referiram o coito/penetração e a masturbação simultânea (Ginsberg, Pomerantz, & Kramer-Feeley, 2005).

Assim sendo, considerando que as alterações físicas resultantes do avançar da idade contribuem de modo negativo para a actividade sexual, tornando-se menos importante e representando maiores dificuldades, a verdade é que todos os idosos deviam incitar e estimular diferentes formas de vivenciar a intimidade, alterando os seus comportamentos sexuais de modo mais adequado às suas capacidades e desejos (Parker, 2006).

Para além da influência de factores biológicos, sociais ou relacionais, outros autores salientaram a importância e determinação dos processos de cariz cognitiva e emocional no funcionamento sexual de ambos os géneros (Nobre, 2006).

Padoani e colaboradores (2000) defenderam a importância do funcionamento cognitivo na avaliação da actividade sexual na Terceira Idade, em especial nas mulheres. Para os homens, as limitações que acompanham a idade e a satisfação com a qualidade de vida são os preditores mais relevantes do interesse sexual. Por outro lado, o género feminino é mais susceptível às influências culturais e ao relacionamento conjugal, é presumível que quanto maior a qualidade de vida maior o interesse sexual.

A revisão da literatura indica que os processos cognitivos em geral, em consonância com múltiplos factores, desempenham um papel relevante no funcionamento sexual dos indivíduos, podendo implicar dificuldades face à sexualidade (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006).

Embora a literatura identifique alterações decorrentes do desenvolvimento humano como potenciais factores de interferência no funcionamento sexual, nomeadamente, no interesse, desejo e actividade sexual, comumente, verificou-se a tendência em rigidificar algumas crenças pelas experiências dos indivíduos percebidas negativamente e os pensamentos procedentes das mesmas.

O presente estudo foi desenvolvido com o objectivo de analisar a relação entre as atitudes, as crenças e os comportamentos de indivíduos na Terceira Idade face à sexualidade, analisando e comparando a frequência da actividade sexual e o interesse e as atitudes sexuais aos 35/45 anos e no momento da avaliação.

MÉTODO

Participantes

Participaram no presente estudo 136 indivíduos, 54 do sexo masculino e 82 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 65 e 82 anos respectivamente, pertencentes à população em geral e alunos da Universidade Sénior de Almada (USALMA). A maior parte dos participantes (68,5%) eram casados, reformados (84,9%), oriundos de um meio social urbano (76,9%) e católicos (74,4%).

Material

Neste estudo foram utilizados 5 instrumentos, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE, Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994), utilizado para excluir da amostra todos os indivíduos que apresentassem um défice cognitivo; o *Senior Adult Sexuality Scales* (SASS; Weinstein, 1988); o *Questionário de Modos Sexuais* (QMS; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003); o *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais* (QCSD; Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003) e o *Questionário de Activação de*

Esquemas Cognitivos em Contexto Sexual (QAECCS; Nobre & Pinto-Gouveia, no prelo).

Procedimentos

A amostra de idosos foi recolhida junto da população em geral, bem como alunos da USALMA. A aplicação dos instrumentos realizou-se em grupos pequenos e individualmente, sendo a previamente aplicado o MMSE em contexto individual.

A recolha de dados para a presente investigação foi efectuada em aproximadamente três meses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito aos relatos sobre a frequência média da prática sexual (por semana) segundo o género, os resultados apontaram para um valor médio de frequência de relações sexuais relatadas pelos indivíduos de 2,1 vezes no género masculino e de 1,9 vezes no género feminino. Os dados obtidos foram confirmados pela investigação efectuada por Wiley e Bortz II (1996), na qual os indivíduos relataram praticar actividades sexuais pelo menos uma vez por semana. De igual forma, Lindau e colaboradores (2007) afirmaram que 54% dos indivíduos activos mantêm relações sexuais duas a três vezes por mês, e 23% indicou uma vez por semana ou mais.

Quanto à prática sexual relatada com maior frequência pelos sujeitos em estudo verificou-se o toque. Trudel e colaboradores (2000) defendem que, nesta faixa etária, a prioridade na actividade sexual não é a penetração, mas sim o toque e as relações íntimas por si só, encontrando-se em concordância com os resultados obtidos neste estudo.

Considerando a avaliação dos relatos referentes aos dois momentos em análise, denotou-se uma diminuição do interesse sexual no momento da avaliação, comparativamente à faixa etária dos 35/45 anos de idade. De acordo com o estudo de Wiley e Bortz II (1996), regista-se uma diminuição de 60% na frequência de actividades sexuais, o que, uma vez mais, confirma os resultados obtidos no presente trabalho.

No que concerne às atitudes sexuais na terceira idade, a variável idade mostrou estar relacionada com uma alteração das atitudes face à

sexualidade, evidenciando uma evolução para atitudes menos liberais com o avançar da idade, na amostra em estudo. Estes resultados foram confirmados por Trudel e colaboradores (2000) que defendem a alteração nas atitudes sexuais, tornando-se mais conservadoras.

Os resultados referentes às atitudes sexuais indicaram ainda que o género masculino, tanto no momento da avaliação como nos relatos referentes à faixa etária 35-45 anos, relatou atitudes mais liberais comparativamente ao género feminino. Na literatura consultada não existe indicação de nenhum estudo efectuado com esta faixa etária, dirigido à evolução das atitudes sexuais ao longo do ciclo de vida. Todavia, num estudo efectuado com participantes com idades compreendidas entre os 18 e 31 anos, com o objectivo de avaliar as atitudes sexuais dos mesmos face a si e aos outros, os relatos dos participantes indicaram atitudes sexuais mais conservadoras face a si próprios e mais liberais face aos outros (Duyan, & Duyan, 2005). Por fim, no que respeita aos processos cognitivos inerentes à sexualidade na terceira idade, o género masculino, apresentou uma associação negativa entre a maioria das crenças disfuncionais e a frequência do toque, bem como, entre os esquemas cognitivos negativos a frequência de sexo oral. Para além da crença conservadora (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006), nenhum outro resultado foi confirmado pelos estudos consultados na literatura disponível.

De igual forma, no género feminino observou-se uma associação negativa entre a maioria das crenças e os esquemas cognitivos para a frequência de relações sexuais. Estes resultados não foram suportados pela literatura.

REFERÊNCIAS

- Duyan, V., & Duyan, G. (2005). Turkish social work students' attitudes toward sexuality. *Sex Roles*, 52(9/10), 697-706.
- Gatzanis, S. (1999). Sexuality across the life course. *Sexual and Marital Therapy*, 14(4), 414-415.
- Ginsberg, T., Pomerantz, S., & Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviours and preferences. *Age and Ageing*, 43, 1-5.
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população Portuguesa da Tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 51, 9-10.

- Hirt, N. (1966). Sexual Difficulties after 50: the psychiatrist's view. *Canadian Medical Association Journal*, 94, 213-214.
- Lindau, S., Schumm, L., Laumann, E., Levinson, W., et al. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the united states. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- Meston, C. (1997). Aging and sexuality. *Successful Aging*, 167, 285-289.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais* (pp. 129-134, 153-156, 164). Lisboa: Climepsi Editores.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual modes questionnaire: measure to assess the interaction among cognitions, emotions, and sexual response. *The Journal of Sex Research*, 40(4), 368-382.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43(1), 68-75.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (no prelo). Questionnaire of cognitive schema activation in sexual context. A questionnaire to assess cognitive schemas in sexual failure situations. *Journal of Sex Research*.
- Padoani, W., Buono, M., Marietta, P., Scocco, P., Zaghi, P., & De Leo, D. (2000). Influence of Cognitive status on the Sexual Life of 352 Elderly Italians Aged 65-105 Years. *Gerontology*, 46, 258-265.
- Parker, S. (2006). What barriers to sexual expression are experienced by older people in 24-hour care facilities? *Reviews in Clinical Gerontology*, 16, 275-279.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(4), 381-406.
- Vala, J., & Monteiro, M.B. (2004). *Psicologia Social* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weinstein, E. (1998). Senior Adult Sexuality Scales. In C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality – Related Measures* (pp. 63-65). London: SAGE Publications.
- Wiley, D., & Bortz II, W. (1996). Sexuality and Aging – Usual and Successful. *The Journal of Gerontology*, 51A(3), 142-146.

MEDOS SOCIAIS POR GÊNERO:
UNIFORMIDADE OU DIVERSIDADE

Paula Vagos / Anabela Pereira

Universidade de Aveiro

A ansiedade social caracteriza-se por medo relativo à vivência de situações sociais, nomeadamente, acerca da possibilidade de ser mal avaliado, criticado, humilhado, por não estar à altura dos padrões sociais estabelecidos para a situação. Pode apresentar-se em vários graus, desde uma sensação ligeira e com pouca ou nenhuma interferência na vida do sujeito, até uma apresentação acentuada, persistente e disfuncional (Neal & Edelman, 2003). É caracterizada por sintomas de ansiedade, evitamento comportamental ou comportamentos de segurança (MacManus, Sacadura, & Clark, 2008; Rowa & Antony, 2005) e pensamento automáticos negativos, relativos à própria incapacidade e ao grau elevado de exigência atribuída ao outro (Rapee & Abbott, 2006, Rheinglod, Herbert, & Franklin, 2003).

Vários tipos de situações podem suscitar medos sociais, nomeadamente, interação com sujeitos do mesmo sexo ou do sexo oposto (Alden & Wallace, 1995; Beazley, Glass, Chambless, & Arnkoff, 2001), fazer discursos públicos, ser avaliado em testes, ter um desempenho desportivo (Creed & Funder, 1998), falar com pessoas com autoridade, comer e beber em público, entre outras (Albano & DiBartolo, 2007).

Este tipo de ansiedade ou embaraço é característico da adolescência, por aumentarem as exigências ao nível de competências sociais e de desempenho público, e estas serem avaliadas frequentemente por adultos e pares. Esta realidade conjugada com a recém-adquirida consciência de si mesmo como alvo de avaliação e julgamento por outros tornam a adolescência em terreno propício ao desenvolvimento de ansiedade ou medos sociais (Albano & DiBartolo, 2007; Cunha, & Salvador, 2000; Erath, Flanagan, & Bierman, 2007).

A presença de medos sociais é, portanto, uma experiência comum na adolescência. Estudos em amostras clínicas e não clínicas de adolescentes descrevem a incidência de medos sociais em cerca de 5 a 18% da população geral (Beidel et al., 2007; Cunha, 2005), parecendo associar-se a repercussões e significados diferentes para rapazes e raparigas (Erath et al., 2007). Vários trabalhos tenham demonstrado a presença de maiores níveis de ansiedade social nas raparigas (Dell’Osso et al., 2003; Ranta et al., 2007; Rey, Pacini, & Chavira, 2006; Turk et al., 1998; Vagos, &

Pereira, 2009a), embora sejam os rapazes a procurarem mais ajuda face aos seus medos sociais (Weinstock, 1999). Por outro lado, as diferenças encontradas são muitas vezes qualitativas e não quantitativas (Del’Osso et al., 2002; Turk et al., 1998).

Podemos encontrar o mesmo padrão de resultados no nosso país (Cunha, 2005). Ponderando que a ansiedade social parece decrescer com a idade, principalmente no sexo feminino (Levpuscek, 2004), o presente trabalho pretende avaliar a caracterizar as diferenças por género numa amostra de adolescência tardia, considerando os três níveis de funcionamento que parecem ser afectados por medos sociais: ansiedade, evitamento e pensamentos sociais negativos.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 678 adolescentes, sendo 38,4% do sexo masculino ($n=261$) e 61,4 % do sexo feminino ($n=416$). As suas idades variaram entre os 15 e os 20 anos ($M=16,69$; $DP=1,13$). Do total da amostra, 31,6% frequentava o 10º ano de escolaridade ($n=213$), 36,3% o 11º ano ($n=245$) e 32,1% o 12º ano ($n=217$). Relativamente ao nível socioeconómico (NSE), 28,7% da amostra pertencia a um NSE baixo ($n=186$), 50,4% a um NSE médio ($n=327$) e 21% a um NSE alto ($n=136$). Não verificámos diferenças estatisticamente significativas ($t=0.30$; $p=0.766$) entre a média de idades do sexo masculino ($M=16,7$; $DP=1,11$) e feminino ($M=16,68$; $DP=1,15$), nem na distribuição de género por anos de escolaridade ($\chi^2=0,488$, $p=0,784$). Foram verificadas diferenças significativas da distribuição de géneros por NSE ($\chi^2=30,76$, $p<0,001$), sendo que a percentagem de raparigas no NSE baixo é de 36,1, enquanto para os rapazes é de apenas 16,3.

Material

Escala de Ansiedade e Evitamento Social para Adolescentes

Trata-se de uma escala construída para avaliar a ansiedade social experienciada 34 situações sociais representativas dos medos sociais mais frequentes na adolescência. É composta por duas escalas de resposta,

desconforto e evitamento, que, de acordo com AFE e AFC, são constituídas por seis factores não coincidentes: interacção com o sexo oposto, interacção assertiva, observação por outros, interacção em situações sociais novas, desempenho em situações sociais formais, e comer e beber em público. Estudos anteriores confirmam a adequabilidade psicométrica do instrumento (Cunha, Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004; Cunha, Gouveia, & Salvador, 2008). No presente trabalho, os índices de consistência interna avaliados pelo *Alpha de Cronbach* foram adequados, variando entre 0,68 e 0,94 para a dimensão de ansiedade e entre 0,68 e 0,92 para a dimensão de evitamento.

Escala de Pensamentos e Crenças Sociais

Trata-se de uma escala constituída por 21 itens que pretende avaliar pensamentos sociais negativos característicos de indivíduos com ansiedade social. A sua adaptação portuguesa junto a adolescentes demonstrou adequabilidade psicométrica e a constituição em 2 subescalas: desconforto em interacções sociais e desconforto em desempenhos públicos (Vagos, Pereira, & Beidel, 2009). No presente trabalho, os índices de consistência interna avaliados pelo *Alpha de Cronbach* foram adequados, variando entre 0,83 e 0,93.

Procedimentos

Os questionários foram administrados em contexto de sala de aula pelo professor, após ter sido obtida permissão nacional (Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular) e local (conselhos executivos das escolas). Todos os participantes foram sucintamente informados dos objectivos do presente trabalho. A sua confidencialidade e anonimato foram garantidos e a sua participação foi voluntária.

As análises de dados para comparação de médias em função do género foram realizadas por recurso ao programa de análise estatística SPSS v.15,0.

RESULTADOS

Os estudantes do sexo feminino obtiveram valores mais elevados em todas as subescalas e escalas completas incluídas no presente trabalho (Quadro 1).

Quadro 1

Medidas descritivas por gênero para EAESSA e EPCS

| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Teste-t</i> |
|---|----------|-----------|----------------|
| Ansiedade – Interacção com sexo oposto | | | |
| Sexo masculino | 7,51 | 3,00 | -2,19* |
| Sexo feminino | 8,06 | 3,54 | |
| Ansiedade – Interacção assertiva | | | |
| Sexo masculino | 15,48 | 5,07 | -5,28*** |
| Sexo feminino | 17,74 | 5,96 | |
| Ansiedade – Observação por outros | | | |
| Sexo masculino | 8,22 | 3,09 | -6,75*** |
| Sexo feminino | 10,09 | 4,10 | |
| Ansiedade – Interacção em situações sociais novas | | | |
| Sexo masculino | 14,14 | 4,54 | -2,91** |
| Sexo feminino | 15,22 | 4,78 | |
| Ansiedade – Desempenho em situações sociais formais | | | |
| Sexo masculino | 9,94 | 3,75 | -4,18*** |
| Sexo feminino | 11,24 | 4,02 | |
| Ansiedade – Comer e beber em público | | | |
| Sexo masculino | 4,09 | 1,60 | <i>n.s.</i> |
| Sexo feminino | 4,26 | 1,79 | |
| Ansiedade – Escala completa | | | |
| Sexo masculino | 59,38 | 17,01 | -5,04*** |
| Sexo feminino | 66,62 | 19,94 | |
| Evitamento – Interacção com sexo oposto | | | |
| Sexo masculino | 7,60 | 3,48 | <i>n.s.</i> |
| Sexo feminino | 8,11 | 3,52 | |
| Evitamento – Interacção assertiva | | | |
| Sexo masculino | 14,59 | 4,99 | <i>n.s.</i> |
| Sexo feminino | 15,21 | 4,68 | |
| Evitamento – Observação por outros | | | |
| Sexo masculino | 6,52 | 3,22 | -2,48* |
| Sexo feminino | 7,15 | 3,19 | |
| Evitamento – Interacção em situações sociais novas | | | |
| Sexo masculino | 8,52 | 3,07 | -2,22* |
| Sexo feminino | 9,07 | 3,18 | |
| Evitamento – Desempenho em situações sociais formais | | | |
| Sexo masculino | 11,58 | 4,54 | <i>n.s.</i> |
| Sexo feminino | 12,26 | 4,71 | |
| Evitamento – Comer e beber em público | | | |
| Sexo masculino | 7,67 | 3,46 | <i>n.s.</i> |
| Sexo feminino | 7,65 | 3,20 | |
| Evitamento – Escala completa | | | |
| Sexo masculino | 63,07 | 19,99 | -2,3* |
| Sexo feminino | 66,50 | 18,22 | |
| Pensamentos sociais – Desconforto na interacção social | | | |
| Sexo masculino | 26,31 | 8,59 | <i>n.s.</i> |
| Sexo feminino | 27,00 | 8,64 | |
| Pensamentos sociais – Desconforto no desempenho público | | | |
| Sexo masculino | 17,72 | 5,85 | -3,23** |
| Sexo feminino | 19,17 | 5,55 | |
| Pensamentos sociais – Escala completa | | | |
| Sexo masculino | 44,03 | 13,77 | -2,01* |
| Sexo feminino | 46,17 | 13,36 | |

Nota. *n.s.*=não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

Estes resultados apenas não foram significativos para as subescalas comer e beber em público de ansiedade e evitamento, evitamento de interacção assertiva, com o sexo oposto e em situações sociais novas, e pensamentos sociais negativos relativos ao desempenho público.

Considerando que a distribuição por género na amostra era significativamente diferente em função no NSE, foi realizada uma ANOVA a dois tempos, tendo o género e o NSE como variáveis independentes. Não se verificou um efeito significativo de interacção para qualquer uma das subescalas e escalas completas consideradas.

DISCUSSÃO

A experiência de medo ou ansiedade é indissociável do desenvolvimento humano, sendo dirigida a diferentes preocupações ao longo do ciclo vital. Na adolescência, o foco é colocado em situações sociais, sendo ansiedade social, portanto, o medo característico da adolescência (Albano & DiBartolo, 2007; Cunha & Salvador, 2000; Erath et al., 2007).

Os medos sociais na adolescência podem ser específicos ou generalizados, em função dos tipos de situações sociais temidas. O perfil de ansiedade social parece variar de forma qualitativa em função do género (Del'Osso et al., 2002). Os resultados obtidos no presente trabalho confirmam esta realidade numa fase da adolescência tardia. As adolescentes do sexo feminino parecem experienciar maior medo de avaliação negativa em situações de desempenho (Levpuscek, 2004; Turk, 1998), sendo invadidas por pensamentos relativos ao próprio fracasso e incompetência, e evitando este tipo de situações sociais. Considerando a ansiedade social parece diminuir com a idade (Levpuscek, 2004), verificamos que, em comparação com trabalhos anteriores no nosso país (Cunha, 2005), a diferença entre géneros é esbatida no que respeita ao desempenho em situações sociais formais e interacção com o género oposto.

A natureza diferenciada de relações com pares na adolescência entre rapazes e raparigas poderá explicar estes dados. O facto de as raparigas geralmente estabelecerem relações mais íntimas e recorrerem a elas para rever e discutir problemas sociais (Erath et al., 2007) pode ajudá-las a experienciar as situações de interacção social com menos ansiedade, dando-lhes prática e experiência de sucesso, tidos como factores protectores e interventivos na ansiedade social (Cunha, 2005; Vagos &

Pereira, 2009b). As diferenças qualitativas nos eventos temidos e evitados parecem associar-se a diferentes estilos de interação que devem ser tidos em conta na intervenção (Alden, & Taylor, 2004; Kachin, Newman, & Pincus, 2001), promovendo formas de interação saudáveis, que são uma das maiores dificuldades de adolescentes com ansiedade social (Erath et al., 2007). Por outro, lado, serem os adolescentes do gênero masculino a procurarem e receberem mais apoio para gerir as suas dificuldades sociais (Cunha, 2005; Weinstock, 1999) poderá diminuir a sua demonstração de medos sociais numa fase tardia da adolescência, como a considerada no presente trabalho.

A particularidade e superioridade dos medos sociais no gênero feminino poderão ter implicações para a intervenção. Culturalmente, o papel feminino associa-se a uma postura passiva, dócil, submissa (Bromberger & Matthews, 1996), que facilmente poderá levar a negligenciar os sintomas de ansiedade social, descartando-os como timidez (Neal & Edelman, 2003), e contribuindo para a prevalência continuada destas dificuldades sociais no gênero feminino. Será importante alertar e sinalizar os sintomas específicos de ansiedade social para que também as raparigas procurem ajuda.

O presente trabalho permite verificar a continuada diversidade de medos sociais entre gêneros numa fase tardia da adolescência, sendo as adolescentes do sexo feminino a experienciar maior ansiedade social, especialmente no que se refere a situações sociais de desempenho público. Tal deverá ser considerado, para melhor compreender e intervir junto a esta população, recorrendo ao potencial de apoio social de que poderão estar a usufruir.

REFERÊNCIAS

- Albano, A.M., & DiBartolo, P.M. (2007). *Cognitive-Behavioral therapy for social phobia in adolescents – Stand up, speak out*. NY, EUA: Oxford University Press.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- Alden, L.E., & Wallace, S.T (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 497-505.

- Beazley, M.B., Glass, C.R., Chambless, D.L., & Arnkoff, D.B. (2001). Cognitive self-statements in social phobia: A comparison across three types of social situations. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 781-799.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Young, B.J., Ammerman, R.T., Sallee, F.R., & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathological Behavior Assessment*, 29, 47-54.
- Bromberger, J.T., & Matthews, K.A. (1996). A “feminine” model of vulnerability to depressive symptoms: A longitudinal investigation of middle-aged women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 591-598.
- Creed, A.T., & Funder, D.C. (1998). Social anxiety: From the inside and outside. *Personality and Individual Differences*, 25, 19-33.
- Cunha, M., & Salvador, M.C. (2000). Fobia social na infância e adolescência: Diagnóstico, avaliação a tratamento. In J. P. Gouveia (Ed.), *Ansiedade social: da timidez à fobia social*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Cunha, M., Gouveia, J.P., Salvador, M.C., & Alegre, S. (2004). Medos sociais na adolescência: A Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36, 195-217.
- Cunha, M. (2005). Ansiedade social na adolescência – Avaliação e trajetórias de desenvolvimento (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M., Gouveia, J.P., & Salvador, M.C. (2008). Social fears in adolescence – The Social Anxiety and Avoidance Scale for Adolescents. *European Psychologist*, 13(3), 197-213.
- Dell’Osso, L., Sacttoni, M., Papasogli, A., Rucci, P., Ciapparelli, A., Di Poggio, A.B., Ducci, F., Hardoy, C., & Cassano, G.B. (2002). Social anxiety spectrum: Gender differences in Italian high school students. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 190(4), 225-232.
- Dell’Osso, L., Rucci, P., Ducci, F., Ciapparelli, A., Vivarelli, L., Carlini, M., Ramacciotti, C., & Cassano, G.B. (2003). Social anxiety spectrum. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(6), 286-291.
- Erath, S.A., Flanagan, K.S., & Bierman, K.L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: Behavioral and cognitive factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 405-416.
- Kachin, K., Newman, M.G., & Pincus, A.L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy*, 32, 479-501.
- Levpuscek, M.P. (2004). Development of the two forms of social anxiety in adolescence. *Horizons of Psychology*, 13(3), 27-40.
- MacManus, F., Sacadura, C., & Clark, M.D. (2008). Why social anxiety persists. An experimental investigation of the role of safety behaviours as a

- maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 147-161.
- Neal, J.A., & Edelman, R.J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23, 761-786.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A.M., Tuomisto, M.T., Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2007). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research*, 153(3), 261-270.
- Rapee, R., & Abbott, M.J. (2006). Mental representations of observable attributes in people with social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 113-126.
- Rey, G.J.F.D., Pacini, C.A., & Chavira, D.J.F. (2006). Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 11(1), 111-114.
- Rheingold, A.A., Herbert, J.D., & Franklin, M. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 639-655.
- Rowa, K., & Antony, M.M. (2005). Psychological treatments of social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 308-316.
- Turk, C.L., Heimberg, R.G., Orsillo, S.M., Holt, C.S., Gitow, A., Street, L.L., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 209-223.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2009a). Cognitive, affective and behavioral correlates of social anxiety in adolescence. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 293-301.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2009b). Promoting social abilities in school: An intervention program proposal. Actas do 1st International Conference of Psychology and Education (ISBN: 978-989-654-012-8).
- Vagos, P., Pereira, A., & Beidel, D. (2009). Cognição na ansiedade social: A versão portuguesa da Escala de Crenças e Pensamentos Sociais. Manuscrito em preparação.
- Weinstock, L.S. (1999). Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(9), 9-13.

ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS – VERSÃO ADOLESCENTES (EAS-A)

Patrícia Gouveia^{1,2} / Isabel Leal^{1,3} / João Maroco^{1,3} / Jorge Cardoso^{3,4}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta; ³Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D, ISPA – Instituto Universitário; ⁴Instituto Superior de Ciências da Saúde

A versão original da escala de Atitudes Sexuais (EAS) de Hendrick e Hendrick (1987), pretende medir as atitudes sexuais de acordo com quatro subescalas: *Permissividade Sexual* (PER) referente às atitudes face ao “sexo ocasional”, ao sexo “sem compromisso” e à diversidade de parceiros sexuais; *Práticas Sexuais* (PRA) que inclui as atitudes face ao planeamento familiar e à educação sexual, bem como à aceitação de práticas como a masturbação – sexo não convencional –; *Comunhão* (COM) que reflecte atitudes para com o sexo como experiência íntima física e psicológica, partilha de envolvimento e idealismo e *Instrumentalidade* (INS) indicativa de uma atitude de orientação para o sexo utilitário, visando a obtenção meramente física de prazer sexual.

Altas concordâncias reflectem atitudes utilitárias do sexo, baixas concordâncias reflectem o oposto.

A adaptação portuguesa da EAS foi efectuada por Alferes (1999), tendo a escala revelado, através dos estudos psicométricos realizados, bons índices de validade e fiabilidade, pelo que é considerada um instrumento válido para a avaliação das atitudes sexuais. Na adaptação de Alferes (1999) foi utilizada uma amostra de 365 estudantes universitários. Os 43 itens da EAS estão directamente relacionados com as seguintes subescalas: *Permissividade* (PER); *Comunhão* (COM); *Instrumentalidade* (INS) e *Práticas Sexuais* (PRA). Trata-se de uma escala do tipo Likert, variando de 1 (completamente em desacordo) a 5 (completamente de acordo) e cujas posições correspondem às opiniões, pensamentos ou sentimentos. É solicitado aos sujeitos que indiquem, mediante cada uma das afirmações, o grau de intensidade (de 1 a 5) que corresponde às suas opiniões, pensamentos ou sentimentos. Altos valores de acordo reflectem atitudes positivistas (utilitárias) da sexualidade, enquanto que baixos resultados reflectem o oposto. O resultado de cada uma das quatro subescalas é obtido pelo somatório das respostas dadas em cada um dos itens que compõem a subescala. O somatório da pontuação obtida em cada uma das dimensões será o resultado considerado. Dos itens que constituem a escala três são invertidos (37, 39, 41). Os resultados das subescalas da EAS, relativos aos

valores do coeficiente *alpha de Cronbach*, são sugestivos de um bom índice de consistência interna da generalidade, da do que a *Permissividade* obteve um coeficiente de 0,88, a *Comunhão* e a *Instrumentalidade* de 0,71. A excepção recai na subescala *Práticas Sexuais* com um coeficiente de 0,61, o que dado o número reduzido de itens e a natureza da própria subescala, se pode considerar aceitável (Ribeiro, 1999).

A presente escala foi adaptada a partir da escala acima mencionada resultante da adaptação de Alferes (1999), sendo constituída apenas por 14 itens, dos 43 originais, seleccionados com base no que vem referenciado na literatura acerca das atitudes sexuais dos adolescentes, dando origem à *Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A)*.

MÉTODO

Participantes

No processo de adaptação da EAS-A, utilizou-se uma amostra de estudantes na fase da adolescência ($N=267$), dos quais 137 foram raparigas e 130 rapazes. Os sujeitos eram estudantes do 3.º ciclo do Ensino Básico e Secundário, divididos por 3 faixas etárias distintas (12-14 anos; 16-16 anos e 17-18 anos), com o intuito de diferenciar o princípio, meio e fim desta etapa do ciclo de vida.

Material

A EAS-A procura avaliar, tal como indica o próprio nome da escala, as atitudes sexuais dos jovens adolescentes. Esta escala é constituída por 14 itens, que afiguram um conjunto de afirmações que remetem para atitudes sexuais.

A análise das componentes atitudinais da EAS-A, permitiu-nos definir 3 subescalas ou dimensões: *Permissividade face ao sexo ocasional ou sem compromisso* (PER-O: 6 itens); *Instrumentalidade* (ou prazer físico – INS: 5 itens) e, *Permissividade com amor* (PER-A: 3 itens).

Procedimentos

O estudo da adaptação da escala ao contexto português desenvolveu-se mediante os seguintes objectivos:

- Análise da sensibilidade dos itens – para definir o grau em que os resultados obtidos aparecem distribuídos, diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de motivação;
- Análise da validade do constructo – que consiste no estudo da estrutura factorial da escala e de cada subescala e na análise dos componentes principais que permite verificar de modo empírico, a forma pela qual os itens se distribuem pelas subescalas;
- Análise da fiabilidade da escala (consistência interna das dimensões resultantes, através do *alpha de Cronbach*);
- Avaliação crítica sobre as características da escala.

RESULTADOS

Estatísticas descritivas

A caracterização descritiva dos itens da escala é dada no Quadro 1, onde se apresentam os valores medianos (Me), moda (Mo), assimetria (SK) e achatamento (Ku).

Quadro 1

Mediana (Me), moda (Mo), assimetria (SK) e achatamento (Ku) para os 18 itens da EAS-A. N=267, $Se_{SK}=0,149$; $Se_{Ku}=0,297$

| Itens | Min. | Max. | Me | Mo | SK | Sk/Se _{SK} | Ku | Ku/Se _{Ku} |
|-------|------|------|----|----|-------|---------------------|-------|---------------------|
| 1 | 1 | 5 | 3 | 5 | -0,01 | 0,15 | -1,46 | 0,30 |
| 2 | 1 | 5 | 3 | 3 | 0,16 | 0,15 | -1,08 | 0,30 |
| 3 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0,83 | 0,15 | -0,06 | 0,30 |
| 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | -1,00 | 0,15 | -0,24 | 0,30 |
| 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | -1,19 | 0,15 | 0,14 | 0,30 |
| 6 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0,85 | 0,15 | -0,35 | 0,30 |
| 7 | 1 | 5 | 3 | 3 | -0,00 | 0,15 | -1,13 | 0,30 |
| 8 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1,78 | 0,15 | 2,72 | 0,30 |
| 9 | 1 | 5 | 3 | 5 | -0,30 | 0,15 | -0,96 | 0,30 |
| 10 | 1 | 5 | 3 | 5 | -0,27 | 0,15 | -1,25 | 0,30 |
| 11 | 1 | 5 | 5 | 5 | -1,15 | 0,15 | 0,20 | 0,30 |
| 12 | 1 | 5 | 3 | 3 | 0,34 | 0,15 | -0,94 | 0,30 |
| 13 | 1 | 5 | 3 | 3 | -0,03 | 0,15 | -1,11 | 0,30 |
| 14 | 1 | 5 | 4 | 5 | -0,53 | 0,15 | -0,86 | 0,30 |
| 15 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0,49 | 0,15 | -1,02 | 0,30 |
| 16 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1,34 | 0,15 | 1,41 | 0,30 |
| 17 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1,11 | 0,15 | 0,22 | 0,30 |
| 18 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1,67 | 0,15 | 2,22 | 0,30 |

Considera-se, através da análise do Quadro 1 que os valores do coeficiente de assimetria e de curtose, em grande parte, aproximam-se ou ultrapassam a unidade o que demonstra uma fraca sensibilidade dos itens, ou seja, estes não conseguem discriminar adequadamente os indivíduos estruturalmente diferentes que avaliam (Maroco, 2007). Quando comparados com os parâmetros da curva normal, os itens sofreram um enviesamento positivo (distribuição do lado esquerdo com grande cauda para o lado direito) ou um enviesamento negativo (distribuição do lado esquerdo com grande cauda para o lado direito) (Maroco, 2007), isto é, as pontuações médias dos itens oscilam entre 1,56 (item 8) e 4,11 (item 5), centrando-se no “totalmente de acordo” ou no “discordo totalmente”, no que respeita aos componentes atitudinais da sexualidade.

Composição Factorial e Consistência Interna

A nossa escala foi submetida a uma análise de componentes principais (APC), seguida de rotação VARIMAX, incluindo os 18 itens acima mencionados, o que nos permitiu reter 4 factores (tal como na escala original com 43 itens), com valor próprio superior a 1, que explicam na totalidade 52,17% da variância, explicando o primeiro factor 19,41% da variância, os outros três, 12,23%, 11,02% e 9,51% (Quadro 2) e uma boa medida de adequação da amostragem ($KMO=0,810$).

Tal como podemos verificar através do Quadro 2, existem algumas discrepâncias entre os nossos resultados e os obtidos por outros autores (Alferes, 1997; Antunes, 2007). Por um lado, pelo facto de não terem sido utilizados os 43 itens originais e por outro porque quando olhamos em detalhe os itens que constituem os 4 factores resultantes, verificamos que nesta amostra com jovens adolescentes o significado das dimensões atitudinais da sexualidade não é o mesmo do obtido pelas amostras com jovens adultos.

Após uma análise detalhada da conjuntura destes itens e revermos o que a literatura cita acerca das atitudes sexuais nos adolescentes, foram retirados 4 itens, tendo os 14 restantes sido novamente submetidos a uma análise factorial em componentes principais com rotação VARIMAX.

A nova escala com 14 itens permitiu reter 3 factores, com valor próprio superior a 1, que explicam na totalidade 52,81% da variância, explicando o primeiro factor 20,30% da variância, os outros três, 16,81% e 15,69% (Quadro 3) e uma boa medida de adequação da amostragem ($KMO=0,833$).

Quadro 2

Saturações factoriais dos 18 itens da EAS-A, nos 4 factores retidos após rotação VARIMAX e variância explicada para cada factor e comunalidades (h^2). Por motivos de clareza apresentam-se apenas os itens com pesos factoriais superiores a 0,40 (validade convergente)

| Itens | Factores | | | | h^2 |
|-----------------------|----------|-------|-------|------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 PER | 0,72 | | | | 0,54 |
| 2 PER | 0,63 | | | | 0,45 |
| 4 PER | 0,57 | | | | 0,52 |
| 5 PER | 0,48 | | | | 0,45 |
| 10 PER | 0,72 | | | | 0,54 |
| 11 PER | 0,46 | | | | 0,39 |
| 12 PRA | 0,65 | | | | 0,49 |
| 13 PER | 0,59 | | | | 0,57 |
| 7 INS | | 0,73 | | | 0,57 |
| 9 INS | | 0,76 | | | 0,61 |
| 14 INS | | 0,48 | | | 0,43 |
| 15 PER | | | 0,50 | | 0,46 |
| 16 COM | | | 0,54 | | 0,47 |
| 17 PER | | | 0,81 | | 0,69 |
| 18 PER | | | 0,74 | | 0,61 |
| 3 COM | | | | 0,71 | 0,54 |
| 6 COM | | | | 0,69 | 0,51 |
| 8 PRA | | | | 0,64 | 0,56 |
| % Variância Explicada | 19,41 | 12,23 | 11,02 | 9,51 | |

Quadro 3

Saturações factoriais dos 14 itens da EAS-A, nos 3 factores retidos após rotação VARIMAX e variância explicada para cada factor e comunalidades (h^2). Por motivos de clareza apresentam-se apenas os itens com pesos factoriais superiores a 0,40 (validade convergente)

| Itens | Factores | | | H^2 |
|-----------------------|----------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | |
| 1 PER_O | 0,73 | | | 0,58 |
| 2 PER_O | 0,69 | | | 0,54 |
| 10 PER_O | 0,42 | | | 0,53 |
| 11 PER_O | 0,67 | | | 0,34 |
| 12 PER_O | 0,69 | | | 0,49 |
| 13 PER_O | 0,58 | | | 0,56 |
| 4 INS | | 0,47 | | 0,51 |
| 5 INS | | 0,47 | | 0,45 |
| 7 INS | | 0,77 | | 0,60 |
| 9 INS | | 0,78 | | 0,62 |
| 14 INS | | 0,52 | | 0,43 |
| 15 PER_A | | | 0,53 | 0,42 |
| 17 PER_A | | | 0,84 | 0,71 |
| 18 PER_A | | | 0,78 | 0,62 |
| % Variância Explicada | 20,30 | 16,81 | 15,69 | |

Conforme se pode verificar através do Quadro 3, o factor 1 integra 6 itens da subescala agora denominada por *permissividade face ao sexo ocasional ou sem compromisso* (PER_O). O factor 2 passa a ser constituído por 5 itens a representar a subescala *instrumentalidade* (INS) e o factor 3 apresenta agora 3 itens formando a subescala *permissividade com amor* (PER_A). De seguida apresentam-se as 3 dimensões da EAS-A retidas pela análise factorial efectuada e os itens correspondentes a cada uma delas, sendo estes que iremos utilizar nesta investigação (Quadro 4).

Os resultados dos coeficientes *alpha de Cronbach* obtidos, na versão final constituída por 14 itens, demonstram uma boa fiabilidade, dado que a subescala PER_O obteve um valor de 0,77, a subescala INS obteve um resultado de 0,73 e por fim a subescala PER_A um alpha de 0,65. Verifica-se apenas uma ligeira descida nesta última dimensão, o que se pode justificar pelo reduzido número de itens que constitui este factor, apenas 3. Assim, apesar do valor ser ligeiramente inferior, podemos considerá-lo aceitável no âmbito das ciências sociais (Ribeiro, 1999).

Quadro 4

Subescalas e respectivas dimensões atitudinais da sexualidade da EAS-A e respectivos itens. Versão final (14 itens)

| Subescalas | Itens |
|---|--|
| Permissividade face ao sexo ocasional ou sem compromisso (PER_O) 6 itens | 1 – Não é preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela 2 – As relações sexuais ocasionais são aceitáveis 7 – É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa 8 – O sexo é mais divertido com alguém que não amamos 9 – A masturbação é algo agradável e inofensivo 10 – O sexo, só pelo sexo, é perfeitamente aceitável |
| Instrumentalidade (INS) 5 itens | 3 – Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros (as) 4 – É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo 5 – O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro 6 – O sexo é, principalmente, uma actividade física 11 – O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer |
| Permissividade com amor (PER_A) 3 itens | 12 – O sexo sem amor não faz sentido 13 – As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais 14 – Para que o sexo seja bom é necessário fazer sentido para as pessoas |

Contextos, tempo de aplicação e procedimentos de correcção

A escala foi aplicada em sessões colectivas, assegurando-se o seu preenchimento individual e garantindo o total anonimato, podendo também ser aplicada individualmente, em contexto clínico. Esta escala tem um tempo de aplicação entre 5 a 8 minutos.

Os valores atribuídos a cada resposta são cotados numa escala de 5 pontos, tipo Likert, de 1 (totalmente de acordo) a 5 (discordo totalmente), com excepção da subescala PER_A (itens 12, 13 e 14) em que os itens estão invertidos [totalmente de acordo=5 (...) discordo totalmente=1]. A pontuação é feita através do cálculo da média das respostas para as diferentes dimensões, obtendo-se assim o grau de concordância atribuindo a cada uma delas, no que concerne às atitudes sexuais.

Podemos ainda obter uma média total da escala, a partir de todos os itens que compõem a escala, em que elevadas concordâncias significam atitudes menos utilitárias do sexo, ou seja, de ordem emocional e baixas concordâncias, atitudes mais utilitárias do sexo.

DISCUSSÃO

Para a amostra utilizada na presente adaptação, deverão ser tidas em consideração as medidas de tendência central e de dispersão acima descritas, bem como a distribuição de respostas aos itens da EAS-A. O sentido a atribuir às pontuações obtidas na EAS-A irá depender do contexto de aplicação e das hipóteses de investigação ou objectivos de intervenção que o especificam.

Avaliação crítica

Em síntese, a escala apresenta uma fraca sensibilidade dos itens, o que origina uma distribuição positiva ou negativa, o que poderá ser facilmente explicado pelo facto desta amostra se constituir por adolescentes, período que se caracteriza por um pensamento extremista e dicotómico. Esta seria então uma reacção esperada, dada esta visão dicotómica do mundo e de si mesmos: é o “tudo ou nada”, é “sim ou não” e neste caso “muito importante” ou “nada importante”.

Das soluções ensaiadas reteve-se a mais facilmente interpretável e que explica uma parte razoável da variância. A solução em questão comporta 3 factores resultantes dos 14 itens.

Em relação às designações adoptadas para cada factor, recorreu-se às que foram utilizadas pelos autores originais, com excepção da subescala permissividade sexual, que ficou dividida em duas subescalas, uma referente à permissividade face ao sexo ocasional (PER_O) e outra relacionada com o amor (PER_A).

Mediante esta linha de pensamento, a versão final será a que iremos utilizar no estudo empírico sobre as atitudes sexuais nos adolescentes, dado estarmos na presença de técnicas de análise exploratória.

Por último, cumpre-nos destacar que, os estudos psicométricos da EAS-A revelam, de forma global, bons índices de fiabilidade e validade do instrumento, uma vez que os valores obtidos são elevados e satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- Alferes, V.R. (1999). Escala de Atitudes Sexuais (E.A.S). In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. 2). Braga: APPORT/SO.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. *The Journal of Sex Research*, 23(4), 502-526.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.

ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE MOTIVOS PARA FAZER E PARA NÃO FAZER SEXO – VERSÃO ADOLESCENTES

Patricia Gouveia^{1,2} / Isabel Leal^{1,3} / João Maroco^{1,3} / Jorge Cardoso^{3,4}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta; ³Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D, ISPA – Instituto Universitário; ⁴Instituto Superior de Ciências da Saúde

O conjunto original de questões sobre os Motivos para Fazer Sexo e para Não Fazer Sexo, foi traduzido para a população portuguesa por Alferes (1997), a partir de *Reasons for Having Sex and Reasons for Not Having Sex* (Leigh, 1989). A sua aplicação, inseriu-se na bateria de Questionários VAC (Valores, Atitudes e Comportamentos) do estudo de Alferes (1997) e pedia-se aos sujeitos que indicassem a importância que se atribui a 13 motivos para fazer sexo e 11 motivos para não fazer sexo, numa escala de 5 pontos, tipo Likert, de 1 (nada importante) a 5 (muito importante).

A fim de avaliar a validade de constructo, Alferes (1997) recorreu à análise factorial em componentes principais, seguida de rotação de tipo VARIMAX, utilizando o critério do valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1. Os 13 motivos para fazer sexo foram reduzidos a cinco factores principais: *interdependência relacional* (itens 4, 5, 6, e 11), *hedonismo* (erotismo e dimensão lúdica: itens 1, 7, 9 e 10), *normatividade* (itens 12 e 13), *paixão* (itens 2 e 8) e *reprodução* (item 3), aos quais corresponderam as seguintes percentagens da variabilidade total: 28,7%, 11,2%, 9,9%, 8,9% e 8,2%. Após rotação, e pela mesma ordem, os contributos proporcionais para a variabilidade explicada (66,9%) são: 29,0%, 19,5%, 14,3%, 15,2% e 22,0%. A matriz de intercorrelações foi significativamente diferente da matriz de identidade (o teste de Bartlett forneceu um $\chi^2=657.92$, $p<0.001$) e a amostragem foi significativamente adequada (a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,74 para o conjunto das 13 variáveis). No que diz respeito aos 11 motivos para não fazer sexo foram redutíveis a quatro componentes: *medo* (1, 2 e 3), *dificuldades relacionais* (incluindo factores disposicionais: itens (5, 6, 7, 8 e 9), *conservadorismo* (itens 10 e 11) e *funcionalidade* (item 4). No conjunto, os quatro componentes explicaram 66,0% da variabilidade total, cabendo a cada um deles, respectivamente 24,9%, 17,7%, 13,8% e 9,6%. Após a rotação, os contributos proporcionais para a variabilidade explicada foram, pela mesma ordem, 31,9%, 31,3%, 21,3% e 15,5%. O teste de Bartlett forneceu um $\chi^2=586.53$, $p<0,001$, e a medida de adequação da amostragem KMO foi de 0,74 para as 11 variáveis, mostrando ter tido uma adequação razoável.

Na presente escala, foram utilizados 23 dos 24 itens constituintes do grupo MOT, do Questionário VAC de Alferes (1997). Mantiveram-se os 13 itens da subescala Motivos para Fazer Sexo e retirámos um item (*Porque não sou casado*) aos 11 da subescala Motivos para Não Fazer Sexo, por não ir ao encontro dos critérios de inclusão convencionados para a amostra de adaptação.

Posteriormente, procedemos à adaptação destas duas subescalas para a população de adolescentes portugueses, que deram origem à *Escala de Motivos para Fazer e para Não Fazer Sexo – Versão Adolescentes*.

MÉTODO

Participantes

O processo de adaptação da Escala de Motivos para Fazer e para Não Fazer sexo – Versão Adolescentes, foi efectuado numa amostra de 267 adolescentes (137 raparigas e 130 rapazes), estudantes do 3.º ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário, divididos por três faixas etárias (12 aos 14 anos; 15 aos 16 anos e 17 aos 18 anos de idade), que permitem distinguir o início, meio e final da adolescência.

Material

Tal como o nome indica, a Escala de Motivos para Fazer e para Não fazer sexo – Versão Adolescentes, procura avaliar os principais motivos para os adolescentes fazerem sexo, bem como as principais razões para não iniciarem as práticas sexuais. A escala é constituída por 18 itens, que representam um conjunto de frases que remetem para motivos positivos e negativos face à iniciação das práticas sexuais.

A Escala de Motivos para Fazer e para Não fazer sexo – Versão Adolescentes é constituída por 2 subescalas: Motivos para Fazer Sexo e Motivos para não Fazer Sexo, com 9 itens cada. A análise dos componentes motivacionais da sexualidade, de cada subescala permitiu-nos definir duas dimensões na primeira (Hedonismo (lúdico/erótico) e Saúde, e Interdependência Relacional) e três na segunda (Por medo, Conservadorismo/Desinteresse e Dificuldades Relacionais).

Procedimentos

O estudo da adaptação da escala ao contexto português desenvolveu-se mediante os seguintes objectivos:

- a) Análise da sensibilidade dos itens – para definir o grau em que os resultados obtidos aparecem distribuídos, diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de motivação;
- b) Análise da validade do constructo, que consiste no estudo da estrutura factorial da escala e de cada subescala e na análise dos componentes principais que permite verificar de modo empírico, a forma pela qual os itens se distribuem pelas subescalas;
- c) Análise da fiabilidade da escala (consistência interna das dimensões resultantes, através do *alpha de Cronbach*);
- d) Avaliação crítica sobre as características da escala.

RESULTADOS

Estatísticas descritivas

A caracterização descritiva dos itens da escala é dada no Quadro 1, onde se apresentam os valores medianos (Me), moda (Mo), assimetria (SK) e achatamento (Ku).

Considera-se, através da análise do Quadro 1 que os valores do coeficiente de assimetria e de curtose, em grande parte, se aproximam ou ultrapassam a unidade, o que demonstra uma fraca sensibilidade dos itens, ou seja, estes não conseguem discriminar adequadamente os indivíduos estruturalmente diferentes que avalia (Maroco, 2007). Quando comparada com os parâmetros da curva normal, os itens sofreram um enviesamento positivo (distribuição do lado esquerdo com grande cauda para o lado direito) ou um enviesamento negativo (distribuição do lado esquerdo com grande cauda para o lado direito) (Maroco, 2007), isto é, as pontuações médias dos itens oscilam entre 1,87 (item 23) e 4,10 (item 8), centrando-se no “nada importante” ou no “muito importante”, no que respeita aos componentes motivacionais da sexualidade.

Quadro 1

Mediana (Me), moda (Mo), assimetria (SK) e achatamento (Ku) para os 23 itens da Escala de Motivos para Fazer e para Não Fazer sexo – Versão adolescentes. N=267, $Se_{SK}=0,149$; $Se_{Ku}=0,297$

| Itens | Min. | Max. | Me | Mo | SK | Sk/Se _{SK} | Ku | Ku/Se _{Ku} |
|-------|------|------|----|----|-------|---------------------|-------|---------------------|
| 1 | 1 | 5 | 3 | 3 | 0,18 | 1,22 | -1,01 | -3,40 |
| 2 | 1 | 5 | 4 | 3 | -0,52 | -3,46 | -0,38 | -1,27 |
| 3 | 1 | 5 | 4 | 5 | -0,49 | -3,31 | -0,94 | -3,17 |
| 4 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0,43 | 2,85 | -0,75 | -2,52 |
| 5 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0,47 | 3,13 | -0,85 | -2,86 |
| 6 | 1 | 5 | 3 | 2 | 0,23 | 1,57 | -0,94 | -3,17 |
| 7 | 1 | 5 | 3 | 1 | 0,10 | 0,65 | -1,19 | -4,02 |
| 8 | 1 | 5 | 5 | 5 | -1,19 | -7,97 | 0,52 | 1,75 |
| 9 | 1 | 5 | 2 | 3 | 0,35 | 2,36 | -0,82 | -2,75 |
| 10 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0,58 | 3,87 | 0,72 | 2,42 |
| 11 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0,61 | 4,11 | -0,58 | -1,95 |
| 12 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0,44 | 2,95 | -0,92 | -3,09 |
| 13 | 1 | 5 | 3 | 3 | 0,14 | 0,94 | -0,90 | -3,03 |
| 14 | 1 | 5 | 4 | 5 | -0,45 | -3,02 | -0,98 | -3,30 |
| 15 | 1 | 5 | 4 | 5 | -0,71 | -4,75 | -0,83 | -2,79 |
| 16 | 1 | 5 | 4 | 5 | -0,61 | -4,07 | -0,87 | -2,91 |
| 17 | 1 | 5 | 3 | 3 | 0,23 | 1,56 | -1,14 | -3,83 |
| 18 | 1 | 5 | 3 | 3 | 0,35 | 2,34 | -1,00 | -3,35 |
| 19 | 1 | 5 | 3 | 5 | -0,31 | -2,06 | -1,19 | -4,00 |
| 20 | 1 | 5 | 3 | 3 | 0,12 | 0,81 | -1,03 | -3,47 |
| 21 | 1 | 5 | 3 | 1 | 0,40 | 2,67 | -0,98 | -3,29 |
| 21 | 1 | 5 | 4 | 5 | -0,52 | -3,51 | -0,97 | -3,28 |
| 23 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1,12 | 7,49 | 0,18 | 0,60 |

Composição Factorial e Consistência Interna

A nossa escala foi submetida a uma análise de componentes principais (APC), incluindo os 23 itens acima mencionados, de forma a comprovar a existência de um determinado tipo de distribuição factorial. Os primeiros 2 factores juntos contaram com uma variância explicada de 35,1% (Quadro 1) e uma medida de adequação da amostragem ($KMO=0,773$) razoável.

Por motivos de clareza apresentam-se apenas os itens com pesos factoriais superiores a 0,40 (validade convergente). Desta forma, tal como podemos observar através do Quadro 2, os itens 2, 3 e 8 não integraram os dois factores obtidos, o que significa que a subescala Motivos para Fazer Sexo não apresentou uma estrutura correlacional dos itens semelhante à original. Deste modo, o factor 1 integra 10 itens, dos 13 da subescala Motivos para Fazer Sexo, todos com saturações superiores a 0,40. O factor 2 abrange os 10 correspondentes à versão original dos Motivos para Não Fazer Sexo, todos com saturações iguais ou superiores a 0,40.

Quadro 2

Saturações factoriais dos 23 itens da Escala de Motivações para Fazer e para Não Fazer Sexo – Versão Adolescentes, nos 2 factores retidos e variância explicada para cada factor e comunalidades (h^2)

| Itens | Factores | | h^2 |
|-----------------------|----------|-------|-------|
| | 1 | 2 | |
| 1 | 0,60 | | 0,51 |
| 2 | | | 0,68 |
| 3 | | | 0,61 |
| 4 | 0,64 | | 0,72 |
| 5 | 0,66 | | 0,78 |
| 6 | 0,72 | | 0,61 |
| 7 | 0,67 | | 0,55 |
| 8 | | | 0,69 |
| 9 | 0,64 | | 0,56 |
| 10 | 0,66 | | 0,67 |
| 11 | 0,59 | | 0,61 |
| 12 | 0,65 | | 0,71 |
| 13 | 0,58 | | 0,64 |
| 14 | | 0,53 | 0,80 |
| 15 | | 0,54 | 0,89 |
| 16 | | 0,52 | 0,70 |
| 17 | | 0,49 | 0,64 |
| 18 | | 0,54 | 0,59 |
| 19 | | 0,58 | 0,63 |
| 20 | | 0,47 | 0,60 |
| 21 | | 0,61 | 0,61 |
| 22 | | 0,60 | 0,51 |
| 23 | | 0,53 | 0,58 |
| % Variância Explicada | 20,79 | 14,31 | |

Os 10 motivos para fazer sexo foram, também sujeitos a análise factorial (foi eliminado o item 11, pelo que no final esta subescala ficou reduzida a 9 itens) e reduzidos a 2 dimensões: hedonismo (erotismo e dimensão lúdica) e saúde (itens 1, 6, 7, 9, 10, 12 e 13) e interdependência relacional (itens 4 e 5), às quais corresponderam as seguintes percentagens da variabilidade total: 43,39% e 11,36%. Após rotação, e pela mesma ordem, os contributos proporcionais para a variabilidade explicada (54,75%) são: 29,9% e 24,78%.

A matriz de intercorrelações foi significativamente diferente da matriz de identidade (o teste de Bartlett forneceu um $\chi^2=907,76$, $p<0,001$) e a adequação da amostragem foi boa (a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,846 para o conjunto dos 9 itens).

No que diz respeito aos 10 motivos para não fazer sexo foram redutíveis a 3 dimensões: por medo (itens 14, 15 e 16), conservadorismo/desinteresse

(itens 17, 18 e 23) e dificuldades relacionais (itens 19, 21 e 22). Foi excluído o item 20, uma vez que não correspondeu a qualquer um dos factores retidos, pelo que no final a subescala ficou apenas com 9 itens. No conjunto, os 3 componentes explicaram 62,92% da variabilidade total, cabendo a cada um deles, respectivamente 31,9%, 20,64% e 10,38%. Após a rotação, os contributos proporcionais para a variabilidade explicada foram, pela mesma ordem, 24,98%, 19,56% e 18,38%.

O teste de Bartlett forneceu um $\chi^2=913,30$, $p<0,001$, e a medida de adequação da amostragem KMO foi de 0,702 para os 9 itens, mostrando ter tido uma adequação razoável.

Assim, após procedermos à exclusão destes 5 itens, apresentam-se seguidamente as 2 subescalas da Escala de Motivos para Fazer e para Não Fazer Sexo – Versão Adolescentes, retidas pela análise factorial efectuada e os itens correspondentes a cada uma delas, sendo estes que iremos utilizar nesta investigação (Quadro 3).

Os resultados dos coeficientes *alpha de Cronbach* obtidos, na versão final constituída por 18 itens, demonstram uma boa fiabilidade, dado que a subescala Motivos para Fazer Sexo obteve um valor de 0,85 (hedonismo e Saúde: $\alpha=0,82$; interdependência relacional: $\alpha=0,73$) e a subescala Motivos para Não Fazer Sexo obteve um resultado de 0,74 (por medo: $\alpha=0,87$; conservadorismo/desinteresse: $\alpha=0,63$ e dificuldades relacionais: $\alpha=0,66$). Verifica-se apenas uma ligeira descida nas nestas duas últimas dimensões, o que se pode justificar pelo reduzido número de itens que constituem estes factores, apenas 3 em cada. Assim, apesar do valor ser ligeiramente inferior, podemos considerá-lo aceitável no âmbito das ciências sociais (Ribeiro, 1999).

Contextos, tempo de aplicação e procedimentos de correcção

Os questionários foram aplicados em sessões colectivas, assegurando-se o seu preenchimento individual e garantindo o total anonimato, podendo também ser aplicada individualmente, em contexto clínico. Esta escala tem um tempo de aplicação entre 8 a 10 minutos.

Os valores atribuídos a cada resposta são cotados numa escala de 5 pontos, tipo Likert, de 1 (nada importante) a 5 (muito importante). A pontuação é feita através do cálculo da média das respostas para as diferentes dimensões de cada subescala, obtendo-se assim o grau de importância atribuindo a cada uma delas, ao nível das dimensões motivacionais da sexualidade.

Quadro 3

Subescalas e respectivas dimensões motivacionais da sexualidade da Escala de Motivos para Fazer e para não Fazer Sexo – Versão Adolescentes e respectivos itens. Versão final (18 itens)

| Subescalas/ dimensões | Itens |
|--|---|
| Motivos para fazer sexo Hedonismo e Saúde (7 itens) | 1 – Por mero prazer 4 – Para seduzir 5 – Para aliviar a tensão sexual 6 – Por curiosidade 7 – Por divertimento e/ou brincadeira 8 – Porque é “normal” fazer sexo 9 – Porque é indispensável à saúde física e mental |
| Interdependência Relacional (2 itens) | 2 – Porque o meu parceiro (a) quer 3 – Para agradar ao meu parceiro (a) |
| Motivos para não fazer sexo Por Medo (3 itens) | 10 – Por medo de doenças venéreas 11 – Por medo da sida 12 – Por medo de uma gravidez |
| Conservadorismo/Desinteresse (3 itens) | 13 – Por não gostar de usar contraceptivos 18 – Porque é imoral 14 – Por desinteresse |
| Dificuldades Relacionais (3 itens) | 15 – Por falta de oportunidade ou incapacidade de encontrar um parceiro (a) de quem goste o suficiente 16 – Por não gostar de sexo 17 – Por não conhecer o parceiro (a) há tempo suficiente |

DISCUSSÃO

Para a amostra utilizada na presente adaptação, deverão ser tidas em consideração as medidas de tendência central e de dispersão acima descritas. O sentido a atribuir às pontuações obtidas irá depender do contexto de aplicação e das hipóteses de investigação ou objectivos de intervenção que o especificam.

Avaliação crítica

Em síntese, o facto de a escala apresentar uma fraca sensibilidade dos itens, o que origina uma distribuição dos itens positiva ou negativa, poderá ser facilmente explicada pelo facto desta amostra se constituir por

indivíduos que se encontram na adolescência, período, que como já foi mencionado, se caracteriza por um pensamento extremista e dicotómico. Esta seria então uma reacção esperada, dada esta visão dicotómica do mundo e de si mesmos, centrando-se as respostas no “muito importante” ou no “nada importante”.

Das soluções ensaiadas reteve-se a que apresentava maior número de pontos de contacto com a resposta apresentada pelos autores da escala, era mais facilmente interpretável e explica uma parte razoável da variância. A solução em questão comporta 2 factores resultantes dos 23 itens.

Das subescalas originais retiveram-se apenas 9 itens, que explicam 54,75% da variância total, da subescala Motivos para Fazer Sexo e 9 itens da subescala Motivos para Não Fazer Sexo, que explicam 62,92% da variância. Ainda que não sejam valores elevados, situam-se na proximidade dos apontados noutros estudos com estas subescalas (Alferes, 1997; Roque, 2001).

Segundo esta linha de pensamento, a versão final será a que iremos utilizar no estudo empírico sobre as dimensões motivacionais da sexualidade nos adolescentes, dado estarmos na presença de técnicas de análise exploratória.

Por último, cumpre-nos destacar que, os estudos psicométricos da Escala de Motivos para Fazer e para não Fazer Sexo – Versão Adolescentes, revelam, de forma global, bons índices de fiabilidade e validade do instrumento, dado que os valores obtidos são elevados e satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- Alferes, V.R. (1997). *Comportamentos sexuais – Para uma psicologia social da saúde*. Porto: Edições Afrontamento.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora: APF.

PSICONEUROIMUNOLOGIA E STRESS:
INFLUÊNCIA DO GÉNERO SEXUAL NO FUNCIONAMENTO
DO EIXO HPA EM SITUAÇÕES DE STRESS

Pedro Cerveira / Anabela Pereira

Universidade de Aveiro

De entre a ampla diversidade de estudos que têm sido desenvolvidos nos últimos anos na área da psiconeuroimunologia, os que se debruçam sobre o impacto do stress no sistema imunitário têm merecido especial destaque. Isto porque o stress parece influenciar o eixo hipotalamico-pituitário-adrenal (HPA), um dos principais responsáveis pela regulação da homeostase e do sistema imune (McCormick & Mathews, 2007). Esta influência, acredita-se, é iniciada pela projecção de ligações do sistema nervoso simpático (SNS) para os tecidos linfáticos primário e secundário. Posteriormente os eixos HPA, simpático-adrenal-medular (SAM) e hipotalamico-pituitário-ovariano (HPO) produzem hormonas específicas que se ligam a linfócitos, afectando a sua distribuição e função (Segerstrom & Miller, 2004).

As investigações desta temática específica, apesar de trazerem novidades ao conhecimento sobre o stress, têm sido algo marcadas pela indiferenciação no que respeita ao sexo, apesar de se crer que o género sexual desempenha um papel determinante na propensão de homens e mulheres a algumas doenças, bem como o facto de o stress poder ajudar a entender melhor o porquê desta “especificidade de sexo” para outras doenças (Kajantie & Phillips, 2006). Estudos recentes de Darnall e Suarez (2009) indicam que, apesar de na fase pré-puberdade não se encontrarem diferenças no funcionamento do eixo HPA, no qual o stress parece ter algum impacto, após o início da mesma as diferenças no seu funcionamento em cada um dos sexos começam a notar-se (Darnall & Suarez, 2009). É pois perceptível a importância do surgimento de estudos que façam esta diferenciação por sexo sobretudo a nível da vulnerabilidade imune perante situações de stress. Infelizmente isto não tem acontecido a nível nacional e mesmo a nível internacional as diferenças entre sexos não têm sido tidas em conta no tratamento de algumas doenças e a prova disso é que as mulheres sofrem mais de efeitos secundários do que os homens, exactamente pela sua baixa representatividade nos testes laboratoriais efectuados (Fish, 2008).

O presente trabalho tem como objectivo fazer uma revisão da literatura sobre o que tem sido produzido ao nível do estudo da influência do género

sexual na resposta do eixo HPA em situações de stress. Como resultado deste trabalho pretende-se ainda chamar a atenção para a importância da realização destes estudos, bem como da sua utilidade ao nível da prevenção da doença e da protecção da saúde, nomeadamente em situações indutoras de stress e de adversidades da vida.

Reacção do eixo HPA em situações de stress: homens vs mulheres

No que toca aos dados que a literatura tem dado a conhecer até ao momento, um dos primeiros pontos a realçar é que estes não têm sido consensuais. A título de exemplo salientam-se estudos realizados com o cortisol, também apelidado de “hormona do stress”, na medida em que parece influenciar o eixo HPA, provocando mesmo uma diminuição da capacidade de resposta do sistema imunitário (Uhart, Chong, Oswald, Lin, & Wand, 2006). Enquanto nas crianças os níveis de cortisol se apresentam similares (Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum, 2004) e mesmo no adulto existem estudos a indicar um equilíbrio dos níveis de cortisol e segregação adrenocortical (Kirschbaum, Wust, & Hellhammer, 1992), outros têm verificado algumas diferenças. Ao passo que o homem tem sido apontado como biológica e psicologicamente mais vulnerável (Segerstrom & Miller, 2004), há quem defenda o contrário e que sugira que as mulheres experienciam mais stress, apresentam mais sintomatologia somatoforme e mais altos níveis de vulnerabilidade ao stress do que os homens (Kudielka & Kirschbaum, 2004). Já a nível fisiológico, as investigações na área têm apontado o cortisol como factor diferenciador na regulação do eixo HPA. Num estudo com homens e mulheres jovens, verificou-se um aumento dos níveis de cortisol nos homens jovens superior ao das mulheres jovens em situação de stress, o que se mostrou inverso quando este foi realizado com indivíduos de uma faixa etária mais avançada (Seeman, Singer, Wilkinson, & McEwen, 2001). A apoiar esta diferenciação, parece que os níveis de ACTH e cortisol livre aumentam no homem mais do que nas mulheres, em situações de antecipação de stress (Kudielka & Kirschbaum, 2004) ou face a um agente de stress psicológico (Uhart, Chong, Oswald, Lin, & Wand, 2006). Já noutro estudo, os níveis de cortisol plasmático mostraram-se mais altos nas mulheres do que nos homens, na população mais envelhecida. Contudo, os níveis de cortisol salivar livre apresentaram-se com valor inverso (Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum, 2004), o que pode ser explicado pela escolha

do tipo de cortisol a ser medido, uma vez que a medição dos níveis de cortisol através de saliva tem-se revelado ser um melhor método (Kirschbaum, Wust, & Hellhammer, 1992). A par dos estudos anteriores que apontam diferenças entre sexos na regulação do eixo HPA em situações de stress num ou noutro sentido, têm aparecido outros que, apesar de sugerirem a existência de diferenças, ainda defendem que os resultados variam muito (Kudielka & Kirschbaum, 2004). Mais a nível do sexo feminino, mulheres na fase luteal do ciclo menstrual apresentam valores idênticos aos dos homens, o que já não acontece quando estão na fase folicular (Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum, 2004); e mulheres em pré-menopausa apresentam índices de resposta do eixo HPA inferiores às dos homens, sendo que estes índices se revelam semelhantes quando estas se encontram na fase lutea do ciclo menstrual (Darnall & Suarez, 2009). Com toda esta diversidade de dados, a questão acerca das diferenças existentes na regulação do eixo HPA em cada um dos sexos torna-se mais numa área a necessitar de maior investigação para tentar perceber que mecanismos se encontram por trás das diferenças já encontradas. É nesse ponto que iremos focar o seguinte segmento do presente artigo.

Comparação por género: Modelos explicativos interdisciplinares

No seguimento das diferenças encontradas na reacção de cada género sexual ao stress e a influência que essa reacção tem no eixo HPA, têm sido sugeridos alguns mecanismos/responsáveis por essas alterações. De uma perspectiva mais psicológica, a interpretação das situações por ambos os sexos, a ser diferente, pode levar a níveis diferentes de libertação de cortisol que podem influenciar o efeito do stress no sistema imune (Kirschbaum, Wust, & Hellhammer, 1992). O próprio tipo de stressor em causa pode estar na base das respostas específicas do eixo HPA, uma vez que a antecipação de um confronto ou perigo parece predizer mais respostas nos homens, enquanto que situações de preocupação interpessoal podem ter maior influência nas mulheres. Já o papel do estado emocional como moderador da interacção entre o sistema nervoso e o sistema imune pode vir a ser desvalorizado em detrimento das motivações e das percepções cognitivas (Segerstrom & Miller, 2004). A par destes dados, que remetem para uma diferenciação mais baseada nas características psicológicas particulares de cada um dos sexos, alguns estudos acerca do papel do stress na regulação do eixo HPA têm sugerido

que a resposta deste eixo a situações indutoras de stress pode não reflectir as respostas psicológicas subjectivas de cada indivíduo (Kudielkaa & Kirschbaum, 2004), sugerindo-se mesmo que o género pode moderar o efeito do stress no sistema imune através dos efeitos das hormonas sexuais no sistema imunitário (Kudielkaa & Kirschbaum, 2004; Segerstrom & Miller, 2004). Esta hipótese não é de todo despropositada e são cada vez mais os estudos que apontam para uma relação mais fisiológica do que psicológica, em parte talvez porque seja mais fácil perceber estes mecanismos complexos de regulação a nível fisiológico, numa fase inicial, e só depois a nível psicológico. Ainda assim, vários têm sido os responsáveis apontados por esta vertente de estudos. Na mulher, os estrogénios parecem promover uma menor reactividade do cortisol através de protecção e promoção de mecanismos de *feedback* negativo com o eixo HPA, no entanto este efeito é anulado quando existem mais altos níveis de progesterona (Seeman, Singer, Wilkinson, & McEwen, 2001), o que acontece na fase lutea da mulher e talvez ajude a explicar os níveis equilibrados que se tem encontrado quando comparados com os dos homens. Neste ponto, parece que mesmo a progesterona pode influenciar a regulação do eixo HPA nas mulheres (Kudielkaa & Kirschbaum, 2004). Nos homens, a testosterona parece ter um papel imunossupressivo e as mulheres são mesmo apontadas como apresentando uma resposta imune, celular e humoral, melhor (Darnall & Suarez, 2009). Embora estes dados pareçam diferenciar os responsáveis em cada sexo, a transcortina (CBG) também parece desempenhar um papel nesta regulação uma vez que as moléculas de cortisol só se encontram activas quando esta alfa-globulina não está ligada a ele (Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum, 2004). Esta alfa-globulina tem sido mais estudada, uma vez que interfere directamente com o cortisol, um dos grandes mediadores da resposta do eixo HPA em situações de stress.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES FUTURAS

Esta revisão é baseada em investigações recentes na área da psiconeuroimunologia e por isso traduz em parte a realidade que advém dos resultados que têm sido conseguidos. Apesar da inconsistência já reportada começam a surgir muitos resultados a sugerir que os homens parecem responder ao stress psicológico com maiores aumentos de

cortisol quando comparados com as mulheres. Daí surgem duas hipóteses. Por um lado, a maior reactividade ao stress observada nos homens poderá estar associada com um maior risco para doenças associadas com altos níveis de cortisol, como as doenças cardiovasculares e a diabetes, e por isso pode ajudar a explicar a elevada prevalência destas doenças no sexo masculino. Por outro lado, os níveis mais baixos de cortisol, ou a menor actividade deste na mulher, podem estar relacionados com uma hipoactividade do eixo HPA, o que se encontra associado ao aumento de risco para doenças auto-imunes, condição mais prevalente no sexo feminino. Assim, existe uma crescente necessidade de serem desenvolvidos novos estudos que permitam clarificar as diferenças encontradas até agora entre sexos. Esta maior clarificação pode não só ajudar a compreender os mecanismos responsáveis por esta aparente influência do stress no sistema imune, como também ajudar os profissionais de psicologia da saúde na criação de programas de promoção da saúde mental e física. Havendo cada vez mais indícios de que o sistema nervoso interage com o sistema imune, não deixa de fazer sentido que esta ligação seja bidireccional e que a frase “mente sã em corpo sã” seja cada vez mais verdadeira. É nesse sentido que a investigação é necessária, no sentido da promoção da saúde do ser humano como um todo, sendo que tal objectivo poderá ser optimizado com o importante contributo das áreas da psiconeuroimunologia e da psicologia da saúde.

REFERÊNCIAS

- Darnall, B.D., & Suarez, E.C. (2009). Sex and gender in psychoneuroimmunology research: Past, present and future. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 595-604.
- Fish, E.N. (2008). The X-files in immunity: Sex-based differences predispose immune responses. *Nature Reviews – Immunology*, 8, 737-744.
- Kajantie, E., & Phillips, D.I. (2006). The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 31(2), 151-178.
- Kirschbaum, C., Wust, S., & Hellhammer, D. (1992). Consistent Sex Differences in Cortisol Responses to Psychological Stress. *Psychosomatic Medicine*, 54, 648-657.

- Kudielka, B., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D., & 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(1), 83-98.
- Kudielka, B.M., & Kirschbaum, C. (2004). Sex differences in HPA axis responses to stress: A review. *Biological Psychology*, 69(1), 113-132.
- McCormick, C.M., & Mathews, I.Z. (2007). HPA function in adolescence: Role of sex hormones in its regulation and the enduring consequences of exposure to stressors. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 86(2), 220-233.
- Seeman, T.E., Singer, B., Wilkinson, C.W., & McEwen, B. (2001). Gender differences in age-related changes in HPA axis reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, 26, 225-240.
- Segerstrom, S.C., & Miller, G.E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.
- Uhart, M., Chong, R.Y., Oswald, L., Lin, P.-I., & Wand, G.S. (2006). Gender differences in hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 642-652.

O PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA E A INTERFACE COM A PSICOLOGIA DA SAÚDE

*Railda Fernandes Alves / Hediany de Andrade Melo /
Kílvia Barbosa Cavalcante / Láisy de Lima Nunes /
Pamela de Sousa Gonzaga / Raquel Medeiros Angelim*

As últimas décadas testemunharam uma inserção gradativa dos psicólogos nos serviços de saúde pública (Campos, 1992). Processo decorrente da crise econômica na sociedade brasileira, que rompeu com o paradigma de uma prática psicológica exclusivamente privada e, portanto, elitista; das mudanças no conceito de saúde; do tardio processo de reforma psiquiátrica brasileiro e dos investimentos do governo brasileiro em políticas públicas, voltadas à atenção primária de saúde (Teixeira, 2006).

Esta seqüência de eventos foi dando visibilidade e importância ao trabalho do psicólogo nos Serviços públicos de Saúde, ainda que a inserção destes profissionais nesses Serviços tenha sido pouco ou nada preparada (Dimenstein, 2003). De tal modo que as intervenções advindas da clínica tradicional passaram a ser reproduzidas nos Serviços sem que houvesse nenhuma adaptação ou consciência da necessidade de adequação das práticas em seu nível de atenção de saúde.

Sabendo-se que o campo de assistências em saúde pública é extenso e inclui todas as intervenções de saúde que vão desde as primárias, passando pelas especializadas até as de alta complexidade, o ingresso a esse campo exige do profissional a compreensão de seu fazer e a conformidade com o respectivo nível de atenção (Alves, 2008). Se para alguns profissionais de saúde este seria um tema de fácil resolução, para os psicólogos ainda não o é. Principalmente porque a formação do psicólogo foi e continua sendo, na maioria dos casos, desvinculada dos temas de saúde pública.

Mais recentemente e, sobretudo em consequência da implantação do Programa de Saúde da Família – principal Programa do Ministério da Saúde do Brasil que tem como filosofia a resolução dos problemas de saúde das populações ainda no nível primário (Brasil, 1997) – e das Equipes Matriciais (Campos & Domitti, 2007) passou-se a exigir do psicólogo uma outra postura interventiva. Fato que evidenciou o problema antes latente. O aporte da Psicologia da Saúde é aqui indicado para minimizar possíveis defeitos da formação acadêmica para atuação nos centros de saúde pública, já que se propõe a garantir as assistências de saúde nos níveis de hierarquia primário, secundário e terciário (Alves, 2008). Além de orientar as intervenções no nível primário que é o setor em

que se encontram os críticos problemas de falta de adequação das práticas dos psicólogos.

Notas históricas sobre a psicologia da saúde e a inserção do psicólogo nos serviços de saúde pública

Os marcos iniciais da Psicologia da Saúde no Brasil foram na década de 50, anteriores portanto à própria regulamentação da profissão de psicólogo neste país, datada de 1961. Segundo Sebastiani (2007) o Brasil está entre os países que iniciaram mais precocemente os trabalhos em Psicologia da Saúde em todo o mundo, em 1952, tendo como pioneira a Dra. Mathilde Neder.

Porém é na década de 70 que observamos um intenso desenvolvimento, incentivado pelo processo da Reforma Psiquiátrica e pela mudança da concepção do processo saúde-doença. O psicólogo foi ganhando espaço e inserindo-se gradativamente nos serviços de saúde pública. Processo acentuado durante os anos 80 (Campos & Guarido, 2007). Sua entrada neste campo de atuação e a conseqüente mudança e/ou ampliação do modelo clínico individual proposto para o atendimento em consultórios privados (Teixeira, 2006), se deu em duas etapas: primeiro, uma crise econômica na sociedade brasileira, que rompeu com o paradigma restrito da prática psicológica (psicoterapeuta – profissional liberal), numa atuação limitada, exclusiva e elitista; e em segundo lugar, percebeu-se uma mudança estrutural no conceito de saúde, bem como se observou crescentes investimentos do Governo nos programas de saúde pública (mental e reintegração psicossocial). Deste modo, as políticas públicas de saúde reorganizaram suas intervenções, valorizando o trabalho multiprofissional e requisitando largamente o saber-fazer do psicólogo (Rutsatz & Câmara, 2006).

Além das mudanças no sistema de saúde, a realidade social em que os psicólogos se encontram também sofreu alterações. Movidos pelos problemas enfrentados pelo país – desemprego, pobreza, grandes desigualdades sociais – os psicólogos necessitaram transcender a atuação prioritariamente clínica, aumentando o interesse na área da saúde pública e nas demandas do contexto social (Gioia-Martins & Júnior, 2001). Diante disso abrem-se novos espaços de atuação que exigem uma especificidade de atuação. É neste contexto que a Psicologia da Saúde surge com a necessidade de promover e de pensar o processo saúde/doença como um fenômeno social (Benevides, 2005; Dimenstein, 2001). O psicólogo vê-se

obrigado a rever suas práticas laborais a fim de atender à nova demanda de saúde.

Campo conceitual da Psicologia da Saúde

O mundo da Psicologia da Saúde é marcado por várias conceituações, por vezes antagônicas. Sustentamos, no âmbito deste trabalho, ser a Psicologia da Saúde um campo de práticas autônomo em relação à clínica, e mais abrangente que esta. Dedicada às práticas de atenção à saúde em todos os níveis de assistência e voltada, prioritariamente, à promoção da saúde e à prevenção primária de doenças (Alves, 2008).

Nesta direção, Godoy (1999), diz que a psicologia da saúde se caracteriza pela ênfase na promoção e manutenção de saúde e na prevenção das doenças, resultando da confluência das contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico (psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia). Sendo assim, a Psicologia da Saúde não pode ser compreendida com uma aplicação do fazer clínico no contexto da saúde. A sua finalidade principal é a compreensão de como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos, dos grupos e das comunidades (Alves, Eulálio, & Brobeil, 2009).

Na mesma linha se encontra Teixeira (2007) definindo a psicologia da saúde como um campo específico, que foca a psicologia como ciência e profissão voltada para a saúde, a doença e a prestação de cuidados à saúde, considerando diversos aspectos da vida dos indivíduos, tais como suas experiências e comportamentos.

Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, e Barreto (2004), complementam esta idéia mostrando que a psicologia da saúde reconhece a importância da inter-relação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde a define como sendo: “o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde” (Leal, 2006, p. 4).

Para além dos aspectos consensuais, a Psicologia da Saúde também enfrenta entraves. As discordâncias que vão marcando o referido campo são percebidas à hora de explicar o seu paradigma teórico de pertinência.

A começar pela diversa taxonomia: Psicologia clínica da saúde; Psicologia Social e Saúde (Campos, & Guarido, 2007), Psicologia e Saúde. Termos utilizados como sinônimos, ainda que de maneira incongruente, já que tal diversidade reflete, em alguns casos, antagonismos de ordem teórica. O mapeamento como campo de aplicação autônomo em relação à clínica ou mesmo como campo que engloba a clínica, a diferenciação do que é da ordem do mental e do físico é quiçá o debate mais problemático.

Segundo Ribeiro (2007) em Portugal a Psicologia da Saúde não se diferencia formalmente da psicologia clínica. O autor argumenta que a fronteira entre as duas psicologias se faz entre o mental e o físico. A clínica mais ligada à saúde mental e a psicologia da saúde direcionada às doenças físicas. Para Ribeiro (op. cit.) esta é uma ideia equivocada já que não existe fronteira entre o mental e o físico.

A separação entre o físico e o mental realmente não procede, se tomados como condição para compreensão do ser humano. Entretanto, faz-se mister reconhecer que a intervenção de saúde, considerada na amplitude das assistências de saúde pública, tem suas especificidades. Muito mais por questão técnica que teórica é fundamental compreender e estabelecer o corte entre uma intervenção de nível especializado de saúde, no caso a prática da psicoterapia, de uma intervenção de nível primário, no caso uma ação que vise à promoção de saúde, por exemplo.

A falta de uma delimitação clara nas formas de desenvolver tais ações implica e talvez justifique a inércia dos psicólogos à hora de atuar nos diferentes níveis de cuidados à saúde. Por esta razão adotou-se aqui a definição de Alves (2008) que afirma ser a Psicologia da Saúde o campo de aplicação da Psicologia que engloba as ações de saúde física e mental. Segundo a lógica desta autora a Psicologia da Saúde entende-se pela subdivisão de seus níveis de intervenção em saúde. De maneira que o nível de atenção de saúde determinará se a intervenção é voltada para a saúde geral ou mental.

Sobre a formação profissional e a falta de preparo diante dos programas de saúde pública

Apesar de a Psicologia ter se inserido dentro dos programas de saúde pública, percebe-se mediante pesquisas realizadas por Abdala e Rasera (2006); Dimenstein (2003); Teixeira (2006); Rutsatz e Câmara (2006), Traverso-Yépez (2001), dentre outros pesquisadores, que muitos Psicólogos ainda não se encontram preparados para o exercício de tais

papeis nestes novos campos de atuação, já que suas práticas ainda se encontram enraizadas nos modelos clínicos.

A defasagem observada em suas aptidões decorre da formação acadêmica que, por defeito, não capacita adequadamente os profissionais para intervirem junto à comunidade em serviços de saúde pública. Segundo Abdala e Rasera (op. cit.), o novo contexto de atuação profissional do psicólogo tende a exigir outras posturas que venham a enfrentar uma nova realidade para a qual estes não haviam sido preparados durante a graduação. Por essa razão, tais profissionais usam o modelo da clínica privada em todos os níveis de saúde, modelo que prioriza o atendimento individual com objetivos curativos e assistencialistas e a psicoterapia de longo prazo.

Vale salientar que não obstante os centros de atenção primária requisitem outras ações do psicólogo voltadas, tais como: à promoção de saúde, à qualidade de vida e à ajuda psicológica familiar e psicossocial, muitos ainda se encontram arraigados ao viés tradicional e consequentemente dissociados dos princípios geradores das políticas de saúde do SUS (Benevides, 2005).

Sendo assim, para que esta situação seja revertida faz-se necessário que o psicólogo em atuação reavalie as suas práticas, buscando um amadurecimento teórico e metodológico de suas atuações, e ao mesmo tempo tornado-as condizentes com a realidade atual vigente. Isso exige o esforço conjunto das Unidades formadoras e dos profissionais. A primeira adequando currículos e os segundos investindo na formação continuada.

Os papeis do Psicólogo nos serviços de saúde pública mediados pela Psicologia da Saúde

A configuração do modelo de atenção à saúde visando alcançar o objetivo de atender integralmente a saúde do indivíduo, tem sua organização pautada em hierarquias, compreendendo os níveis de atenção primário, secundário e terciário, a partir dos quais são oferecidas ações programadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças (Campos & Guarido, 2007).

Para que o psicólogo trabalhe de maneira eficaz na atenção primária de saúde (APS) é necessário um conhecimento amplo de epidemiologia, de políticas públicas e sociais, de antropologia e sociologia da saúde, e dos indicadores de desenvolvimento humano (IDH), além de conhecimentos técnicos e teóricos de psicologia.

Segundo Alves, Eulálio, e Brobeil (2009) a atenção primária deve priorizar a elaboração de programas de promoção de saúde e de prevenção de doenças. Deve centralizar-se nos problemas epidemiológicos da população e na construção de estilos de vida saudáveis e na inibição dos comportamentos de risco. Deve focalizar-se nos programas de educação para a saúde (Rey, 1997).

Dentre as ações principais estão: o atendimento aos usuários em consultas primárias, (nunca psicoterapia), abordar temas de saúde comunitária (Santos & Trindade, 1997), fazer uso de técnicas de dinâmicas de grupo, promover e organizar grupos informativos, fazer visitas domiciliares e assistência familiar.

O nível secundário de atenção à saúde, desenvolvido em ambulatorios e centros de especialidades, tem como principais atividades: acompanhar o paciente no seguimento do tratamento de alguma enfermidade, seja ela física ou psicológica; aceder aos problemas de saúde mental; realizar psicodiagnósticos diferenciais; elaborar junto com outros profissionais, os programas de adesão ao tratamento de doenças crônicas, praticar a psicoterapia, entre tantas outras.

A atenção terciária de saúde está associada à assistência aos problemas de alta complexidade. É praticada em hospitais e em centros especializados (Oliveira, 2001). As principais atividades são: a orientação dos pacientes internados e de suas famílias, atuação nos cuidados paliativos (Psicologia, 2006), preparação pré-cirúrgica, acompanhamento pós-cirúrgico, assistência aos profissionais de saúde, prestação de serviços em hospitais psiquiátricos, em Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) e em residências terapêuticas, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de conclusão, a Psicologia da Saúde em sua configuração teórica e prática ainda não foi incorporada de forma satisfatória pelos psicólogos em atuação nos programas de saúde pública. Fato comprovado pelos estudos empíricos referidos ao largo deste artigo.

Falta aos psicólogos dos serviços públicos de saúde clareza do que sejam suas práticas dentro deste campo de atuação e principalmente do que sejam suas intervenções nos variados níveis de atenção à saúde.

É imprescindível reconhecer que o psicólogo tem amplo espaço no campo da saúde pública e junto à população usuária. Portanto deve contribuir para a construção de soluções para os problemas de saúde mais freqüentes. Todavia, para que isto venha a se realizar de maneira eficaz, se faz necessária uma tomada de atitude por parte deste profissional, que deve repensar e ressignificar as suas práticas psicológicas tradicionais, desenvolvendo assim meios de intervenção mais condizentes com os programas de saúde pública, com observância do nível de assistência em que vai atuar, e, finalmente, com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A., Medina, E., Besnosik, R., Vasconcelos, S., & Barreto, T. (2004). A formação em Psicologia da Saúde. *CienteFico*, 1, 1-14.
- Alves, R.F. (2008). Intervenciones de profisionales en el campo de la salud: Estudio antropológico compartivo entre Brasil, España y Portugal. *Tese de doutorado*. Granada: Universidade de Granada.
- Alves, R.F., Eulálio, M.D., & Brobeil, S.A. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61, 1-12.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: Uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- Campos, F.C. (1992). O lugar da saúde mental na saúde. In F.C. Campos (Org.), *Psicologia e Saúde: Repensando práticas* (pp. 47-57). São Paulo: Hucitec.
- Campos, F.C., & Guarido, E.L. (2007). O psicólogo no SUS: Suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. Spik (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica* (pp. 81-102). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Campos, G.W., & Domitti, A.C. (2007, Fevereiro). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 399-407.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6, 57-63.

- Dimenstein, M. (2003). Los(des) caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13, 341-345.
- Gioia-Martins, D., & Júnior, A.R. (2001). Psicologia da Saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Revista Psicologia – Teoria e Prática*, 3(1), 35-42.
- Godoy, J.F. (1999). Psicología de la Salud: Delimitación conceptual. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Leal, I. (2006). Perspectivas em psicologia da saúde. Coimbra: Quarteto
- Oliveira, C. (2001). Saúde Mental e PSF: Manual instrucional para o PSF. São Paulo: USP.
- Psicologia, Ciência e Profissão. (2006). O crescimento dos cuidados paliativos. *Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos*, 3, 18-19.
- Rey, F.G. (1997). Psicologia e Saúde: Desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 275-288.
- Ribeiro, J.L. (2007). *Introdução à psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Rutsatz, S.D., & Câmara, S.G. (2006, janeiro/junho). O psicólogo na saúde pública: Trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia*, 23, 55-64.
- Santos, A.C., & Trindade, I. (1997). Intervenção psicológica em programas de saúde para idosos. In J.L. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 385-398). Lisboa: ISPA.
- Sebastiani, R.W. (2007) *Psicologia da Saúde no Brasil: 50 anos de história*. Recuperado em 02 de Novembro de 2009, de <http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos>.
- Teixeira, J.A. (2007). Psicologia da Saúde. In I. Trindade & J. A. Carvalho (Eds.), *Psicologia nos cuidados de Saúde Primários* (pp. 17-40). Lisboa: Climepsi.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: Perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6, 49-56.

EXPERIÊNCIA DE SUPORTE SOCIAL
EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA

Rita Pereira / José A. Carvalho Teixeira

ISPA – Instituto Universitário

De acordo com Rasclé et al. (cit. por Silva et al., 2003), há vários estudos que demonstram a existência de efeitos positivos directos entre suporte social e a saúde, em casos de doença crónica, em que a qualidade e a quantidade de suporte social percebido estão associadas de forma positiva e significativa com vários indicadores fisiológicos e comportamentais de adaptação, mas também existem efeitos indirectos como a diminuição do stress psicológico criado pela doença, a redução do risco de depressão, ansiedade e de patologias causadas por situações stressantes.

O suporte social traz benefícios psicossociais às mulheres com cancro da mama, mas pode existir um desencontro entre o suporte que é necessário e aquele que é prestado. A discrepância, ou não, entre o tipo de suporte social desejado e o tipo de suporte social percebido pela doente explica a variação do ajustamento psicossocial ao cancro da mama melhor do que a satisfação com o suporte social percebido como recebido ou uma simples contagem das acções de suporte recebidas (Reynolds & Perrin, 2004).

Consequentemente, não é suficiente receber suporte social, é necessário que a paciente com cancro da mama percepcione esse suporte social como adequado para que ele seja benéfico e ajude a melhorar o seu estado psicológico. É por isso importante ajudar os prestadores de suporte social e as pessoas que o recebem a alinhar as expectativas e acções de ambos, pelo que a comunicação é muito importante. Os membros da rede social dos pacientes desempenham diferentes papéis ao ajudá-los nos seus esforços para lidar com a doença em diferentes pontos temporais (Reynolds & Perrin, 2004).

No estudo de Thewes, Butow, Girgis, e Pendlebury (2004), tanto as pacientes mais novas como as mais velhas que nele participaram, mencionaram a importância de receber suporte emocional e prático por parte dos seus companheiros, filhos, pais, família alargada e de amigos próximos.

Apesar de gostarem de receber apoio, as participantes na investigação de Landmark, Strandmark, e Wahl (2002) sentiam que os seus familiares mais próximos estavam a ser sobrecarregados e algumas mulheres não sabiam bem como comunicar com os outros, em particular, com a família

próxima. No entanto, apesar dessas dificuldades, as participantes nessa investigação consideram ter tido boas experiências no que diz respeito ao suporte social. O apoio em forma de “presença”, no sentido de ter as pessoas por perto, foi enfatizado. Os dados também revelaram a importância do suporte de carácter prático realizado por parte da família próxima. A compreensão e o suporte social dos amigos próximos pareceram ter uma forte influência na luta destas mulheres contra o cancro da mama. Os amigos emergiram como importantes e como pessoas que são boas a resolver as coisas. A confraternização com outras pessoas na mesma situação foi muito valorizada. As participantes nesta investigação, também experienciaram suporte social por parte de fontes inesperadas (Landmark, Strandmark, & Wahl, 2002).

De acordo com Arora e col. (2006), aquilo que as mulheres consideravam como útil por parte dos membros da sua rede social varia de acordo com as suas características psicológicas pessoais. De acordo com as características das participantes e com o suporte que consideraram ter tido puderam chegar-se a algumas conclusões. As mulheres que potencialmente tinham maiores necessidades de suporte (por exemplo, por terem que se submeter a tratamentos mais agressivos) eram de facto mais passíveis de receber suporte. Por outro lado, mulheres de cor, mulheres com níveis de escolaridade mais baixos eram menos passíveis de vir a receber suporte.

O objectivo deste estudo foi o de conhecer quais são as experiências, fontes e necessidades de suporte social de mulheres com cancro da mama. As questões a investigar foram: como é experimentado o suporte social, quais são as fontes de suporte social e quais as necessidades de suporte social das mulheres com cancro da mama.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi recolhida no Hospital Pulido Valente (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE) e no Centro de Saúde de Santiago do Cacém. A amostragem foi sequencial pelo que todos os sujeitos que eram elegíveis para participar no estudo foram incluídos conforme foram surgindo.

Eram elegíveis para fazer parte da amostra as mulheres com cancro da mama que já tivessem passado por uma fase inicial de tratamento do mesmo. Foram realizadas 6 entrevistas no total. Todos os nomes e outra informação que pudessem identificar as participantes foram alterados. As participantes tinham entre os 30 e os 65 anos (em média 51 anos). A maioria era casada (4) e as restantes estavam em fase de divórcio (1) ou a viver em união de facto (1). Quatro destas mulheres têm filhos.

Material

O instrumento utilizado neste estudo foi a Análise Fenomenológica Interpretativa de Jonathan Smith (IPA). O objectivo da IPA é explorar detalhadamente o ponto de vista do participante sobre o tópico a ser investigado. Esta abordagem é fenomenológica, uma vez que diz respeito à percepção pessoal ou opinião acerca de um objecto ou acontecimento em vez de ser uma tentativa de produzir uma descrição objectiva sobre esse objecto ou acontecimento (Smith, Jarman, & Osborn, 1999).

De acordo com a IPA, o processo de pesquisa é dinâmico, uma vez que reconhece que o investigador está a tentar, de alguma forma, pôr-se no lugar do participante e ver as coisas do seu ponto de vista mas nunca o consegue fazer completamente. O acesso a essa perspectiva depende de e é complicado pelas concepções e percepções do investigador que são necessárias para construir significados e realizar um trabalho interpretativo dos dados obtidos (Smith, Jarman, & Osborn, 1999). Além disso, não existe uma forma definitiva de utilizar este tipo de abordagem, sendo que esta pode sofrer algumas alterações dependendo daquilo que está a ser investigado e do investigador.

Apesar de a IPA só se ter tornado um tipo de abordagem importante em Psicologia, já era há muito utilizada pelas ciências sociais. Mais actualmente, a psicologia da saúde parte do princípio que as pessoas pensam sobre o seu corpo e que aquilo que as pessoas dizem acerca do seu corpo tem a ver com aquilo que pensam (Smith, Flowers, & Osborn, 1997).

Procedimentos

A técnica de recolha de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada. De acordo com Mathieson (1999), esta técnica de recolha de dados é particularmente apropriada para estudos exploratórios de natureza

descritiva e é um método qualitativo de pesquisa muito importante em psicologia da saúde.

Antes da realização de cada entrevista, as participantes foram informadas acerca do objectivo geral do estudo e foi-lhes dada a oportunidade de exporem as suas dúvidas relativamente à sua participação nesta investigação. Foi assegurado aos sujeitos que poderiam interromper a entrevista sempre que necessitassem de o fazer sem terem que se justificar e que os dados recolhidos seriam mantidos em anonimato. Foi também informado que as entrevistas iriam ser gravadas. As entrevistas foram individuais, face a face e tiveram a duração média de cerca de uma hora. A entrevista teve como base algumas questões abertas que de forma a permitir ao paciente falar livremente sobre os tópicos em questão. As perguntas que serviram de esqueleto à entrevista foram construídas a partir de temas retirados da literatura relacionada principalmente com suporte social e cancro da mama e tiveram como objectivo explorar as necessidades de suporte social e a satisfação com o suporte social recebido.

As entrevistas foram transcritas e os textos foram analisados de acordo com o método de Análise Fenomenológica Interpretativa (IPA) (Smith, Jarman, & Osborn, 1999). A primeira fase da análise consistiu em várias leituras atentas de um texto de uma entrevista e em anotar os pontos de interesse e de significado. Num segundo momento, estes comentários iniciais foram utilizados para documentar temas emergentes com o objectivo de captar a qualidade essencial das experiências das participantes. Estes temas emergentes envolveram um nível maior de abstracção quando comparados com os comentários analíticos iniciais. Na terceira fase, foi compilada uma lista de temas comuns e procuraram-se ligações entre os temas. Os temas com ligação foram agrupados em temas globais e foram catalogados. Este processo foi realizado com duas entrevistas. A fase seguinte envolveu a comparação dos temas gerais de cada entrevista e a produção de uma tabela de temas iniciais comparativos. As restantes 4 entrevistas foram analisadas da mesma forma e as duas tabelas de temas gerais comparativos inicialmente criadas foram integradas numa. Finalmente, foi compilada uma tabela mestre de temas comparativos que serviu de base para a escrita dos resultados, onde a tabela foi transformada numa narrativa ilustrada com citações das participantes.

RESULTADOS

A partir da análise, emergiram 5 temas gerais comparativos. Os conteúdos que se inserem dentro destes temas descrevem a forma como foi experienciado o suporte social pelas participantes enquanto pacientes com cancro da mama e quais foram as principais fontes desse suporte. Os cinco temas foram:

1. Partilha do diagnóstico;
2. Suporte social percebido (suporte emocional, instrumental e informativo);
3. Variação do suporte social percebido ao longo do tempo;
4. Necessidades de suporte social não correspondidas;
5. Evitamento social.

A fase de diagnóstico mostrou ser relevante para as participantes no estudo pelo que fizeram questão de falar nela. No geral, as mulheres preocuparam-se em relação às reacções das outras pessoas e esse receio levou a que não partilhassem o seu diagnóstico até algum tempo após terem recebido a notícia:

“Portanto, na altura do diagnóstico ninguém sabia, só vieram a saber depois.”; [demorou 3 meses]; “... só disse mesmo, mesmo, mesmo à família na altura em que já tinha a data marcada para a operação; foi nessa altura que eu disse, pronto.”

Todas as participantes, independentemente da sua situação familiar quiseram, de certa forma, proteger as outras pessoas, nomeadamente a sua família mais próxima, do sofrimento que advém de uma situação de cancro. O facto de guardarem o diagnóstico para si significa que não obtiveram mais suporte social na fase de diagnóstico do que numa situação normal de saúde. Além disso, as pacientes que desvalorizaram a sua situação terão tido uma resposta social que foi de encontro a essa desvalorização.

No geral, as pacientes obtiveram reacções negativas em resposta ao seu diagnóstico de cancro da mama. No caso das pacientes com filhos, os filhos pareceram ter uma especial dificuldade em lidar com o diagnóstico de cancro da mama das suas mães:

“De facto, ele desmoronou-se e disse «oh mãe isto não pode acontecer, a mãe do não sei quantos faleceu agora com este problema...» e a R., a minha filha mais nova, aquilo que me disse foi “oh mãe tu não me deixes, oh mãe não me deixes...”

Todas as participantes consideraram que o suporte social que receberam foi de encontro às suas necessidades. Desta forma, teoricamente, aquilo que perceberam como suporte corresponde àquilo que consideraram ser as suas necessidades. Um dos sujeitos sentiu que o apoio que recebeu foi adequado às suas necessidades mas, no entanto, esse apoio só foi adequado porque a paciente sentia que não precisava de muito. Algo semelhante aconteceu com duas outras pessoas:

“Acho que o apoio foi adequado porque, como digo, eu tinha a minha própria força e nunca me pus à espera de muita coisa. Se eu fosse daquelas pessoas que precisava muito, talvez não tivesse sido adequado.”

As participantes consideraram unanimemente que o suporte social foi importante para elas e as ajudou a lidar melhor com o cancro da mama e com os tratamentos que esta doença acarreta. Todas as outras mulheres consideraram que o suporte social que receberam por parte da sua família mais chegada foi o mais importante. Nomeadamente, o apoio por parte dos maridos ou companheiro pareceu ser bastante significativo em todos os casos excepto no caso de uma paciente, que se encontrava numa situação de divórcio que explica essa divergência em relação às outras participantes.

Os profissionais de saúde foram referidos como fonte de suporte emocional. A família, os amigos e outras pessoas com cancro também foram vistas como fontes de suporte emocional positivo. Algumas pacientes referiram que só quem passa pela situação de cancro da mama é que consegue perceber o que isso significa. Além das fontes externas, algumas participantes referiram que elas próprias se apoiaram emocionalmente:

“Em parte ajudou mas acho que a maior força vinha de mim.”

Quanto ao suporte instrumental, a família foi a única fonte percebida como útil pelas participantes. As mulheres que participaram neste estudo sentiam que alguns familiares se esforçavam para as ajudar. No entanto, por vezes esta ajuda era recusada porque as pacientes sentiam que estavam a sobrecarregar a sua família (mães e irmãs, com as tarefas domésticas). No que diz respeito ao suporte informativo, os profissionais de saúde e os meios de comunicação social constituíram as maiores fontes de suporte. No entanto, as participantes neste estudo também receberam suporte informativo por parte de outras pessoas com cancro. As pacientes sentiam necessidade de se manterem informadas e, para isso, pesquisavam e liam

o que encontravam acerca de cancro da mama de forma a preencher alguma falta de suporte informativo que pudessem sentir.

As principais fontes de suporte emocional foram os profissionais de saúde, a família, os amigos e outras pessoas com cancro.

A maioria das participantes referiu que o suporte social que receberam foi constante ao longo do tempo. As restantes participantes consideraram que o suporte social que lhes foi prestado variou ao longo do tempo. Quando referiram que o suporte variou, os sujeitos consideraram que o apoio variou de acordo com as suas necessidades tendo sido mais apoiadas na altura em que necessitaram mais, como por exemplo, na fase de tratamento.

Houve algumas necessidades de suporte social que não foram correspondidas. As necessidades não correspondidas mais mencionadas tiveram a ver com falta de suporte informativo por parte dos profissionais de saúde, falta de suporte emocional por parte da família (e mesmo o facto de terem que prestar suporte social em vez de o receberem) e falta de compreensão e de sensibilidade por parte das entidades patronais no local de trabalho. A descontinuidade de acompanhamento por parte de alguns profissionais de saúde constituiu um problema para algumas pacientes. No excerto seguinte, uma paciente refere-se à falta de suporte informativo por parte de profissionais de saúde:

“... eles (médicos) são um bocado fechados porque, se calhar, estão habituados a lidar com um tipo de pessoas que o médico diz que é assim e elas fazem. Muitas vezes nem lhe dizem o que têm e elas fazem as coisas que os médicos dizem.”

O evitamento social esteve presente nos discursos da maior parte das mulheres que participaram neste estudo. Na nossa opinião, este isolamento terá dificultado a existência de mais suporte social.

DISCUSSÃO

Este estudo realizou uma análise qualitativa detalhada de experiências de suporte social de mulheres com cancro da mama, que era o objectivo central deste trabalho.

Tal como verificado no estudo de Logan, Hackbusch-Pinto, e De Grasse (2006), as pacientes isolaram-se na fase de diagnóstico mas depois acabaram por procurar as pessoas mais próximas em busca de algum

conforto e suporte. As reacções das outras pessoas perante o diagnóstico de cancro da mama foram negativas. O mesmo se verificou no estudo de Wilkinson (2008). Os jovens pareceram ter particular dificuldade em lidar com a doença das suas mães e o evitamento foi uma estratégia usada frequentemente para lidar com a mesma. Por sua vez, ao depararem-se com reacções negativas por parte dos seus filhos, as pacientes tiveram que lhes dar apoio em vez de o receberem.

A investigação conduzida por Thewes, Butow, Girgis, e Pendlebury (2004) também indica que o diagnóstico e o tratamento de cancro da mama tiveram um enorme impacto negativo nos maridos das pacientes que participaram no estudo e nas suas famílias. No nosso estudo, os maridos das pacientes não demonstraram reacções negativas e tentaram apoiá-las dentro das suas possibilidades. O suporte oferecido pelos maridos foi principalmente emocional e prático.

Podemos afirmar que a experiência de suporte social foi vivida como positiva e importante. Nos estudos realizados por Thewes, Butow, Girgis, e Pendlebury (2004) e por Landmark, Strandmark, e Wahl (2002), o suporte social também foi considerado importante na luta contra o cancro da mama e pareceu influenciar positivamente a capacidade para lidar com a situação de doença crónica.

A experiência de suporte social por parte da família foi bastante valorizada. O mesmo se verificou no estudo conduzido por Landmark, Strandmark, e Wahl (2002). A participação da família em termos de suporte prático foi bem recebida. No entanto, nalguns casos as pacientes tentaram afastar algumas pessoas porque sentiram que as estavam a sobrecarregar (familiares do género feminino, com as tarefas domésticas). No estudo referido de Sinding, Wiernikowski, e Aronson (2005), a maior parte das pacientes contaram com a ajuda de familiares para as transportar ao local de tratamento. No nosso estudo isso também se verificou, nomeadamente por parte dos companheiros e dos filhos (do género masculino) das pacientes. Em termos gerais, as pacientes acharam que os maridos/companheiros se expressaram de forma adequada. No nosso estudo, as duas necessidades de suporte não correspondidas por parte de maridos é em termos de suporte prático e suporte emocional.

Ao contrário do que extraiu a partir dos dados obtidos no estudo de Landmark, Strandmark, e Wahl (2002), o tempo passado no hospital não foi considerado um fardo, pelo contrário, no geral, foi considerado um tempo de confraternização com outros pacientes com cancro e com os profissionais de saúde.

No estudo realizado por Dakof e Taylor (1990), o suporte informativo por parte de outros pacientes com cancro foi visto como bastante útil por um número substancial de respondentes e a falta de suporte informativo foi experienciado como uma lacuna. No nosso estudo, o suporte informativo e emocional por parte de outros pacientes com cancro também foi bastante valorizado.

O estudo de Arora e col. (2007) concluiu que o suporte social percebido recebido a seguir ao diagnóstico diminuiu significativamente ao longo do primeiro ano após as mulheres terem sido diagnosticadas. No caso do nosso estudo, nos casos em que não houve prestação de suporte social na fase de diagnóstico, o suporte social aumentou a partir dessa fase.

De acordo com a investigação realizada por Landmark, Strandmark, e Wahl (2002), a falta de suporte social influenciou negativamente a capacidade para lidar com a situação de doença. Isso também se verificou no presente estudo. Tomando como exemplo a falta de compreensão por parte das entidades patronais que foi sentida por duas das mulheres, isso criou alguma desorganização e instabilidade e consequentemente influenciou negativamente a sua capacidade para lidar com o cancro da mama. O mesmo se pode concluir a partir das outras necessidades de suporte social que não foram correspondidas. Apesar de se considerarem satisfeitas com os serviços de saúde e com os profissionais de saúde, algumas das pacientes que participaram no nosso estudo referiram que lhes faltou algum suporte informativo.

REFERÊNCIAS

- Arora, N.K, Rutten, L.J.F., Gustafson, D.H., Moser, R., & Hawkins, R.P. (2006). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 474-486.
- Dakof, G.A., & Taylor, S.E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 80-89.
- Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support. *Nordic College of Caring Sciences*, 16, 216-223.

- Logan, J., Hackbusch-Pinto, R., & De Grasse, C.E. (2006). Women undergoing breast diagnostics: The lived experience of spirituality. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 121-126
- Mathieson, C.M. (1999). Interviewing the ill and the healthy. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative health psychology – Theories and methods*. London: Sage Publications.
- Reynolds, S.J., & Perrin, N.A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 23, 425-430.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S., & Gonçalves, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.
- Sinding, C., Wiernikowski, J., & Aronson, J. (2005). Cancer care from the perspectives of older women. *Oncology Nursing Forum*, 9, 137-146.
- Smith, J.A., Flowers, P., & Osborn, M. (1997). Interpretative phenomenological analysis and the psychology of health and illness. In L. Yardley (Ed.), *Material Discourses of Health and Illness*. London: Routledge.
- Smith, J.A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative health psychology* (pp. 218-240). London: Sage Publications.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 177-189.
- Wilkinson, S. (2008). Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: Lo personal y lo político. *Anuário de Psicologia*, 39(1), 9-22.

AUTOBIOGRAFIA ORIENTADA COMO ESTRATÉGIA
DE PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR NA VELHICE:
REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Rosa Marina Afonso

Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior /
UnIFai – Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos

A autobiografia orientada implica que o indivíduo relate histórias da sua vida e reminiscências que tem de pessoas, relações, acontecimentos e situações. Trata-se de um processo educacional a partir do qual a pessoa compreende o seu passado no presente e no qual integra as suas experiências e acontecimentos ao longo do tempo (de Vries, Birren, & Deutchman, 1995), podendo ser desenvolvido como estratégia de promoção do bem-estar na velhice.

A autobiografia orientada, geralmente, é desenvolvida em grupo, implica actividades de escrita autobiográfica e é dinamizada em sessões em que é trabalhado um conjunto de temas que pretendem abranger o ciclo vital e fomentar a construção de um sentido de continuidade entre as reminiscências activadas. A aprendizagem, a conceptualização e exploração parecem ser os processos essenciais na autobiografia orientada que conduzem ao desenvolvimento psicossocial nos pequenos grupos em que se dinamiza esta actividade (Thornton, 2008).

Autobiografia orientada: o papel central da memória autobiográfica

A autobiografia trabalha directamente com a memória autobiográfica que se pode definir, em termos gerais, como a memória da informação que o indivíduo tem de si mesmo (Brewer, 1986) e que se encontra em permanente reconstrução. A memória autobiográfica implica a compilação e recuperação de informações autobiográficas específicas que o indivíduo vai acumulando desde o início e que permite à pessoa construir um sentimento de identidade e continuidade (Conway, 1997).

Este tipo de memória tem um papel central no processo de construção da identidade, em que o indivíduo revê a avaliação dos acontecimentos e do eu passado, altera a distância subjectiva em relação aos mesmos e perspectiva e organiza os episódios de modo a criar novas representações do eu. Deste modo, a memória autobiográfica pode proporcionar um sentido do eu, que depende das recuperações que o indivíduo faz do seu passado (Klein, German, Cosmides, & Gabriel, 2004). Esta função da

memória autobiográfica relacionada com o eu parece ser fundamental para a saúde emocional e psicológica (Bluck, 2003). O sentido de identidade ao longo do tempo faz com que o indivíduo se sinta uma entidade coerente, com um passado, um futuro e um propósito de vida. Erikson (1959) e Butler (1963) atribuem uma especial importância à memória autobiográfica no desenvolvimento e satisfação na velhice. Erikson sugere que no final da vida, o indivíduo tende a analisar as experiências passadas, a avaliar as metas alcançadas, a reflectir sobre si mesmo e sobre o facto da sua vida ter sido ou não significativa. Butler considera que na velhice ocorre um processo de revisão de vida, em que a pessoa analisa diversos acontecimentos da sua vida tentando integrar esses eventos e encontrar um significado para os mesmos, de modo a alcançar a integridade do eu.

Nesta perspectiva, o objectivo da construção da autobiografia na velhice, ao trabalhar com a memória autobiográfica, seria o de desenvolver a identidade e alcançar a integridade do eu que pode ser conceptualizada como o desenvolvimento de um conjunto de auto-esquemas positivos, realistas e unificados que proporcionam um sentido de coerência e identidade.

Autobiografia e reminiscência(s)

O processo de construção uma autobiografia implica, também, exercícios de reminiscência, que consistem na recuperação de episódios significativos experienciados pessoalmente no passado. Na reminiscência simples não é necessário que exista lógica ou sequência entre os temas. No entanto, a construção da autobiografia é um acontecimento planeado, que exige, além da reminiscência dos acontecimentos, uma estrutura, para que abranja os principais temas e acontecimentos de vida, podendo incluir avaliação dos mesmos

Relativamente à reminiscência, Wong e Watt (1991) enfatizam o carácter multidimensional da mesma sugerindo a existência de distintos tipos, dos quais alguns seriam adaptativos: a reminiscência instrumental e a reminiscência de integração. Com a reminiscência de integração promove-se a aceitação do eu e dos outros, a resolução de conflitos e reconciliação, o sentido, significado e valor pessoal e a integração do passado e do presente. Trata-se de um processo de auto descoberta através do qual os indivíduos tentam solucionar conflitos do passado, resolver a discrepância existente entre o ideal e a realidade, encontrar um sentido de continuidade

entre o passado e o futuro (Lieberman & Tobin, 1983) e a redescobrir que a sua vida, tal como se viveu, tem valor (Butler, 1963; Erikson, 1959). A reminiscência instrumental, exige que o indivíduo identifique um problema de forma específica e que descreva de forma detalhada memórias relacionadas com: estratégias de *coping*; planos desenvolvidos para resolver situações difíceis; actividades dirigidas para objectivos e situações em que o indivíduo alcançou objectivos ou ajudou outros a consegui-los (Watt & Wong, 1991; Wong & Watt, 1991). A recuperação de memórias instrumentais pode ajudar o indivíduo a identificar e reconhecer recursos importantes no passado para lidar de forma adaptativa com dificuldades.

Uma das estratégias para promover o bem-estar através da autobiografia orientada pode, por conseguinte, consistir em promover a produção de reminiscências de tipo instrumental e de integração. O processo de construção da autobiografia poderá assim funcionar como uma estratégia de desenvolvimento da auto-eficácia e do suporte social mútuo e de *empowerment* na velhice. A ideia subjacente é que os acontecimentos que a pessoa relata possam fazer com que o indivíduo se auto promova, se sinta capaz e defenda o seu eu (Viney, 1989). O objectivo da utilização da autobiografia orientada como estratégia de intervenção psicológica é que o indivíduo, por um lado, reconstrua as histórias em que se auto limita, e por outro lado, valorize os acontecimentos em que se auto promove.

Autobiografia e promoção do bem-estar na velhice

Um dos desafios do processo de envelhecimento é que a pessoa sinta a sua identidade e integre na mesma mudanças, perdas e acontecimentos que possam ocorrer na velhice. A tendência para recuperar acontecimentos autobiográficos do passado pode ser considerada uma estratégia que favorece a adaptação às mudanças associadas envelhecimento e que promove a satisfação pessoal na velhice (Vega & Bueno, 1996). Trata-se de fazer com que o indivíduo, ao contar a sua história, trace um contínuo temporal ao longo do qual situe as suas memórias autobiográficas (Thorsheim & Roberts, 1995).

A tendência para a recuperação de acontecimentos do passado na velhice, pode surgir, de forma espontânea, ou pode ser desenvolvida e implementada como estratégia de intervenção para promover o envelhecimento com êxito (Butler, 1974; Coleman, 1992; Wong & Watt, 1991).

A autobiografia orientada desenvolvida como uma estratégia de intervenção baseia-se na influência da reminiscência, da autobiografia e da revisão de vida sobre o bem-estar na velhice (Birren & Deutchman, 1991; Ryff & Essex, 1992), a formação da identidade e continuidade do eu (Atcheley, 1989), a procura de um sentido para a vida e coerência (Wong, 1995), a preservação do sentido de competência (Wong, 1995), a redução da sintomatologia depressiva (Afonso, 2007; Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit, & Cuijpers, 2005; Serrano, Latorre, Gatz, & Montañes, 2004), aceitação da morte (Georgemiller & Maloney, 1984), funcionamento cognitivo (Hughston & Merriam, 1982) e significado da vida (Birren & Hedlund, 1987).

Implicações dos exercícios de autobiografia

A análise dos efeitos da autobiografia orientada sugere que esta contribui para promover um papel activo do indivíduo na construção da sua história de vida. Além disso, De Vries, Birren, e Deutchman, (1995) enfatizam que a autobiografia orientada estimula a memória autobiográfica, melhora o contacto interpessoal e o suporte social.

A construção da autobiografia parece ainda contribuir para integrar e dar um sentido à vida da forma que se viveu, favorecer um sentido de continuidade do eu, renovar a confiança, aumentar a autoconfiança e a capacidade de adaptação, melhorar a auto-compreensão, funcionamento cognitivo, pessoal, espiritual, inter-geracional e familiar e desenvolver aptidões para lidar com outras exigências (Birren & Deutchman, 1991).

A partir de um estudo que se analisaram de forma sistemática os efeitos da autobiografia orientada, Reedy e Birren (1980) consideram que a construção da autobiografia contribui para melhorar a auto-aceitação, integração pessoal, diminuição da ansiedade e alteração da percepção dos outros.

A participação de idosos em workshops estruturados de escrita autobiográfica parece ainda melhorar os seus desempenhos em testes de memória visual e atenção (de Medeiros, Kennedy, Cole, Lindley, & O'Hara, 2007).

Botella e Feixas (1992-1993), baseando-se num estudo em que avaliaram idosos que participaram num grupo de autobiografia orientada, sugerem que estes apresentam uma mudança significativa e gradual no seu sistema de construção da autobiografia e que reduzem a distância entre o “eu

ideal” e o “eu” e entre o “eu ideal” e os outros, em comparação aos sujeitos do grupo de controlo.

Neste sentido, a autobiografia orientada pode ser considerada uma ferramenta terapêutica para promover a reconstrução de experiências na velhice com um impacto positivo ao nível do seu bem-estar.

Autobiografia orientada em contexto de grupo

A autobiografia orientada deve ser desenvolvida, preferencialmente, em contexto de grupo, sendo a gestão da dinâmica do mesmo essencial para favorecer o intercâmbio de histórias de vida entre os elementos. A experiência do grupo oferece aos participantes a oportunidade de rever semelhanças e diferenças das suas experiências com as dos outros.

Birren e Deutchman (1991) consideram que, no grupo de autobiografia orientada, a pessoa pode revelar aspectos e experiências que considerava secretos ou inaceitáveis, e que o grupo pode receber essas revelações com elevada aceitação fazendo, inclusivamente, revelações similares. As interações desenvolvimentais entre os participantes aumentam as revelações que os elementos fazem no grupo. O grupo pode ainda funcionar como um suporte social.

Autobiografia orientada: proposta de intervenção

Partindo da tendência desenvolvimental das pessoas mais velhas para recuperarem acontecimentos do passado e na contribuição das actividades de reminiscência, revisão de vida e autobiografia no bem-estar na velhice, apresenta-se uma proposta de dinamização da autobiografia orientada como estratégia de promoção do bem-estar na velhice. Com a autobiografia orientada pretende-se que o indivíduo: (1) recupere experiências significativas da sua vida; (2) identifique potencialidades, resistências e debilidades; (3) desenvolva um sentido de coerência da sua vida e (4) aceite e valorize a sua vida tal como a viveu.

Esta proposta de intervenção consiste na apresentação e dinamização de um conjunto de temas que funcionam como material que pode evocar experiências e emoções significativas, sendo valorizada a produção de reminiscências instrumentais e de integração. A selecção de temas para a autobiografia orientada baseou-se, sobretudo nos trabalhos de Afonso (2007), que desenvolveram um programa de reminiscência para idosos portugueses com sintomatologia depressiva e na proposta de autobiografia

guiada de De Vries, Birren e Deutchman, (1995). Os temas da autobiografia orientada pretendem fazer com que o exercício abranja as principais mudanças, acontecimentos e adaptações que a pessoa realizou ao longo da sua vida. Os temas propostos são: (1) Infância e história familiar; (2) Juventude; (3) Adulterez e pontos de bifurcação; (4) Educação e aprendizagens; (5) Relações interpessoais: encontros e desencontros; (6) Trabalho e carreira; (7) Identidade e auto-retrato e (8) Crenças e valores que dão sentido à vida. Estes temas podem ser adaptados às características do grupo /indivíduo.

Preferencialmente, a implementação desta proposta deve integrar um componente escrito, para facilitar a reflexão e valorização do passado, e deve ser desenvolvida em grupo (no caso de impedimentos e/ou características específicas, o programa pode ser aplicado individualmente e registado oralmente).

A proposta é composta por 10 sessões de autobiografia. Na sessão inicial é apresentado o programa e são definidas as regras do grupo através do envolvimento dos participantes. Na sessão final são apresentadas as autobiografias produzidas (a forma e destinatários da apresentação é definida com o grupo). Nas 8 restantes sessões são trabalhados os temas propostos (está pré-definida uma sessão por tema, no entanto, caso o grupo considere necessário, pode ser dedicada mais do que uma sessão extra a alguns temas). No final de cada uma das sessões é dado o tema da sessão seguinte (para que o indivíduo possa preparar o mesmo, recolher materiais, sistematizar e seleccionar informações). As sessões consistem numa introdução ao tema da sessão e na apresentação, por parte de cada um dos participantes, das suas reminiscências sobre o tema. Podem ainda ser lançadas, pelo dinamizador do grupo, questões para reflexão que pretendem: identificar e promover reminiscências de integração e instrumentais; identificar e reforçar a reminiscência de acontecimentos de carácter positivo; desenvolver visões abrangentes sobre os temas; recuperar memórias que não tenham surgido de forma espontânea.

No final de cada uma das sessões sobre os temas da autobiografia serão sistematizados/registados os materiais evocados. No final do processo compilam-se todos os materiais produzidos ao longo do processo de autobiografia orientada para produção de uma “autobiografia” que pode posteriormente vir a ser trabalhada ou pode constituir importante material pessoal de estimulação cognitiva. O quadro 1 apresenta as características gerais desta proposta de intervenção de autobiografia orientada.

Quadro 1

Características Gerais da Autobiografia orientada

| | |
|---------------------------|--|
| Organização/Dinâmica | Em cada sessão é trabalhado um tema. No final da sessão é lançado o tema da sessão seguinte para que o indivíduo o possa preparar. |
| Duração | 10 sessões (semanais ou quinzenais) |
| Participantes (Grupo) | 5/6 participantes |
| Primeira reunião | Apresentação e discussão de aspectos relativos à organização. |
| Reuniões de Autobiografia | Duração: cerca de 60 minutos. Introdução ao tema. Cada elemento apresenta aspectos autobiográficos sobre o tema. Orientação na sistematização e organização dos conteúdos. |
| Última reunião | Apresentação das autobiografias (é decidido com o grupo de que forma e a quem se apresentam as autobiografias produzidas). |

REFERÊNCIAS

- Afonso, R.M. (2007). *Efectos de la terapia de reminiscencia sobre la sintomatología depresiva, la integridad del yo y el bienestar psicológico en población mayor portuguesa*. Tesis Doctoral. Universidad de Beira Interior, Portugal.
- Atchley R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 29, 183-90.
- Birren, J.E., & Hedlund, B. (1987). Contributions of Autobiography to Developmental Psychology. In N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary topics in developmental psychology* (pp. 394-415). New York: John Wiley & Sons.
- Birren, J.E., & Deutchman, D.E. (1991). *Guiding autobiography groups for older adults: Exploring the fabric of life*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health*, 9(4), 302-304.
- Botella, L., & Feixas, G. (1992-1993). The autobiographical group: A tool for the reconstruction of past life experience with the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 36(4), 303-319.
- Brewer, W.F. (1986). What is autobiographical memory? In D.C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 25-49). New York: Cambridge University Press.

- Butler, R.N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Butler, R.N. (1974). Successful aging and the role of life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22, 529-535.
- Coleman, P.G. (1992). Personal adjustment in late life: Successful aging. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2, 67-78.
- Conway, M.A. (1997). Inventory experience memory identity. In J.W. Pennebaker, D. Paez, & B. Rimé (Eds.), *Collective memory of political events: Social psychological perspectives* (pp. 21-45). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- De Medeiros, K., Kennedy, Q., Cole, T., Lindley, R., & O'Hara, R. (2007). The impact of autobiographic writing on memory performance in older adults: A preliminary investigation. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3), 257-261.
- De Vries, B., Birren, J.E., & Deutchman, D.E. (1995). Method and uses of the guided autobiography. In B. K. Haight & J. D. Webster (Eds.), *The art and the science of reminiscing: Theory, research methods, and applications* (pp. 165-177). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Erikson, E. (1959). *Identity and life cycle*. New York: International Universities Press.
- Georgemiller, R., & Maloney, H. (1984). Group life review and denial of death. *Clinical Gerontologist*, 2(4), 37-49.
- Hughston, G.A., & Merriam, S.B. (1982). Reminiscence: A nonformal technique for improving cognitive functioning in the aged. *International Journal of Aging & Human Development*, 15(2), 139-149.
- Klein, S.B., German, T.P., Cosmides, L., & Gabriel, R. (2004). A theory of autobiographical memory: Necessary components and disorders resulting from their loss. *Social Cognition*, 22(5), 460-490.
- Lieberman, M.A., & Tobin, S.S. (1983). *The experience of old age: Stress, coping, and survival*. New York: Basic Books.
- Reedy, M.N., & Birren, J.E. (1980). *Life review through guided autobiography*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Montreal, Quebec, Canada.
- Ryff, C.D., & Essex, M.J. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. In K.W. Schaie & M.P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 144-171. New York: Springer Publishing Company.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19(2), 272-277.

- Thornton, J.E. (2008). The guided autobiography method: A learning experience. *International Aging Human Development*, 66(2), 155-173.
- Thorsheim, H.I., & Roberts, B. (1995). Finding common ground and mutual social support through reminiscing and telling one's story. In B.K. Haight & J.D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 193-204). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Vega, J.L., & Bueno, B. (1996). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Viney, L.L. (1989). Psychotherapy as shared reconstruction. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 423-442.
- Watt, L., & Wong, P. (1991). A taxonomy of reminiscence and therapeutic implications. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 270-278.
- Wong, P.T.P., & Watt, L.M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6(2), 272-279.
- Wong, P.T.P. (1995). The processes of adaptive reminiscence. In B.K. Haight & J.D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 23-35). Bristol, PA: Taylor & Francis.

ANÁLISE DOCUMENTAL SOBRE OS PROGRAMAS DE
INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO SEXUAL E PREVENÇÃO À
AIDS/ SIDA EM CONTEXTO ESCOLAR EM PORTUGAL E NO
BRASIL

Rosana Patané¹ / Maria Amélia Reis²

¹Universidade de Aveiro; ²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO/RJ/Brasil)

Nos dedicamos a realizar um estudo centrado em verificar como os governos de Portugal e Brasil, ainda não se distanciaram por completo das prescrições, das normas e das regras que marcam as heranças dos discursos normalizadores no campo da sexualidade.

Para constatar tal afirmação, tomamos como técnica de recolha de dados a análise documental e para o tratamento dos discursos oficiais, a metodologia da análise de conteúdo. Os documentos selecionados foram: Relatórios do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES 2005, 2007) no que se refere à Portugal e o Censo Escolar 2005 – Levantamento das ações em DST/AIDS, Saúde Sexual e Reprodutiva e Drogas (2007) no que se refere ao Brasil.

Investidos de tais procedimentos, fomos pouco a pouco desvelando a existência de instrumentos disciplinares por de trás de um discurso progressista e defensor dos aspectos directamente relacionados com a promoção de saúde, educação em direitos humanos e com o exercício da cidadania.

Vale ressaltar que apesar de todo o avanço das tecnologias de contracepção e, também, das tecnologias de comunicação de massa, em especial da micro informática, ao longo dos anos 90 e da primeira década deste século, não conseguiram atenuar as consequências negativas de um exercício sexual desprotegido, assim como, não conseguiu estabelecer de forma mais contundente um rompimento com os obstáculos de ordem sócio-cultural (comportamentos e as formas de pensamento homofóbicos e heterossexistas) que impedem que se edifique uma compreensão sólida sobre as diferentes formas de expressão da sexualidade e de seus novos costumes.

Deste modo, elegemos como o problema deste estudo a existência de uma contradição entre o que os documentos oficiais destacam em relação à Educação Sexual em contexto escolar, assente numa perspectiva de autonomia, responsabilização e a aquisição de competências pessoais e sociais para o exercício da sexualidade e a real intenção dos governos de Portugal e do Brasil quanto às estratégias e determinações relativas à sistematização do trabalho pedagógico.

Assim, os resultados de nossas análises nos mostraram que os discursos propalados pelos governos português e brasileiro embora sejam favoráveis e defensores da implementação de programas de educação sexual dentro de uma visão mais compreensiva, mais holística e mais emancipatória, e, portanto, mais próxima do que significa o exercício da cidadania sexual, dos direitos sexuais e reprodutivos e de uma plataforma ética sobre o valor da diversidade, da justiça social e da não-violência, de um modo geral, ainda não conseguiram se distanciar por completo das idéias que se coadunam com modelos normalizadores no campo das práticas educativas. As análises de conteúdo dos documentos que seleccionamos nos mostraram que o quadro legal e normativo de Portugal (GTES, 2005, 2007) e Brasil (Brasil, Censo Escolar, 2005) ainda estão constituídos por incongruências e contradições que inviabilizam o desenvolvimento de um modelo relacional e compreensivo sobre a educação sexual.

DISCUSSÃO

Começamos por apontar como uma das incongruências, o fato das propostas dos governos valorizarem em demasiado as ações directas de política de saúde em detrimento das dos aspectos relacionados com a personalidade humana, sob o pretexto de estarem trabalhando a nova perspectiva de modelo de atenção à saúde (Brasil, Censo Escolar, 2005). Destacamos este fato porque encontramos “sinais” de um pensamento alinhado com o que Foucault destaca como “medicalização dos corpos”, conforme o excerto abaixo:

“Temas como sexualidade, direitos reprodutivos e prevenção das DST e do HIV/aids encontram importantes referências na produção acadêmica e na reflexão que governos, organismos não-governamentais e organizações internacionais empreendem para fomentar comportamentos de prevenção e promoção da saúde e para a luta pelo controle da epidemia. Por outro lado, essas abordagens buscam ser ferramentas de transformação social, em que professores e alunos fazem parte de um contexto interativo de sujeitos sociais [...] A preocupação por incorporar políticas de prevenção de DST/HIV/aids nos ambientes escolares do país, o fato de ter sido criado um programa que articula esforços do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, na incorporação de conteúdos sobre saúde e

sexualidade no currículo do ensino fundamental e do ensino médio, significa vigorosa conquista na trajetória de mobilização da sociedade brasileira para controlar e diminuir os efeitos da epidemia de HIV/aids, (...)” (Brasil, Censo Escolar 2005, p. 11).

As preocupações do governo brasileiro estão centradas em novos intervenientes que vêm atuando sobre os processos de socialização e formação das identidades dos cidadãos neste início de século XXI e, principalmente, com a população de 10 a 24 anos em função dos altos índices de infecção por HIV/DST (VIH/SIDA) não só por vias sexuais, mas, por transmissão vertical, além dos altos índices de gravidez indesejada na adolescência e do aumento das práticas de aborto clandestino, segundo Berquó (2005, cit. por Brasil, Ministério da Saúde e da Educação, 2007).

O comportamento sexual dos jovens brasileiros, segundo esse mesmo estudo de Berquó revelou que a idade com que as jovens do sexo feminino costumavam ter a sua primeira relação sexual deixou de ser acima dos 16 anos como era apontado entre os anos de 1991 e 2000 e passou a rondar a faixa dos 13 aos 15 anos, conforme o Censo Escolar 2005:

“Os dados disponíveis sobre a iniciação sexual dos adolescentes, que ocorre, em termos nacionais, entre os 14 e os 15 anos para meninos e meninas respectivamente, constitui também um fator importante de conscientização entre os gestores federais, estaduais e municipais para tomar medidas que visem ao desenvolvimento da saúde integral a partir dos espaços escolares e um alerta para a necessidade de se encontrar meios mais eficazes para a educação sexual dos jovens” (Brasil, Censo Escolar 2005, p. 11).

Em se tratando dos Relatórios Preliminar e Final do GTES (2005, 2007) a perspectiva da Educação para a Saúde é o principal mote do Despacho n.º 19737/ 2005 (2.ª série) que anuncia em seu primeiro parágrafo que: “entre os objectivos prioritários de política educativa, a promoção da saúde global da população escolar, é nomeadamente uma das múltiplas responsabilidades da escola actual [...] no que respeita à educação para a saúde, para a sexualidade e para os afectos” (p. 1).

No mesmo Despacho é mencionado que o Relatório do GTES segue as considerações e as recomendações do DL 259/2000, como também, do documento *Linhas Orientadoras*, apesar do mesmo ter sido contestado e ter sido alvo de críticas, por veicular a aplicação de temáticas delicadas em relação a manifestação da sexualidade para a aceitação da comunidade escolar e dos pais, conforme se afirma no referido Despacho:

“Considerando ainda a sensibilidade com que as temáticas em apreço são acolhidas na opinião pública, importa que a definição dos modelos de aplicação e a efectivação de uma educação sexual em meio escolar sejam alicerçadas nas orientações de um conjunto de especialistas nestas matérias.

Nesse sentido, importa, desde já, criar um grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Educação com o objectivo de estudar e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da promoção da saúde escolar” (Despacho n.º 19737/ 2005, 2.ª série, p. 1) (GETS, 2005).

O GETS em seu Relatório Preliminar de 2005 se preocupou em apresentar a nova perspectiva de dinâmica curricular que se pretendia implementar para servir de base para a realização de ações educativas que tratam de assuntos transversais como é o caso do tema da sexualidade. Assim, julgamos importante apresentar em forma de citação, a visão que o Ministério da Educação de Portugal defende que seja desenvolvida para o fomento da Educação para a Saúde, que se concentra numa dinâmica curricular que tem como foco:

“*As alternativas*, ou seja, a forma de ajudar crianças e adolescentes na procura de modos alternativos de lidar com a ansiedade, com o stress, com a depressão, com o tédio, com o relacionamento com o outro género, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso a comportamentos desajustados de “*externalização*”: consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas) e violência, ou os comportamentos desajustados de “*internalização*” (depressão, sintomas físicos, ansiedade) ou ainda a uma sexualidade ligada ao risco (gravidez não desejada e IST’s (Infecção Sexual Transmitida, p.e.). A nova dinâmica curricular beneficiará se tiver como objectivo último *a autonomia, a responsabilização e a participação activa dos jovens* na construção do seu futuro com saúde e bem-estar” (GTES, 2005, pp. 4-5).

Um outro ponto de incongruência se ressaltou em nossas análises foi a intenção dos governos de manterem instrumentos disciplinadores no trabalho de sistematização pedagógica a partir de um controle sobre os agentes educativos escolares. Um traço que revitaliza os modos tradicionais de trabalharem os processos educativos e de socialização através da escola, que muito se difundiu em Portugal e no Brasil durante os regimes de Ditadura (Portugal atravessou um período de Ditadura entre 1926 e 1974 e o Brasil um regime de Ditadura de 1930-1934 – Ditadura do Estado Novo – e de Ditadura Militar entre 1964 e 1985).

O exemplo deste traço é a exigência que os documentos exprimem sobre o professor, ao explicitar que os mesmos devem ter não só formação específica, o que é bastante pertinente para se trabalhar o tema em contexto escolar, mas, uma postura e um perfil ideal, que se alinhe aos objetivos pretendidos pelos órgãos de gestão educativa e das organizações internacionais.

A aquisição de uma postura e de um perfil específico pelo professor são vistas como um conjunto de prescrições e de recomendações, mas que um aspecto importante para se garantir um processo de ensino e de aprendizagem no campo da sexualidade pautado na criatividade, na imaginação, nos afetos, na autonomia, na liberdade de expressão e de pensamento, na independência e na coerência.

CONCLUSÃO

A grande incongruência que realçamos consiste na estratégia dos governos de saberem utilizar de modo funcional o discurso que se alinha com a compreensão do exercício da sexualidade dentro de uma visão crítica, reflexiva, emancipatória e holística aos ditames e aos interesses das políticas de regulação visando a coesão social. Uma estratégia imposta pelos valores do capitalismo, que mesmo hoje, na era da globalização não se distanciaram da herança dos modelos de normalização das sociedades disciplinares impostos a instituições sociais como a escola e a família nos séculos XVIII e XIX, que encararam a questões do campo da sexualidade como um “negócio de Estado” (Foucault, 2003).

Salientamos assim, que os governos aqui estudados ao enfatizarem a importância dos aspectos relacionados com as competências dos docentes para atuar com o tema em questão, são expressivos e taxativos quando se referem que estes devem adquirir um perfil e uma postura adequados, como também, a habilidade de saberem estar atentos e vigilantes para os mínimos sinais de manifestação da sexualidade apresentados pelos educandos dentro do espaço escolar, o que realça a herança do pensamento normalizador.

O professor, deste modo, continua a ser alvo não só da prescrição, mas de um processo de moldagem e de modelagem no sentido de aprender a ser alerta e vigilante para as diferentes formas de expressão da sexualidade que os alunos venham a apresentar no âmbito escolar, porque é a figura do professor (o educador) que movimenta os objetivos da Educação Sexual, no entanto, transparece a incongruência quando os próprios documentos,

ao mesmo tempo que incentivam que o professor detenha de autonomia e de reflexão crítica, também se submeta à função de “fiscal” e de “moderador” das manifestações do comportamento sexual como forma de controle social.

Por fim, os documentos são contraditórios quanto ao que realmente desejam em relação ao trabalho pedagógico dos professores face ao tema da Educação Sexual. Pois, de um lado, realçam que o professor deve buscar conhecimentos que lhe permitam trabalhar com os educandos idéias sobre atitudes e aquisição de valores democráticos e pluralistas, bem como de responsabilidades que se implicam às questões de saúde sexual e saúde reprodutiva, e, por outro lado, os mesmos documentos, salientam claramente a obrigação que cabe ao professor de se preocuparem com a sua postura para o desempenho com o tema que não venha colidir com os objetivos das políticas disseminadas pelo Estado.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Censo Escolar 2005 – Levantamento sobre as ações em DST/Aids, Saúde Sexual e Reprodutivas e Drogas (2007). *Instrumento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: Atitude pra curtir a vida (SPE)*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, UNICEF, UNFPA.
- Brasil. Diretrizes para *Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: Atitude pra curtir a vida – SPE* (2007). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Série Manuais, nº77. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, UNICEF, UNFPA.
- Foucault, M. (2003). *A História da sexualidade I – A vontade de saber*. São Paulo: Editora Graal.
- GTES. (2005). Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual criado no âmbito do Despacho 19737/2005. Lisboa. Consultado a Julho de 2008 em http://www.dgdc.min-edu.pt/EducaçãoSexual/Relatório_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf
- GTES. (2007). Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa. Consultado a Julho de 2008 em http://www.dgdc.min-edu.pt/EducaçãoSexual/Relatório_Preliminar_ES_07_09_2007.pdf.
- Hiernaux, J.P. (2005). Análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação a matérias volumosas. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed., pp. 156-187). Lisboa: Gradiva.

AVALIAÇÃO DA ESCALA DE OTIMISMO APLICADA A
UNIVERSITÁRIOS DO AMAZONAS/BRASIL

*Rosenir de Souza Lira¹ (leponat@hotmail.com) / Suely Aparecida do
Nascimento Mascarenhas¹ / Denise Machado Duran Gutierrez¹ /
Iolete Ribeiro da Silva¹ / José Luís Pais Ribeiro²*

¹Universidade Federal do Amazonas; ²Universidade do Porto

O otimismo é um fenômeno psicossocial que afeta, condiciona e determina as ações das pessoas diante das suas circunstâncias de vida. É uma expressão derivada de ótimo; do latim “optimus”, forma sincoparada de “opitumus” (que possui muitas “opes” – riquezas, dons, recursos). Passou a ser empregado como superlativo de “bônus” (bom). É considerado um sentimento ou atitude fundamental que leva o sujeito a visualizar sempre as pessoas, as coisas e as situações, sob suas perspectivas boas, agradáveis, positivas (Ávila, 1985). Entendido também como a atitude de julgar tudo o melhor possível, tendência a achar tudo bem (Bueno, 1986).

É um fenômeno que se opõe ao sentimento e atitude pessimista que leva o indivíduo a supervalorizar os aspectos negativos e sombrios de circunstâncias pessoais e coletivas. O otimista e o pessimista vêem a mesma coisa sob ângulos diferentes, razão pela qual reagem de modo diferente. O otimismo não é uma atitude ingênua, uma vez que a pessoa percebe claramente os obstáculos, todavia analisa as circunstâncias e entende que tem potencial para avançar positivamente em suas aspirações. Usualmente as pessoas adotam uma orientação predominante positiva ou negativa. Tal comportamento é condicionado por sua trajetória de vida bem como fatores educativos que a caracterizam. O pessimismo pode funcionar como inibidor da ação e proporcionar desenvolvimento do senso crítico. O otimismo pode ser positivo, todavia quando sucumbe para a ingenuidade pode conduzir a desilusões e à incoseqüência de atitudes nocivas ao bem-estar psicossocial dos indivíduos e da sociedade (Ávila, 1985). Numa perspectiva filosófica, o otimismo pode ser entendido como “a convicção segundo a qual o mundo não é isento do mal, nem o melhor possível, mas em vias de aperfeiçoamento e melhoramento” (Clément, Demonque, Hansen-Love, & Kahn, 1994, p. 282).

Nos paradigmas conceituais da Psicologia da Saúde o fenômeno do otimismo é estudado no sentido de apoiar a compreensão sobre o bem-estar psicossocial dos indivíduos numa perspectiva ecológica e holista uma vez que o ser humano é um organismo cujo comportamento é afetado

por vários fatores (físicos, sociais, emocionais, psicológicos e afins) que condicionam seu bem-estar e sua saúde em sentido amplo (Ribeiro, 2005; 2007; WHO, 1948; 1986). Este trabalho, uma continuação de estudos anteriores (Lira, Mascarenhas, Silva, Caminha, & Ribeiro, 2009), tem como propósito ampliar a oferta de informações sobre este domínio da investigação em ciências humanas originadas do contexto que caracteriza a sociodiversidade Amazônica (Brasil, 1988).

MÉTODO

Participantes

Este trabalho conta com a participação voluntária de 442 sujeitos. Destes 63,8% do sexo feminino e 36,2% do sexo masculino; as idades estão compreendidas entre 18 e 55 anos ($M=25,20$; $DP=1,35$); destes 84,6% são estudantes e 15,4% professores, além de estudantes universitários. Quanto à etnia 22,2% declararam-se brancos, 10,4% negros, 54,8% pardos, 2% indígenas, 0,5% brasileiros e 10,2% não declararam a etnia.

Material

O instrumento utilizado para coleta dos dados analisados neste estudo é a Escala de Otimismo e Orientação Para a Vida (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) na versão estudada e apresentada por Ribeiro e Pedro (2006). A escala está constituída por 10 itens dos quais 4 são distratores (2, 5, 6 e 8); 3 itens medem a orientação negativa (3, 7 e 9) e 3 itens que medem a orientação positiva (1, 4 e 10). Os itens são respondidos com cinco opções: 1, discordo totalmente; 2, discordo; 3, neutro; 4, concordo e 5, concordo totalmente.

Procedimentos

Os dados apresentados e analisados nesta investigação de caráter transversal foram coletados com a aplicação da Escala de Otimismo a estudantes universitários da Amazônia nos exercícios acadêmicos do segundo semestre de 2008 e primeiro semestre de 2009. Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente e a participação foi voluntária. A atividade de coleta dos dados foi realizada em horário de aula cedido pelos professores.

O instrumento foi respondido individualmente pelos participantes da amostra após serem informados dos objetivos, observando procedimentos éticos vigentes. O tempo de resposta não ultrapassou 10 minutos.

RESULTADOS

A fiabilidade da escala de expectativas/esperança aplicada à amostra em estudo (método *alpha de cronbach*) foi de 0,44 para o fator de orientação negativa e de 0,62 para o fator de orientação positiva, indicadores considerados regulares para a investigação nas ciências humanas. Da análise da *Anova* realizada não foram identificadas diferenças estatisticamente significativa de gênero junto a amostra em estudo.

Quadro 1

*Estrutura fatorial Escala de Otimismo e
Orientação Para a Vida (n=442; Amazônia)*

| Item | Características do item | Fator 1 | Fator 2 |
|---------------------------|--|---------------------|---------------------|
| | | Orientação Positiva | Orientação Negativa |
| 1 | Em momentos difíceis espero sempre o melhor. | 0,78 | |
| 4 | Sou sempre otimista acerca do meu futuro | 0,75 | |
| 10 | Em geral, espero sempre que me aconteçam mais coisas boas que ruins. | 0,72 | |
| 9 | Raramente espero que me aconteçam coisas boas. | | 0,73 |
| 3 | Se houver a mínima hipótese de alguma coisa correr mal, tenho certeza que correrá. | | 0,66 |
| 7 | Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero. | | 0,65 |
| Valor próprio | | 1,94 | 1,22 |
| Variância % do Fator | | 32,25% | 20,25% |
| Variância total 2 fatores | | 52,50% | |

Nota. Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

No Quadro 1, é possível constatar a estrutura fatorial obtida a partir do modelo proposto por Ribeiro e Pedro (2006). No Quadro 2 estão registrados os valores indicadores das médias e desvios padrão do total de itens válidos da Escala de Otimismo e Orientação para a vida. Orientação

positiva (1, 4 e 10) e orientação negativa (9, 3 e 7). Da análise dos resultados constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para a variável de agrupação gênero.

Quadro 2

Média e desvio padrão dos itens da Escala de Otimismo e Expectativas (N=442; variável de agrupação: Gênero)

| Itens | Características | Sexo | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|---------------------|--|------|----------|----------|-----------|
| Orientação positiva | | | | | |
| 1 | Em momentos difíceis espero sempre o melhor. | Fem. | 282 | 2,06 | 1,16 |
| | | Mas. | 160 | 2,11 | 1,13 |
| 4 | Sou sempre otimista acerca do meu futuro | Fem. | 282 | 1,97 | 1,11 |
| | | Mas. | 160 | 1,88 | 1,08 |
| 10 | Em geral, espero sempre que me aconteçam mais coisas boas que ruins. | Fem. | 282 | 1,79 | 1,18 |
| | | Mas. | 160 | 1,69 | 1,13 |
| Orientação negativa | | | | | |
| 9 | Raramente espero que me aconteçam coisas boas. | Fem. | 282 | 3,54 | 1,40 |
| | | Mas. | 160 | 3,41 | 1,54 |
| 3 | Se houver a mínima hipótese de alguma coisa correr mal, tenho certeza que correrá. | Fem. | 282 | 3,42 | 1,17 |
| | | Mas. | 160 | 3,38 | 1,06 |
| 7 | Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero. | Fem. | 282 | 3,34 | 1,18 |
| | | Mas. | 160 | 3,23 | 1,21 |

DISCUSSÃO

Da análise dos dados apurados pode-se afirmar que os objetivos do estudo foram atingidos de modo satisfatório. As propriedades métricas do instrumento, dadas as características e proporções da amostra, podem ser consideradas satisfatórias para o estudo em causa.

Os resultados sugerem que a orientação manifestada pelos integrantes da amostra por ocasião da coleta dos dados é predominantemente negativa, tendo em conta o registro de valores elevados das médias dos itens correspondentes à orientação negativa (9, 3 e 7) em contraste com os valores relativos à orientação positiva (1, 4 e 10) (Quadro 2).

Os indicadores apresentados neste trabalho podem ser úteis a lideranças acadêmicas que atuam com orientação educativa, apoiando estudos que visem criação de projetos de interesse da área. Em síntese, o instrumento pode ser utilizado para a finalidade a que se propõe, podendo apoiar outros estudos neste domínio das Ciências Humanas.

REFERÊNCIAS

- Ávila, F.B. (1985). *Pequena enciclopédia de moral e civismo*. Rio de Janeiro: FENAME.
- Bueno, F S. (1986). *Dicionário escolar da língua portuguesa* (11ª ed.). Rio de Janeiro: FAE.
- Clément, E., Demonque, C., Hansen-Love, L., & Kahn, P. (1994). *Dicionário prático de filosofia*. Lisboa: Terramar.
- Lira, R.S., Mascarenhas, S., Silva, A.Q., Caminha, I.S., & Ribeiro, J.L.P. (2009). Avaliação do otimismo de universitários do Amazonas. In S.N. Jesus, I. Leal, & M. Rezende (Coords). *Actas I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 125-134). Faro: APPS, Universidade do Algarve.
- Ribeiro, J.L., & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escla revista de avaliação do optimismo (escala de orientação para a vida revista-Lot-R) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, & S.N. Jesus (Eds.), *Actas 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 133-139). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (a trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A revaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- WHO. (1948). *Official Records of the world Health Organization*, n. 2, United Nations, World health Organization. Geneve: Interim comission.
- WHO. (1986). *Health promotion: Concepts and principles in action, a policy framework*. Geneve: WHO.

AValiação DO BEM-ESTAR SUBJETIVO DE ESTUDANTES DO AMAZONAS (BRASIL)

*Rosenir de Sousa Lira¹ (leponat@hotmail.com) /
Suely A. do N. Mascarenhas¹ / Denise Machado Duran Gutierrez¹ /
Luís Sérgio Vieira² / Saul Neves de Jesus² / Rebeqa Silva Aguiar¹*

¹Universidade Federal do Amazonas; ²Universidade do Algarve

O serviço de coordenação de atividades de ensino-pesquisa-extensão que caracterizam o trabalho acadêmico pode beneficiar-se do estudo do bem-estar subjetivo dos estudantes para orientar suas decisões de orientação e tutoria universitária. Tal concepção sustenta-se na literatura da área onde se verifica que o comportamento humano é afetado, condicionado e determinado por um conjunto de variáveis cognitivas, pessoais e contextuais dentre estas as psicológicas e emocionais.

Este texto introdutório, fruto de um estudo piloto está dividido em duas partes: (i) a primeira parte apresenta uma abreviada revisão do conceito de bem-estar subjetivo ponderando sobre a sua pertinência para a gestão do ensino superior e (ii) a segunda parte registra uma avaliação e análise preliminar de características psicométricas dos instrumentos de avaliação utilizados, verificadas a partir dos dados obtidos junto ao grupo amostral em causa.

O trabalho tem como um dos seus propósitos ampliar a base de informações e conhecimentos com sustentação empírica acerca do grupo focal estudantes em contexto universitário, notadamente no interior da Amazônia/Amazonas/Brasil atendidos por uma nova Instituição Federal de Ensino Superior localizada em Humaitá, Sul do Amazonas.

Conceito de bem-estar subjetivo

A literatura especializada situa o bem-estar subjetivo como uma dimensão positiva da saúde. É um conceito que vem sendo cunhado recentemente e que abarca investigações de vários domínios da psicologia em especial a psicologia social, a psicologia da saúde e a psicologia clínica (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

A natureza do conceito de bem-estar subjetivo é inerente a cada pessoa que lançando mão de variáveis afetivas, cognitivas, emocionais, psicológicas, circunstanciais ou contextuais, define o grau de satisfação com a própria vida e que de certa forma se torna uma percepção pessoal estável ao longo do tempo (Siqueira, Chiuzy, Padovan, Fonseca, & Santos, 2006; Siqueira,

Jesus, & Oliveira, 2007). O bem-estar subjetivo foi definido por Diener (2000) como um construto multidimensional que se compõe pela satisfação geral com a vida compreendendo afetos positivos e afetos negativos e relaciona-se com a compreensão de uma atitude proativa em prol da prevenção e promoção de ações individuais, coletivas e contextuais que se concretizam no usufruto da saúde em sentido amplo (Galinha, & Pais-Ribeiro, 2005; Galinha, 2008; Ribeiro, 2005, 2007, 2008, 2009; Siqueira, 2009; Vieira, 2009). Um nível aceitável de bem-estar subjetivo verifica-se quando a pessoa identifica mais experiências de afetos positivos que experiências de afetos negativos avaliando sua vida como satisfatória para seus padrões pessoais.

Compreendemos que a gestão do ensino que considere como uma prioridade o diagnóstico, avaliação e gestão do bem-estar subjetivo do estudante em todas as esferas. Deste modo, a gestão acadêmica do ensino superior pode favorecer a melhoria dos indicadores da universidade otimizando as condições que caracterizam o clima e a infra-estrutura logística institucional no sentido de favorecer condições para a eficiência e a eficácia das atividades acadêmicas a partir da melhoria dos indicadores que afetam, condicionam e determinam o bem-estar subjetivo dos estudantes na universidade. O estudante que usufrui de um contexto universitário onde sinta-se bem, onde é acolhido, reconhecido, aceito e apoiado de acordo com suas características e necessidades, pode concentrar energias e atenção no aprofundamento e qualidade de suas atividades de estudo-pesquisa-extensão elevando a qualidade acadêmica da instituição fortalecendo sua responsabilidade social.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 110 estudantes universitários do sul do Amazonas, matriculados na Universidade Federal do Amazonas, Campus Vale do Rio Madeira e Universidade do Estado do Amazonas, Campus avançado de Humaitá. Com idades situadas nos intervalos de 18 a 53 anos ($M=26,64$; $DP=7,01$), 65 estudantes são do sexo feminino (61,9%) e 45 estudantes do sexo masculino (38,1%), sendo 75 da UFAM (68,2%) e 35 da UEA (31,8%).

Destes, 20 são matriculados no curso de letras (18,2%), 20 no curso de biologia/química (18,2%), 20 no curso de matemática/física (18,2%), 35 (31,8%) no curso de agronomia e 15 (13,6%) no curso de Tecnologia e análise de sistemas – TADS.

Quanto ao rendimento acadêmico, 9 (8,2%) registram uma média de rendimento baixo (0 a 5 pontos), 51 (26,4%) um rendimento médio (5,1 a 7,0 pontos), 32 (29,1%) rendimento médio alto (7,1 e 8 pontos) e 14 (12,7%) rendimento alto (acima de 8 pontos). 47,2% estão devendo matérias e 52,8% não estão devendo matérias variando de 1 a 9 matérias em pendência com relação ao cronograma do curso. 40 (41,9%) são empregados, 37 (33,6%) são desempregados, 15 (13,6%) são bolsistas e 9 (8,2%) são autônomos. 46,8% praticam atividades físicas e 52,3% não praticam atividades físicas. Com relação à convivência na universidade, 1,8% afirmam não ter amigos; 4,6% afirmam ter um amigo; 1,8% afirmam ter dois amigos e 91,7% afirmam ter mais de dois amigos.

Material

Os dados foram obtidos por meio da aplicação da *Escala de Afetividade Positiva e Negativa* (PANAS – *Positive and Negative Affect Schedule*) para medir a vertente afetiva do bem-estar subjetivo e a *Escala de Satisfação Com a Vida* (SWLS – *Satisfaction With Life Scale*) para avaliar a componente cognitiva do bem-estar subjetivo.

Procedimentos

Os instrumentos foram aplicados aleatoriamente a estudantes universitários matriculados em cursos de graduação ofertados pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM, e Universidade do Estado do Amazonas – UEA em Humaitá, Sul do Amazonas, no primeiro semestre acadêmico de 2009. Os estudantes participaram voluntariamente respondendo individualmente aos questionários após a realização dos procedimentos éticos vigentes. O tratamento dos dados foi realizado com a utilização do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0 para *Windows*. Na verificação das propriedades psicométricas realizou-se a análise de fiabilidade dos dados, calculo das médias dos grupos e avaliação de possíveis diferenças de gênero entre as amostras de estudantes do sexo masculino e do sexo feminino para os dois instrumentos (PANAS e SWLS).

RESULTADOS

Ao realizar a análise e avaliação dos dados relativos às amostras de estudantes da UFAM ($n=75$) e UEA ($n=35$), constatamos que os objetivos para esta etapa da pesquisa foram atingidos de modo satisfatório. As informações sobre afetividade positiva e negativa manifestada pelo conjunto de estudantes que integram a amostra apresentam propriedades psicométricas fiáveis o suficiente para investigações desta natureza no domínio das ciências humanas e sociais, tendo-se obtido um coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0,63 na PANAS, sendo que para a afetividade positiva a fiabilidade é de 0,49 e para a afetividade negativa 0,85. Na SWLS verificamos uma consistência interna de 0,73. Da *Anova* realizada verificamos a ocorrência de diferenças de gênero com significação estatística no que se refere à manifestação de afetividade positiva: *ativo/a* [$F(4,620)$; $p=0,034$]; *emocionado/a* [$F(5,862)$; $p=0,017$] e *decidido/a* [$F(6,021)$; $p=0,016$] favoráveis ao sexo feminino. Nos quadros 1, 2 e 3, registram-se indicadores de média e desvio padrão dos itens individuais relativos à escala PANAS (Quadros 1 e 2) e escala SWLS (Quadro 3).

Quadro 1

Valores das médias e desvios padrão obtidos em cada item relativo à afetividade positiva – PANAS (n= 110 estudantes; variável de contraste: sexo)

| Itens | Sexo | N | M | DP |
|---------------------------------|------|----|------|------|
| 1. Interessado/a | Fem. | 65 | 3,75 | 0,90 |
| | Mas. | 39 | 3,53 | 0,99 |
| 3. Estimulado/a, animado/a | Fem. | 65 | 3,41 | 1,07 |
| | Mas. | 39 | 3,20 | 1,03 |
| 5. Forte | Fem. | 65 | 3,52 | 1,14 |
| | Mas. | 39 | 3,28 | 1,07 |
| 9. Entusiasmado/a; arrebatado/a | Fem. | 65 | 3,15 | 1,10 |
| | Mas. | 39 | 3,33 | 1,15 |
| 10. Orgulhoso/a | Fem. | 65 | 2,95 | 1,39 |
| | Mas. | 39 | 3,17 | 1,16 |
| 12. Atento/a | Fem. | 65 | 4,27 | 1,98 |
| | Mas. | 39 | 3,17 | 1,14 |
| 14. Inspirado/a | Fem. | 65 | 3,29 | 1,11 |
| | Mas. | 39 | 3,25 | 1,14 |
| 16. Decidido | Fem. | 65 | 3,75 | 1,00 |
| | Mas. | 39 | 3,29 | 1,13 |
| 17. Atencioso | Fem. | 65 | 3,66 | 1,14 |
| | Mas. | 39 | 3,43 | 0,88 |
| 19. Ativo/a; Mexido/a; Virado/a | Fem. | 65 | 3,20 | 1,20 |
| | Mas. | 39 | 2,69 | 1,10 |
| 21. Emocionado/a | Fem. | 65 | 2,76 | 1,38 |
| | Mas. | 39 | 2,15 | 0,98 |

Da análise dos valores apurados nas médias e desvios padrão relativos aos itens correspondentes à manifestação de afetividade positiva, contata-se a ocorrência de diferenças significativas nos itens: 12. *Atento/a* ($M=4,27$; $DP=1,98$), 16. *Decidido/a* ($M=3,75$; $DP=1,00$) e 19. *Ativo/a* ($M=3,20$; $DP=1,20$), favoráveis ao sexo feminino.

Quadro 2

Valores das médias e desvios padrão obtido em cada item relativo a afetividade negativa – PANAS (n= 110 estudantes; variável de contraste: sexo)

| Itens | Sexo | N | M | DP |
|----------------------|------|----|------|------|
| 2. Afrito/a | Fem. | 65 | 2,58 | 1,18 |
| | Mas. | 39 | 2,48 | 1,09 |
| 4. Aborrecido/a | Fem. | 65 | 2,15 | 1,16 |
| | Mas. | 39 | 2,35 | 0,95 |
| 6. Culpado/a | Fem. | 65 | 1,87 | 1,19 |
| | Mas. | 39 | 2,20 | 1,30 |
| 7. Assustado/a | Fem. | 65 | 1,89 | 1,17 |
| | Mas. | 39 | 2,02 | 0,90 |
| 8. Hostil; inimigo/a | Fem. | 65 | 2,02 | 1,11 |
| | Mas. | 39 | 1,64 | 0,94 |
| 11. Irritado/a | Fem. | 65 | 1,82 | 1,34 |
| | Mas. | 39 | 2,07 | 0,97 |
| 13. Envergonhado/a | Fem. | 65 | 1,89 | 1,14 |
| | Mas. | 39 | 1,92 | 1,24 |
| 15. Nervoso/a | Fem. | 65 | 2,40 | 1,33 |
| | Mas. | 39 | 2,33 | 1,10 |
| 18. Agitado/a | Fem. | 65 | 2,60 | 1,36 |
| | Mas. | 39 | 2,46 | 1,09 |
| 20. Medroso/a | Fem. | 65 | 1,95 | 1,21 |
| | Mas. | 39 | 1,79 | 1,05 |
| 22. Magoado/a | Fem. | 65 | 2,04 | 1,39 |
| | Mas. | 39 | 2,10 | 1,20 |

Como é possível comprovar (Quadro 2), os valores de média e desvio padrão apurados da maioria dos itens não registram diferenças de gênero significativas entre os participantes da amostra no que se refere a manifestação de afetividade negativa.

Como é possível verificar nos dados contidos no Quadro 3, referentes a indicadores de média e desvio padrão apurados, que não foram registradas diferenças significativas com relação a variável de agrupamento gênero, na percepção de satisfação com a vida dos sujeitos que integram esta amostra.

Quadro 3

Valores das médias e desvio padrão obtido em cada item relativo à satisfação com a vida – SWLS (n=110 estudantes; variável de contraste: sexo)

| Itens | Sexo | N | M | DP |
|--|------|----|------|------|
| 1. A minha vida parece-se, em quase tudo, como o que eu desejaria que ela fosse. | Fem. | 65 | 2,95 | 1,28 |
| | Mas. | 39 | 2,87 | 1,19 |
| 2. As minhas condições de vida são muito boas. | Fem. | 65 | 3,10 | 1,32 |
| | Mas. | 39 | 3,00 | 1,21 |
| 3. Estou satisfeito com a minha vida. | Fem. | 65 | 3,60 | 1,27 |
| | Mas. | 39 | 3,56 | 1,31 |
| 4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejo. | Fem. | 65 | 3,49 | 1,39 |
| | Mas. | 39 | 3,51 | 1,18 |
| 5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria nada. | Fem. | 65 | 2,80 | 1,44 |
| | Mas. | 39 | 2,82 | 1,41 |

DISCUSSÃO

Os resultados nos grupos de estudantes que integram a amostra estudada registraram diferenças significativas na afetividade positiva favoráveis aos estudantes do gênero feminino na escala PANAS. Não foram registradas diferenças significativas de gênero com relação à escala de satisfação com a vida (SWLS). A avaliação dos resultados psicométricos deste estudo piloto, demonstra que os instrumentos utilizados são adequados para o diagnóstico a que se propõe. Os instrumentos podem apoiar o trabalho de diagnóstico de gestores de contextos acadêmicos interessados na programação de ações para intervenções que possam otimizar a estrutura logística e de orientação educativa que favoreça a melhoria dos indicadores de bem-estar subjetivo de estudantes universitários, o que pode exercer efeitos positivos sobre o rendimento nas atividades de estudo-pesquisa-extensão favorecendo o cumprimento da missão institucional da universidade e de sua responsabilidade social e acadêmica (Brasil, 1988).

REFERÊNCIAS

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Galinha, I.C., & Ribeiro, J.L.P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(2), 203-214.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo factores cognitivos, afetivos e contextuais*. Porto: Porto Editora.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto Codex: Livpsic.
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (CoordS.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Siqueira, M.M.M., Chiuzi, R.M., Padovam, V.A.R., Fonseca, F.L.S., & Santos, F.D.G. (2006). Bem-estar subjetivo e otimismo entre universitários. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, & S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 37-41). Lisboa: ISPA Edições.
- Siqueira, M.M.M., Jesus, S.N., & Oliveira, V.B. (2007). *Psicologia da Saúde, Teoria e Pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Siqueira, M.M.M. (2009). Bem-estar no trabalho. In J.P.Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (CoordS.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 249-264). Alcochete: Textiverso.
- Vieira, L.S. (2009). O trabalho dá saúde? In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (CoordS.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 267-284). Alcochete: Textiverso.

O SENTIDO DE COERÊNCIA
EM JOVENS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE VIAÇÃO

*Rui Duarte Santos¹ / Sílvia Ciairano¹ /
Maria de Lourdes Venâncio de Vasconcelos²*

¹Universidade de Turim; ²Instituto Superior Bissaya Barreto de Coimbra

O ser humano desde o seu nascimento até à situação de velhice é confrontado com uma multiplicidade de acontecimentos que implicam consequências no seu bem-estar psíquico, físico e social (OMS, 2004).

Em Portugal a sinistralidade rodoviária é um tema actual, sendo um dos países da Europa com mais vítimas na sequência de acidentes. No entanto, são poucos os estudos sobre as consequências psicossociais dos acidentes de viação.

A Organização Mundial de Saúde estima que todos os anos morram cerca de 1,2 milhões de pessoas nas estradas mundiais e que aproximadamente 50 milhões fiquem feridas, 70% das quais com menos de 45 anos de idade (OMS, 2004).

Os jovens portugueses constituem-se como um grupo etário de risco no que se refere aos acidentes de viação. Na sua procura de novas experiências, da descoberta do desconhecido, da aventura, do prazer, adoptam frequentemente comportamentos de risco. A tentativa de afirmação e valorização pessoal, leva-os a testar os seus limites e capacidades, desafiando e transgredindo as normas sociais e legais. Desta forma, praticam frequentemente uma condução de risco, sob o efeito de drogas, lícitas ou ilícitas, a velocidades excessivas e com manobras perigosas. A instabilidade emocional, a impulsividade, a agressividade e a procura de sensações intensas, associado muitas vezes com a baixa tolerância à frustração, a insegurança, a baixa auto-estima, a fácil intimidação por parte dos outros e o não conformismo, são características que se enquadram nas vivências de muitos jovens condutores propensos a acidentes (Arnett, Offer, & Fine, 1997).

Mundialmente os acidentes de viação, o suicídio e as doenças durante a gravidez são as principais causas de morte nos jovens dos 10 aos 24 anos (Patton, Coffey, Sawyer, et al., 2009). Segundo as estatísticas da Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária (ANSR, 2007), os jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 29 anos foram os mais afectados pelos acidentes de viação representando 26% dos mortos, 32% dos feridos graves e 31% dos feridos leves. Verifica-se que nesta faixa etária a probabilidade de morrer num acidente de viação é maior, sendo esta a principal causa de morte entre os jovens portugueses.

Para além da alta mortalidade, convém realçar que os sobreviventes vêm frequentemente o seu bem-estar afectado para o resto das suas vidas. As consequências destes acidentes (traumatismos, ferimentos e lesões) geram um grande número de situações de deficiência e perda de funcionalidade entre os jovens, cujos custos económicos e psicossociais são elevados, embora difíceis de calcular.

A adaptação psicossocial face ao acidente tem sido minimamente explorada nos jovens. No entanto, alguns estudos sugerem consequências adversas sobre as actividades sociais, as relações com a família e amigos, a capacidade de trabalho, situação económica, as condições de vida e o grau de dependência dos outros (Mayou & Bryant, 2001). Também de acordo com a literatura, as consequências psicológicas dos acidentes de viação incluem transtornos mentais, stress agudo, sofrimento emocional (ansiedade, depressão e diminuição da auto-confiança), síndromes pós-traumáticas (stress pós-traumático e ansiedade fóbica de viagem), abuso de álcool e outras substâncias (Blanchard & Hickling, 1998).

Contudo, perante o mesmo tipo de acontecimento, os indivíduos são afectados de forma diferente, dependendo das suas componentes intrínsecas e extrínsecas. Assim, este estudo pretende analisar o sentido de coerência, conceito que exprime a capacidade que cada indivíduo tem de encontrar a coerência interna na sua vida face a uma situação difícil. Esta característica própria de todos os indivíduos difere de indivíduo para indivíduo e constitui uma variável importante na sua capacidade de lidar com o stress (Antonovsky, 1979).

O sentido de coerência (SCO) envolve a hipótese de que um alto SCO indica que os indivíduos são menos atingidos pelos efeitos do stress ao qual estão sujeitos. Assim, o SCO através da análise de vários aspectos da pessoa humana (afectividade, as redes informais e formais de apoio social, aspectos cognitivos e informacionais) contribui para o desenvolvimento de metodologias de intervenção que visam reforçar a capacidade dos indivíduos gerirem, de modo saudável, a sua exposição a acontecimentos de vida traumáticos de natureza psicossocial (Antonovsky, 1987).

MÉTODO

Participantes

A amostra é composta por um total de 104 jovens envolvidos em acidentes de viação e hospitalizados inicialmente em dois hospitais da região centro,

com idades compreendidas entre os 16 e 24 anos ($M=20,83$; $DP=2,73$), sendo 65 (62,5%) do sexo masculino e 39 (37,5%) do sexo feminino (Quadro 1).

Quadro 1

Dados socio-demográficos dos 104 jovens vítimas de acidentes de viação

| | <i>Média</i> | <i>Desvio Padrão</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|---------------|
| Idade | 20,83 | 2,73 | 16 | 24 |
| Nº de feridos envolvidos | 1,47 | 0,70 | 1 | 3 |
| Avaliação do Estado de Saúde (T1) | 6,03 | 2,08 | 0 | 10 |
| Grau de Dependência Física (T1) | 5,05 | 3,42 | 0 | 10 |
| Impacto Profissional (T1) | 2,07 | 1,07 | 1 | 4 |
| Impacto Financeiro (T1) | 1,87 | 1,09 | 1 | 4 |
| Sentimento de Culpa (T1) | 1,88 | 0,99 | 1 | 4 |
| | | | <i>N</i> | <i>%</i> |
| Género | Rapazes | | 65 | 62,5 |
| | Raparigas | | 39 | 37,5 |
| Natureza do acidente | Colisão entre veículos e peões | | 8 | 7,7 |
| | Colisão entre veículos | | 47 | 45,2 |
| | Despiste | | 49 | 47,1 |
| Tipo de ferimentos | Graves | | 86 | 82,7 |
| | Ligeiros | | 18 | 17,3 |
| Tipo de Veículo | Motociclo | | 41 | 39,4 |
| | Veículo Ligeiro | | 63 | 60,6 |
| Tipo de utilizador da estrada | Condutor | | 72 | 69,2 |
| | Passageiro/Peão | | 32 | 30,8 |

Material

Nas avaliações foi utilizado um Questionário Sócio-Demográfico, que inclui variáveis sobre a idade, género, situação económica entre outros. Fora aplicados o Questionário sobre o Impacto dos Acidentes de Viação (adaptação ao contexto Português do questionário realizado por Mayou e Bryant em 2001), que aborda assuntos tais como a natureza do acidente, o tipo de ferimentos, o tipo de veículo, o impacto na saúde, na profissão, entre outros e a Escala de Avaliação do Sentido de Coerência (Antonovsky, 1979, 1987, 1993). Esta escala, de tipo Likert, de 1 a 7, foi reduzida de 29 para 13 itens abrangendo-se cada uma das dimensões do modelo SCO. Esta escala é definida por três capacidades fundamentais: a “Capacidade de Compreensão” pela qual um indivíduo encara os estímulos como estruturados, predizíveis e explicáveis; a “Capacidade de Gestão” em que o indivíduo utiliza os recursos que tem ao seu alcance para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos; e a

“Capacidade de Investimento” que o indivíduo tem para fazer face a essas exigências que são desafios, capazes de catalisar o empenho do indivíduo. O valor do SCO Global é o resultado da soma de todos os itens relativos às três capacidades.

Procedimentos

Para este estudo seleccionaram-se jovens que deram entrada em dois hospitais centrais da região centro, após terem sofrido um acidente de viação. Esta investigação decorreu em dois momentos avaliativos, alguns dias após o acidente e 6 meses após a primeira avaliação. Antes de iniciar uma primeira avaliação todos os pacientes foram submetidos a um pré-teste com o objectivo de assegurar um estado mental mínimo. A participação foi voluntária, sendo que a colaboração de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais foi fundamental em todo o processo. Uma vez que os participantes estavam acamados, estes eram ajudados pelo investigador, que lia as perguntas e/ou explicava o seu significado e assinalava as suas respostas.

RESULTADOS

Os resultados desta escala revelam um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,83, o que aponta para uma consistência interna muito boa (cf. Quadro 2).

Quadro 2

Alfas de Cronbach da escala do Sentido de Coerência (SCO) e respectivas dimensões em ambos os tempos

| | Tipo de medida | Nº de itens | Intervalo | α T1 | α T2 |
|-----------------------------|----------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| Sentido de Coerência Global | Escala | 13 | 1 – 7 | 0,83 | 0,83 |
| Capacidade de compreensão | Escala | 5 | 1 – 7 | 0,63 | 0,60 |
| Capacidade de gestão | Escala | 4 | 1 – 7 | 0,60 | 0,61 |
| Capacidade de investimento | Escala | 4 | 1 – 7 | 0,71 | 0,75 |

Para compreender as variáveis do sentido de coerência e as variáveis resultantes dos acidentes de viação, utilizou-se a Análise de Variância de Medidas Repetidas ANOVA-MR, considerando-se o efeito do tempo e do género e a interacção entre os dois (tempo * género).

Os resultados deste procedimento leva-nos a concluir que o sentido de coerência e as suas dimensões apenas apresentam resultados significativos

relativamente à variável tempo (cf. Quadro 3). Assim, da primeira para a segunda avaliação o SCO e respectivas capacidades diminuem significativamente.

Quadro 3

Resultados da Análise de Variância de Medidas Repetidas ANOVA-MR: interação entre tempo, gênero e variáveis do sentido de coerência

| Variáveis dependentes | ME Tempo | ME Gênero | ME Tempo * Gênero |
|--------------------------------------|----------------------------|-------------|-------------------|
| Sentido de Coerência Global (SCO) | $F(1,102)=29,37 \ p<0,001$ | <i>n.s.</i> | <i>n.s.</i> |
| Capacidade de Compreensão (Ccomp) | $F(1,102)=9,76 \ p<0,001$ | <i>n.s.</i> | <i>n.s.</i> |
| Capacidade de Gestão (Cgest) | $F(1,102)=20,44 \ p<0,001$ | <i>n.s.</i> | <i>n.s.</i> |
| Capacidade de Investimento (Cinvest) | $F(1,102)=30,51 \ p<0,001$ | <i>n.s.</i> | <i>n.s.</i> |

Relativamente às variáveis relacionadas com os acidentes de viação (cf. Quadro 4), os resultados sugerem que a avaliação do estado da saúde aumenta de T1 para T2, sendo que as raparigas avaliam mais positivamente a sua saúde em ambos os tempos. No que se refere ao grau de dependência física são os rapazes os mais dependentes, embora que este valor diminua de T1 para T2 em ambos os sexos. O impacto do acidente nos campos profissional e financeiro é maior em T2 que em T1, estando os rapazes numa posição mais vulnerável relativamente às raparigas. O sentimento de culpa face ao acidente foi a única variável que apresentou uma interação entre o efeito do tempo e gênero, representada na Figura 1. Assim, verifica-se que inversamente às raparigas, o sentimento de culpa aumenta nos rapazes de T1 para T2.

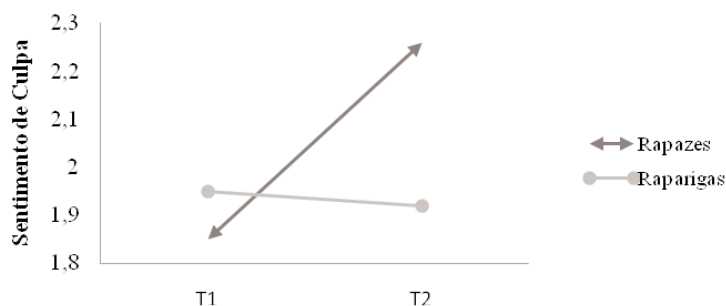


Figura 1. Interação entre o sentimento de culpa, efeito do tempo e do gênero

Quadro 4

Resultados da Análise de Variância de Medidas Repetidas ANOVA-MR: interação entre tempo, gênero e variáveis do acidente de viação

| Variáveis dependentes | ME Tempo | ME Gênero | ME Tempo * Gênero |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Avaliação Estado Saúde | $F(1,102)=11,72 \ p<0,001$ | $F(1,102)=6,79 \ p<0,01$ | <i>n.s.</i> |
| Grau Dependência Física | $F(1,102)=176,21 \ p<0,001$ | $F(1,102)=9,62 \ p<0,01$ | <i>n.s.</i> |
| Impacto Profissional | $F(1,102)=28,26 \ p<0,001$ | $F(1,102)=10,40 \ p<0,01$ | <i>n.s.</i> |
| Impacto Financeiro | $F(1,102)=6,45 \ p<0,01$ | $F(1,102)=5,24 \ p<0,05$ | <i>n.s.</i> |
| Sentimento de Culpa | $F(1,102)=7,44 \ p<0,01$ | <i>n.s.</i> | $F(1,102)=9,53 \ p<0,01$ |

Para avaliar as variáveis que predizem o sentido de coerência e respectivas capacidades, utilizou-se a Regressão Múltipla como método. Deste modo, colocaram-se as variáveis relacionadas com os acidentes de viação em T1, como variáveis independentes, e as variáveis do sentido de coerência em T2, como variáveis dependentes. Os resultados indicam que as variáveis que predizem o sentido de coerência são: idade, gênero, tipo de veículo, tipo de ferimentos, avaliação do estado de saúde e grau de dependência física (cf. Quadro 5).

Relativamente à idade, verifica-se uma influência negativa no que respeita ao SCO Global e à capacidade de investimento. Neste sentido, os jovens mais velhos apresentam menores níveis de SCO Global e de capacidade de investimento.

No que se refere ao gênero, também se verifica uma influência negativa relativamente ao SCO Global, à capacidade de gestão e à capacidade de investimento. Por outras palavras, são os rapazes que demonstram ter um maior SCO Global e maior capacidade de gestão e de investimento.

A variável tipo de veículo tem uma influência positiva no SCO Global e capacidade de compreensão e de investimento. Desta forma, observa-se que as vítimas que circulavam em veículos ligeiros apresentam índices mais elevados de SCO Global e capacidade de compreensão e investimento do que as que circulavam em motociclos.

Quanto ao tipo de ferimentos, observa-se uma influência negativa com o SCO Global e com todas as capacidades, ou seja, pode-se afirmar que os jovens com ferimentos graves apresentam menores valores de SCO Global e menores capacidades de compreensão, de gestão e de investimento.

No que se refere à avaliação do estado de saúde, verifica-se uma influência positiva no SCO Global, capacidade de gestão e de investimento. Assim, os jovens que avaliam melhor a sua saúde revelam melhores níveis de

SCO Global e melhores capacidades de gestão e de investimento face ao problema.

Por último, o grau de dependência física apresenta uma influência negativa no SCO Global e em todas as capacidades. Deste modo, os jovens mais dependentes fisicamente apresentam menores níveis de SCO Global e menores capacidades de compreensão, de gestão e de investimento.

Quadro 5

Resultados da regressão que predizem uma mudança no sentido de coerência

| (T1) | Variáveis Dependentes (T2) | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------|----------|---------------------------|------|----------|----------------------|------|----------|----------------------------|------|----------|
| | SCO Global | | | Capacidade de Compreensão | | | Capacidade de Gestão | | | Capacidade de Investimento | | |
| | B | SE B | β | B | SE B | β | B | SE B | β | B | SE B | β |
| Variáveis de controlo | 0,78 | 0,04 | 0,78*** | 0,85 | 0,05 | 0,87*** | 0,76 | 0,05 | 0,81*** | 0,76 | 0,06 | 0,69*** |
| Idade | -0,34 | 0,16 | -0,09* | -0,09 | 0,08 | -0,05 | -0,07 | 0,07 | -0,06 | -0,17 | 0,08 | -0,11* |
| Gênero | -3,84 | 1,04 | -0,18*** | -0,06 | 0,51 | -0,01 | -1,57 | 0,43 | -0,23*** | -2,12 | 0,50 | -0,24*** |
| Tipo de veículo | 2,79 | 1,07 | 0,13** | 1,12 | 0,52 | 0,12* | 0,46 | 0,44 | 0,07 | 1,12 | 0,52 | 0,13* |
| Tipo de utilizador da estrada | 0,21 | 0,97 | 0,01 | -0,66 | 0,48 | -0,07 | 0,55 | 0,40 | 0,08 | 0,21 | 0,47 | 0,02 |
| Tipo de Ferimentos | -5,50 | 1,53 | -0,20*** | -2,54 | 0,75 | -0,21*** | -1,42 | 0,65 | -0,16* | -1,57 | 0,74 | -0,14* |
| Nº de feridos envolvidos | -0,39 | 0,61 | -0,03 | -0,16 | 0,30 | -0,02 | -0,46 | 0,26 | -0,10 | 0,19 | 0,31 | 0,03 |
| Avaliação do Estado de Saúde | 0,91 | 0,22 | 0,18*** | 0,20 | 0,11 | 0,09 | 0,24 | 0,09 | 0,15** | 0,47 | 0,11 | 0,23*** |
| Gº. Dependência Física | -1,28 | 0,17 | -0,42*** | -0,40 | 0,08 | -0,29*** | -0,35 | 0,07 | -0,36*** | -0,52 | 0,08 | -0,42*** |

Nota: SCO Global: $R^2=0,87$, *Adj. R*²=0,85, $F(9,10)=65,05$, $p<0,001$; Capacidade de Compreensão: $R^2=0,84$, *Adj. R*²=0,83, $F(9,10)=54,55$, $p<0,001$; Capacidade de Gestão: $R^2=0,77$, *Adj. R*²=0,75, $F(9,10)=34,01$, $p<0,001$; Capacidade de investimento: $R^2=0,81$, *Adj. R*²=0,79, $F(9,10)=43,87$, $p<0,001$. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos, podem-se constatar as seguintes conclusões:

A escala de SCO revelou uma consistência interna muito boa, o que significa que os itens que a compõem constituem bons indicadores da representação subjectiva do sentido de coerência nas suas vidas. De acordo com Antonovsky (1993), mais de 35 000 pessoas já preencheram o instrumento de medida SCO e em mais 25 estudos diferentes, os valores de consistência interna mantêm-se elevados, nunca abaixo de 0,80.

A variável tempo (T1 e T2) revelou diferenças estatisticamente significativas. Verifica-se que seis meses depois da primeira avaliação, os jovens avaliam mais positivamente a sua saúde, tendo uma menor dependência física. No entanto, contrariamente, o sentido de coerência e respectivas capacidades adaptativas diminuem, acompanhado por uma crescente dificuldade laboral e financeira e associado a um maior sentimento de culpa face ao acidente, principalmente nos rapazes.

Segundo as estatísticas (ANSR, 2007), os rapazes são mais afectados pelos acidentes de viação, tendo também um maior índice de gravidade relativamente às raparigas. Este estudo não foi excepção, avaliando a sua saúde mais negativamente e com um grau de dependência física maior, tendo também um impacto mais negativo em termos profissional e financeiro. Contudo, através dos resultados, conclui-se que os rapazes, mesmo em condições mais adversas que as raparigas, tendem a desenvolver um maior sentido de coerência nas suas vidas, gerindo melhor os recursos que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas face ao acidente, sentindo-se menos atingidos negativamente pelos acontecimentos. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece nas suas vidas, mas de investir recursos e energias para superar a situação com dignidade (Antonovsky, 1987). O SCO permite aos rapazes negar a aparente desordem que o acidente implica, recuperando ordem e coerência, ao integrar esse acontecimento na sua experiência de vida.

Conclui-se também que os jovens com ferimentos de maior gravidade associado a um maior grau de dependência física e consequentemente a uma menor avaliação do estado de saúde, têm mais dificuldades para enfrentar o problema, tendem a desenvolver um menor sentido de coerência e apresentam menores capacidades de compreensão, de gestão e de investimento. Neste sentido, é compreensível que os jovens que tiveram o acidente de motociclo, cujos índices de gravidade são muito maiores, tenham desenvolvido um menor sentido de coerência.

Relativamente à idade, verifica-se que são os jovens mais novos que têm maior sentido de coerência. Este facto não está relacionado com uma melhor compreensão e gestão face à situação geradora de stress, mas sim com um maior investimento da sua energia e interesse a fim de resolver a situação.

Por último, pode-se afirmar que este conceito de Antonovsky constitui uma proposta inovadora no campo da identificação e especificação das características do indivíduo que facilitam uma estratégia que se adapta na

resolução de problemas e gestão do stress da vida, desempenhando uma acção promotora da saúde mental e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ANSR – Autoridade Nacional Segurança Rodoviária. (2007). *Sinistralidade Rodoviária: Ano de 2007*. Observatório de Segurança Rodoviária.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health – How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Sciences and Medicine*, 36, 725-733.
- Arnett, J., Offer, D., & Fine, M.A. (1997). Reckless driving in adolescence; ‘State’ and ‘trait’ factors. *Accident Analysis & Prevention*, 29(1), 57-63. Consultado em http://cardweb.swov.nl/swov/website_detail.html?Zoek=Zoek&display=1&pg=q&q=arnett%2boffer%2bfine%2breckless%2badolence&start=0.
- Blanchard, E., & Hickling, E. (1998). *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mayou, R., & Bryant, B. (2001). Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident. *British Journal of Psychology*, 179, 528-534.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Genebra: WHO.
- Patton, G.C., Coffey, C., Sawyer, S.M., Viner, R.M., Haller, D.M., Bose, K., et al. (2009). Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 374, 881-892.

A SEXUALIDADE NOS SUJEITOS AMPUTADOS
AO MEMBRO INFERIOR: REVISÃO DE LITERATURA

Sancha Azevedo e Silva

A Saúde Sexual tem vindo a ganhar um papel significativo no campo da Psicologia da Saúde. Considerado um factor basilar para a qualidade de vida, é um critério de saúde. O âmbito de acção deixou de ser apenas preventivo, privilegiando também a actuação interventiva, como é exemplo a intervenção ao nível das dificuldades com a sexualidade associadas a uma situação de doença ou incapacidade física (Araújo, 1987). A incidência crescente da Psicologia da Saúde em contextos de saúde, como o da reabilitação física, tem permitido um enfoque em processos de readaptação funcional, bem como em processos de readaptação psicológica.

A amputação consiste na remoção de um membro, as suas causas podem estar relacionadas com factores como, defeitos congénitos, insuficiência vascular, tumores ou acidentes (Oliveira, 2001). Calcula-se que 70% dos casos de amputação se devem a doenças vasculares e os restantes 30% se devem a traumas, tumores ou malformações (Silva, 2006). A amputação de um membro inferior atinge vários aspectos da vida, a imagem corporal, o ajustamento psicossocial e relações interpessoais, podendo causar perturbações no equilíbrio psíquico do sujeito (Oliveira, 2000; Bondenheimer, Kerrigan, Garber, & Monga, 2000).

A investigação refere que a amputação ao membro inferior tem um sério impacto no bem-estar psicológico, contudo pouco se sabe acerca do papel que a vida sexual assume durante o processo de adaptação (Williamson & Walters, 1996). Existe uma lacuna na investigação acerca da vivência da sexualidade nos sujeitos amputados, justificada pelo facto da capacidade sexual ser, habitualmente, preservada (Ide, 2004). Esta justificação parece reduzir a sexualidade à dimensão do desempenho sexual, omitindo a dimensão relacional, onde estão implícitas dimensões emocionais e psíquicas, na maioria das vezes afectadas em situações de amputação.

Numa pesquisa bibliográfica efectuada na internet por Ide (2004), verificou-se que o estudo pioneiro acerca da sexualidade nos sujeitos amputados data de 1978, não aparecendo outra referência ao tema até ao 2000, num estudo de Bodenheimer, Kerrigan, Garber, e Monga.

A amputação implica novas aprendizagens em dimensões como, corporal, psico-afectiva e sexual (Oliveira, 2000). A experiência de perda vivida origina a procura de novas abordagens a conteúdos de vida anteriores (Celkevicius & Ramos, 2004). “O défice criado pela amputação pode

contribuir para a perda de autoconfiança em geral e em particular no desempenho e relacionamento de carácter sexual” (Oliveira, 2001, p. 35). Os estudos referem que a maioria dos indivíduos com incapacidade física adquirida relata um decréscimo na actividade sexual, alterações no padrão de actividade sexual e o declínio da satisfação sexual (Sadoughi, 1971, cit. por Esmail, Esmail, & Munro, 2001). Em situações de amputação, é possível que a vida sexual passe a ser experienciada de forma negativa, como fonte de angústias e inseguranças, reactivas à alteração corporal. O trauma psicológico pode causar danos indirectos no funcionamento sexual (Cardoso, 2003; Ide, 2004).

Na incapacidade física existe o afastamento do ideal de corpo, “(...) a conjugação da doença e deficiência com a sexualidade resulta numa rede de conflitualidades que tendem a gerar turbulência no envolvimento sexual.” (Cardoso, 2004, p. 386). O ajustamento pessoal à incapacidade parece ser mediado através das relações com os outros (Schultz, 1985, cit. por Oliveira, 2000). Em casais que um parceiro sofre de incapacidade física, as dificuldades sexuais são apontadas como o principal problema, aumentando a probabilidade de divórcio (Yim, Yoon, Song, Rah, & Moon, 1998, cit. por Esmail, Esmail, & Munro, 2001).

Na incapacidade física, aparecem manifestações de elevada ansiedade sexual, níveis baixos de satisfação com a sexualidade, de auto-estima sexual e auto-estima corporal (Kedde & van Berlo, 2006). O impacto da amputação, a um membro inferior, na actividade sexual parece ser o maior preditor de sintomatologia depressiva (Williamson & Walters, 1996).

Num estudo de Williamson e Walters (1996) no qual se procurou estudar a relação entre a amputação, factores psicológicos e qualidade de vida verificou-se que a satisfação com a sexualidade está associada a níveis de qualidade de vida elevados. Manifestações de dor estão correlacionadas com uma menor satisfação sexual e menor qualidade de vida. Este estudo indicou que 10% dos sujeitos estavam sexualmente inactivos, um terço estava insatisfeito com a vida sexual, 50% não estavam satisfeitos com a qualidade das relações. Apenas 10% dos participantes afirmam ter tido aconselhamento sexual. As relações íntimas podem ficar ameaçadas após a amputação, com ruptura conjugal frequente (Atherton & Robertson, 2006). Num estudo realizado por Bondenheimer, Kerrigan, Garber, e Monga (2000), cujo objectivo era descrever o funcionamento psicológico, o funcionamento sexual e o estado de saúde em pessoas com amputação do membro inferior, concluiu-se que a maioria dos participantes (77%) identificava problemas ao nível do funcionamento sexual. Verificou-se que 63% dos

sujeitos tem problemas em atingir o orgasmo, 67% tem dificuldades de erecção. Apesar das dificuldades referidas, 90% dos sujeitos manifesta elevado interesse na vida sexual, 77% têm fantasias com pessoas sexualmente atractivas e partes eróticas do corpo, 63% fantasiam relações sexuais e sexo oral. Alguns factores responsáveis pelo declínio da função sexual são falta de parceiro (23%), ansiedade (17%) e falta de interesse (13%).

Num estudo de Randall et al. (cit. por Bondenheimer, Kerrigan, Garber, & Monga, 2000), com 100 veteranos hospitalizados, verificou-se que 30% manifestam pobre ajustamento sexual. Reinstein e col. (cit. por Bondenheimer, Kerrigan, Garber, & Monga, 2000), num estudo com uma amostra de 60 pessoas amputadas, com prótese, verificaram que, comparativamente à vivência anterior à amputação, 77% dos homens e 38% das mulheres refere um decréscimo significativo da satisfação sexual. O decréscimo é superior para os homens não casados, com amputações acima do joelho e com dor fantasma persistente.

Os aspectos físicos e psicológicos afectam igualmente a performance sexual. A performance do parceiro sexual assume uma forte influência na sexualidade do indivíduo com incapacidade. A vida sexual do sujeito com incapacidade é um indicador da sua reintegração, e a avaliação feita em relação à mesma é significativa para determinar o seu ajustamento (Ide, 2004).

As variáveis que parecem ter maior impacto negativo sobre a sexualidade são, a idade avançada, ser solteiro, experimentar fortes sentimentos de frustração em situações íntimas (Williamson & Walters, 1996). O facto do parceiro sexual ser muitas vezes o cuidador informal da pessoa com incapacidade, coloca-a numa situação de dependência, o que pode ser inibidor do erotismo (Crawford & Cardoso, 2000). A incapacidade pode contribuir para a perda de auto-confiança no desempenho sexual em relação à desejabilidade como parceiro sexual (Labby, 1984, cit. por Williamson & Walters, 1996).

Em relação aos sujeitos amputados protetizados, verifica-se a prótese não substitui o nível funcional em situações de intimidade, observando-se um decréscimo de actividades íntimas no período de reabilitação (Kohl, 1984, cit. por Silva, 2006). A dor parece ser um factor que afecta significativamente o interesse para a actividade sexual. Quando a dor é aliviada parece existir um aumento da actividade sexual (Walters & Williamson, 1998).

Aparentemente, só quando as questões psicológicas estão resolvidas e o ajustamento psicológico se estabiliza, é que os sujeitos amputados são capazes de tirar partido da utilidade da prótese e recuperar a auto-estima (Atherton & Robertson, 2006).

Habitualmente os sujeitos amputados têm uma idade superior a 60 anos (85%), contudo a idade parece não ter impacto no interesse sexual, uma vez que a literatura refere que a maioria dos homens e mulheres mantêm o interesse, a disponibilidade, e actividade sexual com o parceiro, mesmo em idades avançadas. Contudo, a literatura não é consensual no que respeita ao impacto que a idade pode ter no ajustamento sexual, alguns autores defendem que idades avançadas são preditor negativo significativo (Rybarczyk, Edwards, & Behel, 2004).

Parece importante frisar que o principal interesse desta revisão de literatura é compreender qual o impacto da amputação na vida sexual dos sujeitos amputados em relação à forma como a sexualidade era vivida anteriormente. Como defendem López e Fuertes (1989), o principal interesse nesta área é perceber como se pode “dar novas possibilidades relacionais às pessoas” (p. 141), independentemente da idade, mas sempre de forma ajustada, procurando ir ao encontro do que são as capacidades e necessidades de cada um (individualmente e em casal).

A sexualidade, enquanto parte integrante da saúde individual, deve ser um componente a ter em conta no processo de reabilitação (Cardoso, 2003). No processo de reabilitação a maioria dos amputados parecem ser preparados de forma inadequada para os aspectos do dia-a-dia. Os programas de aconselhamento sobre a actividade sexual requerem que os profissionais de saúde se sintam familiarizados com as alterações provocadas pela amputação. As intervenções devem facilitar o ajustamento às dificuldades psicológicas e médicas, e aos problemas práticos (Williamson & Walters, 1996). Prestar apoio aos sujeitos amputados implica que os próprios profissionais de reabilitação se envolvam de forma activa em relação a esta área (Silva, 2006).

Segundo um estudo de Esmail, Esmail, e Munro (2001), os próprios profissionais de saúde não se consideram competentes para prestar apoio em questões relacionadas com a sexualidade. Um dos elementos fundamentais nesta intervenção passa pela negociação de papéis, uma vez que a intimidade está significativamente afectada pelo papel do cuidador, habitualmente o parceiro. O modelo P-LI-SS-IT (Annon, 1974), é referido como modelo valioso para intervir, permitindo determinar as necessidades individuais, e do casal, as suas capacidades e prática para lidar com as dificuldades ao nível da sexualidade.

Rybarczyk et al. (2004) indicam que a sexualidade é negligenciada nos cuidados de saúde em geral, embora seja uma área na qual se evidenciam dificuldades individuais após a amputação.

Williamson e Walters (1996) sugerem que a vida sexual deve ser incluída na lista de actividades abordadas durante o processo de reabilitação. Alguns dos objectivos centrar-se-iam em reduzir sentimentos de insegurança em situações íntimas, ajudar os companheiros a ajustarem-se às mudanças do seu (sua) parceiro(a). A sexualidade, enquanto parte essencial da nossa saúde, deveria ser tida em conta no processo de reabilitação. Cardoso (2003) define esta intervenção como “(...) reabilitação sexual – que poderá contemplar patamares de informação, aconselhamento e/ou terapia sexual propriamente dita – deveria constituir uma das valências do programa reabilitacional, perspectivada (individualmente e/ou na companhia do parceiro sexual) para a promoção de uma nova atitude em relação à sexualidade e para uma redefinição criativa dos interesses, iniciativas e comportamentos sexuais” (p. 508).

Os autores Geertzen, Van Es, e Dijkstra (2009) realizaram, recentemente, um trabalho sobre o estado actual da pesquisa acerca da sexualidade dos sujeitos amputados. Verificaram que de 5 bases de dados apenas 11 estudos eram referentes a esta temática. Dos resultados desses estudos realçam o impacto que as amputações revelam ter na vida sexual, e a indicação de que existe pouco apoio dos profissionais.

O procedimento de pesquisa para este trabalho implicou a recolha de bibliografia em diversas bases de dados, cujos resultados apresentamos no quadro seguinte:

Quadro 1
Resultados de pesquisa

| Base de Dados | Palavras-chave no título | Limitadores | Resultados |
|--|--------------------------|----------------|----------------|
| Ebsco: Psycarticles; Psycinfo | amputation, sexuality | Ano: 2000/2009 | 3 Resultados |
| Ebsco: Psycarticles; Psycinfo | sexuality, disability | Ano: 2000/2009 | 150 Resultados |
| Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections | amputation; sexuality | Ano: 2000/2009 | 4 Resultados |
| Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections | sexuality, disability | Ano: 2000/2009 | 240 Resultados |
| B-on | amputation, sexuality | Ano: 2000/2009 | 41 Resultados |
| Isi web of knowledge | amputation, sexuality | Ano:2000/2009 | 18 Resultados |
| Base de Dados | Palavras-chave no tópico | Limitadores | Resultados |
| Ebsco: Psycarticles; Psycinfo | amputation, sexuality | Ano: 2000/2009 | 2 Resultados |
| Ebsco: Psycarticles; Psycinfo | sexuality, disability | Ano: 2000/2009 | 93 Resultados |
| Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections | amputation; sexuality | Ano: 2000/2009 | 1 Resultado |
| Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections | sexuality, disability | Ano: 2000/2009 | 10 Resultados |
| B-on: Ciências da Sociais | amputation, sexuality | Ano: 2000/2009 | 48 Resultados |
| B-on: Ciências da Saúde | amputation, sexuality | Ano: 2000/2009 | 59 Resultados |
| Isi web of knowledge | amputation, sexuality | Ano: 2000/2009 | 15 Resultados |

REFERÊNCIAS

- Araújo, M. (1987). A Sexualidade e a OMS. In F. A. Gomes, A. Albuquerque, & J. S. Nunes (Coord.), *Sexologia em Portugal* (pp. 191-194). Lisboa: Texto.
- Atherton, R., & Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*, 28(19), 1201-1209.
- Bondenheimer, C., Kerrigan, A., Garber, S., & Monga, T. (2000). Sexuality in persons with lower extremity amputations. *Disability and Rehabilitation*, 22(9), 409-415.
- Cardoso, J. (2003). Sexualidade e deficiência física. In L. Fonseca, C. Soares, & J.M. Vaz (coord.), *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar*, 1, 504-530. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e deficiência física. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20, 385-394.
- Celkevicius, D., & Ramos, R. (2004). Aspectos psicológicos das amputações de membros inferiores. In J.L.P. Ribeiro & I. Leal (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 567-571). Lisboa: ISPA.
- Crawford, M., & Cardoso, J. (2000). A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação? Que intervenção?. In J.L.P. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Orgs.), *Actas do 3º Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.
- Esmail, S., Esmail, Y., & Munro, B. (2001). Sexuality and disability: The role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. *Sexuality and Disability*, 19(4), 267-284.
- Geertzen, J., Van Es, C., & Dijkstra, P. (2009). Sexuality and amputation: A systematic literature review. *Disability & Rehabilitation*, 31(7), 522-527.
- Ide, M. (2004). Sexuality in persons with limb amputation: A meaningful discussion of re-integration. *Disability and Rehabilitation*, 26(14/15), 939-943.
- Kedde, H., & Van Berlo, W. (2006). Sexual satisfaction and sexual self images of people with disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, 24(1), 53-67.
- López, F., & Fuertes, A. (1989). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- Oliveira, R. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, XVIII(4), 437-453.
- Oliveira, R. (2001). *Psicologia clínica e reabilitação física – Uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Rybarczyk, B., Edwards, R., & Behel, J. (2004). Diversity in adjustment to a leg amputation: Case illustrations of common themes. *Disability and Rehabilitation*, 26(14/15), 944-953.
- Silva, A.P. (2006). *Amputação e Reabilitação. Estudo dos aspectos psico-legais do sujeito com amputação*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISPA (não publicado).
- Walters, A., & Williamson, G. (1998). Sexual satisfaction predicts quality of life: A study of adult amputees. *Sexuality and Disability*, 16(2), 103-115.
- Williamson, G., & Walters, A. (1996). Perceived impact of limb amputation on sexual activity: A study of adult amputees. *The Journal of Sex Research*, 33(3), 221-230.

AUTO-AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO EM RISCO

Sandra Rodrigues¹ / Anabela Pereira² / Isabel M. Santos²

¹Hospital Infante D. Pedro, EPE; ²Universidade de Aveiro

O nascimento de risco e o internamento do recém-nascido desencadeia uma crise difícil para os pais, caracterizada por reacções emocionais intensas, que afectam o seu equilíbrio e dificultam a sua capacidade para assumir o papel parental (Barros, 2001).

Tendo em conta estas dificuldades, cabe aos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intermédios de Neonatologia contribuir para que o internamento seja uma oportunidade de desenvolvimento. A filosofia de cuidados de enfermagem nesta área baseia-se nos cuidados centrados na família, na parceria de cuidados com os pais e nos cuidados atraumáticos. Concretamente, os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados para a criança, na medida em que são mediadores entre ela e o mundo (Casey, 1993). Assim, após prévia negociação e educação para a saúde, são progressivamente integrados nos cuidados, o que promove a vinculação entre pais e recém-nascido e o desenvolvimento de competências parentais nos cuidados ao recém-nascido. O objectivo último desta acção é que no momento da alta os pais estejam aptos a cuidar do recém-nascido de forma autónoma e responsável.

Apesar da importância desta temática ser crescente, esta permanece pouco investigada a nível nacional. O estudo exploratório de Mano (2002) revela que os pais nem sempre estão predispostos para a parceria de cuidados, e que por vezes se sentem inseguros nos cuidados no momento da alta. Tendo em conta o problema exposto, pretendemos, com o presente trabalho, contribuir para o estudo das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido de risco, com os seguintes objectivos:

- Identificar se os pais se auto-avaliam como competentes na prestação de cuidados ao recém-nascido de risco, próximo da alta clínica.
- Verificar se o género está relacionado com a auto-avaliação de competências parentais.

MÉTODO

Realizámos um estudo exploratório e quantitativo, tendo por base a hipótese de que: há relação entre o género e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao recém-nascido de risco.

Participantes

A amostra foi constituída por 101 indivíduos, pais de recém-nascidos internados na Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro, entre Abril e Julho de 2009. Relativamente ao género dos pais, verifica-se que 44,6% eram do género masculino e que 56% eram do género feminino.

Material

Como instrumento de avaliação, foi desenvolvida uma escala tipo Likert, com 33 itens, designada Escala de Auto-avaliação de Competências Parentais (EAACP), tendo por base as 14 necessidades fundamentais do modelo clássico de Virgínia Henderson (Phaneuf, 2001). Definimos a competência parental nos cuidados ao recém-nascido de risco como o conjunto de capacidades, comportamentos, conhecimentos, atitudes e intenções que permitem um desempenho adequado ou não a cada situação específica de prestação de cuidados ao recém-nascido. Envolve também a tomada de decisão e os aspectos relacionais (em anexo apresentamos a EAACP).

Para o estudo da validade de constructo recorremos à Análise Factorial de Componentes Principais para os 33 itens da escala. Aplicámos uma rotação ortogonal VARIMAX a 4 factores de modo a tornar interpretável a solução. Os resultados são apresentados no Quadro 1.

Para a constituição de factores considerámos os loadings com um peso de 0,350 com excepção do item 20. A percepção de variância para o total da escala é de 47,78%, considerado um valor razoável.

O factor 1 – Cuidados gerais, inclui os itens 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 22, 27, 29 e 32 e explica 29,55% da variância. O factor 2 – Vigilância do recém-nascido, engloba os factores 4, 11, 20, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 31 e 33 e explica 6,88% da variância. O factor 3 – Técnica e preparação do material, inclui os factores 1, 2, 3, 13, 14 e 25 e explica 5,86% da variância. Por último, o factor 4 – Conhecimento e família, é constituído pelos factores 8, 17 e 19 e explica 5,51% da variância.

Relativamente à fidelidade verifica-se que as correlações item-total variam entre 0,14 e 0,68 e que o valor obtido para o Alfa de Cronbach é bastante elevado ($\alpha=.0,91$), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno.

Quadro 1

Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 4 factores da EAACP (N= 101)

| Itens | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|--------|--------|--------|-------|
| EAACP5 | 0,37 | | | |
| EAACP6 | 0,52 | | | |
| EAACP7 | 0,63 | | | |
| EAACP9 | 0,52 | | (0,39) | |
| EAACP10 | 0,67 | | | |
| EAACP12 | 0,79 | | | |
| EAACP15 | 0,58 | | (0,41) | |
| EAACP16 | 0,63 | | | |
| EAACP18 | 0,58 | (0,42) | | |
| EAACP22 | 0,57 | (0,42) | | |
| EAACP27 | 0,39 | (0,38) | | |
| EAACP29 | 0,51 | (0,42) | (0,39) | |
| EAACP32 | 0,54 | | | |
| EAACP4 | 0,39 | (0,37) | (0,39) | |
| EAACP11 | | 0,76 | | |
| EAACP20 | | 0,30 | | |
| EAACP21 | | 0,62 | | |
| EAACP23 | | 0,66 | | |
| EAACP24 | | 0,52 | (0,39) | |
| EAACP26 | (0,43) | 0,54 | | |
| EAACP28 | | 0,71 | | |
| EAACP30 | | 0,69 | | |
| EAACP31 | (0,36) | 0,62 | | |
| EAACP33 | (0,42) | 0,50 | | |
| EAACP1 | (0,45) | | 0,51 | |
| EAACP2 | | | 0,57 | |
| EAACP3 | | | 0,58 | |
| EAACP13 | | | 0,59 | |
| EAACP14 | | | 0,62 | |
| EAACP25 | | (0,41) | 0,43 | |
| EAACP8 | (0,48) | | | 0,56 |
| EAACP17 | | | | 0,48 |
| EAACP19 | | | | 0,70 |
| Valores próprios | 10,05 | 2,34 | 1,99 | 1,87 |
| % Variância explicada | 29,55 | 6,88 | 5,86 | 5,51 |
| % Variância acumulada | 29,55 | 36,43 | 42,28 | 47,79 |

RESULTADOS

Relativamente ao score final da EAACP este variou entre um mínimo de 94 e um máximo de 165, sendo a média obtida de 140,46 e o desvio-padrão igual a 10,45.

Para o estudo da relação entre o género do progenitor e a auto-avaliação das competências parentais optou-se pelo teste *t* de Student, apresentado no Quadro 2.

Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). Contudo, em média verifica-se que os pais obtiveram pontuações mais elevadas quer nos factores e total da EAACP, excepto no factor 3 (técnica e preparação de material) em que as mães apresentaram uma média ligeiramente mais elevada, apesar das médias de ambos os géneros serem muito semelhantes.

Quadro 2

Resultados da aplicação do teste t de student para grupos independentes.

Factor: Sexo; Variáveis dependente: Factores e total da EAACP

| | Sexo | <i>N</i> | <i>x</i> | <i>s</i> | <i>gl</i> | <i>T</i> | <i>p</i> |
|-------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|
| Factor 1 | Masculino | 45 | 56,40 | 3,89 | 99 | 0,19 | 0,848 |
| | Feminino | 56 | 56,21 | 5,46 | | | |
| Factor 2 | Masculino | 45 | 42,02 | 3,74 | 99 | 0,36 | 0,722 |
| | Feminino | 56 | 41,71 | 4,71 | | | |
| Factor 3 | Masculino | 45 | 26,53 | 2,15 | 99 | -1,52 | 0,133 |
| | Feminino | 56 | 27,16 | 1,99 | | | |
| Factor 4 | Masculino | 45 | 11,17 | 1,89 | 99 | 0,39 | 0,696 |
| | Feminino | 56 | 11,04 | 1,75 | | | |
| Score total | Masculino | 45 | 140,53 | 9,24 | 99 | 0,07 | 0,947 |
| | Feminino | 56 | 140,39 | 11,41 | | | |

DISCUSSÃO

Pela média obtida no score final da EAACP podemos referir que os pais evidenciam uma auto-avaliação de competências nos cuidados ao recém-nascido positiva e elevada, dado que a pontuação máxima possível é de 165. Sendo assim, consideramos que os progenitores se auto-avaliam como competentes na prestação de cuidados ao recém-nascido próximo da alta clínica.

A elevada auto-avaliação dos pais pode estar relacionada com a acção dos profissionais de saúde, que realizam educação para a saúde de forma

sistemática, incentivam os pais e negociam a prestação dos cuidados. É de realçar que os pais de recém-nascidos internados têm que desenvolver a sua identidade enquanto pais e de reconstruir projectos, num contexto de extrema vulnerabilidade e de pouca privacidade. Assim, estes resultados revelam-se positivos, uma vez que evidenciam que o internamento pode tornar-se de facto uma oportunidade positiva para aprendizagem e treino de competências. Também no estudo de Marques e Sá (2004) as mães de recém-nascidos prematuros perceberam elevados níveis de competência cuidativa próximo da alta clínica.

Relativamente à hipótese: há relação entre o género do progenitor e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao recém-nascido de risco, verifica-se que não existe relação estatisticamente significativa, pelo que rejeitamos a hipótese considerada.

As médias de ambos os géneros são muito semelhantes, o que pode estar relacionado com o papel activo assumido actualmente pelos progenitores nos cuidados ao recém-nascido. De facto, a realidade e organização das famílias, em que ambos os pais trabalham, a licença de paternidade e até o modo de perceber o recém-nascido como um parceiro activo, contribuem para que os pais prestem os cuidados a par com as mães, desenvolvendo competências e sentindo-se progressivamente mais capazes. O horário de entrada nesta unidade é flexível para os pais, sendo que estes podem permanecer durante todo o dia junto do recém-nascido, sendo igualmente alvo de educação para a saúde e incentivados a cuidá-lo. Este trabalho enfatiza a parentalidade, cuja perspectiva mudou ao longo das últimas quatro décadas em função das mudanças sociais, nomeadamente no papel da mulher. De facto, aspectos que eram anteriormente assumidos pela mãe são hoje passados para outros membros da família e da sociedade. Actualmente, a parentalidade é vista como algo que consome muito tempo e esforço, contudo, *“a paternidade constitui um desafio difícil e complexo e também um dos mais importantes da comunidade humana”* (Pires, 2001, p. 11).

A construção do sentido de família é um processo em que cada elemento desempenha um papel único, numa descoberta mútua. As investigações mais recentes demonstram que os acontecimentos do período neonatal influenciam, positiva ou negativamente, as relações entre os elementos da nova família, sendo por isso necessário que os profissionais desta área desenvolvam esforços para tornar estes acontecimentos numa experiência o mais possível positiva (Gomes-Pedro, 2005).

Idealmente, a parceria de cuidados clarifica o papel dos pais na prestação de cuidados à criança, permitindo-lhes uma participação activa. Este estudo permite concluir que o trabalho conjunto entre profissionais de saúde e pais pode transformar o internamento numa oportunidade para partilhar informação e experiências. Conhecer as competências dos pais permite à equipa de enfermagem a preparação para a alta clínica, de forma a reforçar os aspectos relativamente aos quais é expressa maior insegurança.

Futuramente, consideramos que poderá ser útil a realização de estudos longitudinais com a aplicação deste instrumento no domicílio, quando os pais estão totalmente responsáveis pelos cuidados e tomada de decisão, bem como alargar este estudo a outras unidades nacionais, para compararmos resultados, partilhar experiências relativamente à parceria de cuidados e efectuar melhorias na actuação do enfermeiro. O envolvimento de psicólogos, da área da psicologia da saúde, nesta investigação poderá ser um desafio promissor.

REFERÊNCIAS

- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucher (Eds.), *Advances in child health nursing*. Middtesex: Scutari Press.
- Gomes-Pedro, J. (2005). A criança no século XXI. In J. Gomes-Pedro, J. Nugent, J. Young, & T. Brazelton (Eds.), *A Criança e a Família no século XXI* (pp. 23-48). Lisboa: Dinalivro.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, 8, 53-61.
- Marques, S., & Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*, 11, 33-41.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Pires, A. (Ed.). (2001). *Crianças (e pais) em risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

ANEXO

Escala de Auto-avaliação de Competências Parentais

Discordo totalmente – 1 ; Discordo – 2; Não concordo, nem discordo – 3;
Concordo – 4; Concordo totalmente – 5

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1 – Reconheço os sinais de fome do bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 – Preparo o material necessário para o banho do bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 – Coloco o termómetro correctamente no bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 – Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 – Acalmo o bebé quando ele chora | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 – Posiciono o bebé correctamente no berço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 – Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 – Identifico quando o bebé tem calor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 – Identifico quando o bebé quer dormir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 – Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 – Sei quais são os sinais de infecção a que devo estar atento(a) no bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 – Identifico quando o bebé quer carinho e que “converse” com ele | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 – Posiciono o bebé correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 – Dou banho ao bebé com técnica correcta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 – Pego o bebé ao colo de forma correcta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 – Sei quais são os sinais de que o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 – Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 – Em casa sei como devo preparar o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 – Sei como colocar o bebé na cadeira para o transportar de carro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 – Identifico quando o bebé bolsa ou vomita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 – Sei quais os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 – Identifico as características e a frequência das fezes do bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 – Sei qual é a temperatura a partir da qual o bebé tem febre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 – Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 – Preparo a roupa adequada para o bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 – Posiciono o bebé de forma correcta para arrotar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 – Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28-Se tiver dificuldades em casa sei quem devo contactar para pedir ajuda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 – Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 – Sei quais as capacidades do bebé que permitem o seu desenvolvimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 – Sei como devo preparar o ambiente para o bebé dormir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 – Identifico o motivo do choro do bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 – Identifico os sinais de frio no bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

BEM-ESTAR E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA
NA TRANSIÇÃO PARA O ENSINO SUPERIOR:
DIFERENÇAS DE GÉNERO?

Sara Monteiro / José Tavares / Anabela Pereira

Universidade de Aveiro

A transição para o ensino superior representa o confronto directo com um novo espaço institucional, com regras próprias e distintas das vividas anteriormente pelo estudante e com tarefas académicas exigentes, não só ao nível das competências de estudo, mas também da organização, da autonomia e do envolvimento do próprio aluno. Muitos estudantes não estão preparados para a adopção das novas atitudes e responsabilidades requeridas, pelo que, poderão surgir problemas, não só de índole académica, mas também pessoal e social.

O interesse pela problemática da transição e da adaptação ao ensino superior não é um fenómeno recente, no entanto, foi apenas a partir da última década do século XX que a investigação acerca da forma como os estudantes se desenvolvem e adaptam ao contexto de ensino superior ganhou expressão (e.g., Almeida, Soares, & Ferreira, 1999; Diniz, 2001; Pereira, 1999; Tavares, Santiago, & Lencastre, 1998).

O conceito de adaptação ao ensino superior tem sido conceptualizado como um processo complexo e multidimensional, reflectindo a forma como os jovens estudantes se adaptam ao novo contexto e aos desafios, pressões e exigências inerentes a este. Partindo desta conceptualização, uma das grandes áreas consideradas no processo de adaptação do jovem estudante ao ensino superior é a adaptação psicológica, que envolve principalmente aspectos relacionados com o bem-estar e com o equilíbrio físico e emocional dos alunos (Almeida et al., 1999; Baker & Siryk, 1984, 1989; Gerdes & Mallinckrodt, 1994; Russell & Petrie, 1992; Upcraft & Gardner, 1989). Estudos vários documentam as dificuldades pessoais e académicas demonstradas por estudantes do ensino superior, bem como o aumento dos níveis de psicopatologia na população universitária (Herr & Cramer, 1992; Stone & Archer, 1990). Também em Portugal, as dificuldades de ordem pessoal e emocional exibidas pelos estudantes do ensino superior estão documentadas (e.g., Pereira, Motta, et al., 2006; Pereira & Williams, 2001; Ramalho & McIntyre, 2001; Tavares et al., 1998).

No que diz respeito ao papel que as diferenças de género desempenham na adaptação demonstrada na transição para o ensino superior, parece haver

uma tendência para que sejam os estudantes do sexo feminino a demonstrar uma adaptação mais pobre, com um maior número de problemas ao nível da adaptação pessoal e emocional (e.g., Baker & Syrik, 1989; Castro & Almeida, 2000; Gall, Evans, & Bellerose, 2000; Santos, 2000; Soares, 2003).

Assim, com o presente estudo pretendemos verificar a existência de diferenças entre os géneros relativamente à adaptação demonstrada na transição para o ensino superior, avaliada através do bem-estar e da sintomatologia psicopatológica.

MÉTODO

Participantes

Os participantes deste estudo são 316 estudantes da Universidade de Aveiro, distribuídos por diferentes licenciaturas desta Universidade: licenciaturas de Saúde (42,6%), licenciaturas de Letras (22,3%), licenciaturas de Ciências (6,8%), licenciaturas de Engenharias (9%), licenciaturas de Economia, Turismo e Gestão e Planeamento em Turismo (10%) e Design e Administração Pública (9,4%), sendo que 178 frequentam o Ensino Universitário (57,4%) e 132 frequentam o Ensino Politécnico (42,6%). Dos 316 estudantes que participaram neste estudo, 67 são do género masculino (21,2%) e 245 são do género feminino (77,5%), sendo portanto um grupo maioritariamente feminino. A idade dos participantes varia entre 17 e 38 anos, sendo a média de idades de 18,77 anos, com um desvio-padrão de 2,16. 181 (57,3%) estudantes mudaram de residência e 123 (42,6%) permaneceram na residência anterior à entrada no Ensino Superior, ou seja, a casa dos pais.

Material

O bem-estar psicológico foi avaliado através da versão portuguesa da Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (Massé et al., 1998) traduzida e adaptada por Monteiro, Tavares e Pereira (2006). Trata-se de uma escala de auto-resposta constituída por 25 itens, numa escala de tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (quase sempre), dividida em seis escalas: auto-estima, equilíbrio, envolvimento social, sociabilidade,

controlo de si e dos acontecimentos e felicidade. A soma de todos os itens resulta num índice de bem-estar global (BEG). Os estudos psicométricos efectuados revelaram níveis adequados de consistência interna para a nota global (0,93) e para as seis sub-escalas consideradas, com valores de alfa entre 0,71 e 0,85. No presente estudo, os valores de alfa encontrados foram de 0,94 para a nota global e variaram entre 0,64 (equilíbrio) e 0,88 (felicidade).

A sintomatologia psicopatológica foi avaliada através da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982) traduzida e adaptada por (Canavarro, 1999). É um inventário de auto resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert que vai desde 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes). Avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP). Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes de psicopatologia. Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (ideação paranóide) e 0,81 (depressão). No presente estudo, os valores de alfa variaram entre 0,74 (psicoticismo) e 0,88 (depressão).

Procedimentos

A selecção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios: (a) frequentar o primeiro ano do Ensino Superior; (b) nunca ter frequentado nenhuma instituição do Ensino Superior; e, (c) participação voluntária. Após a autorização dos professores, foi efectuado o contacto inicial com os estudantes, momento em que lhes foi explicado o objectivo geral da investigação e se solicitou a sua colaboração para a participação no estudo. Recorreu-se ao programa SPSS (versão 15.0 para Windows) para realizar as análises estatísticas.

RESULTADOS

Diferenças de género ao nível da sintomatologia psicopatológica

No Quadro 1, começamos por apresentar a caracterização da amostra relativamente à sintomatologia psicopatológica, por sexo.

Quadro 1

Diferenças entre os sexos ao nível da sintomatologia psicopatológica

| | Masculino | | Feminino | | Testes <i>t</i> para amostras independentes |
|----------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|-----------|---|
| | <i>Média</i> | <i>DP</i> | <i>Média</i> | <i>DP</i> | |
| Somatização | <i>N</i> =66 0,45 | <i>N</i> =240 0,61 | 0,63 | 0,59 | -2,16 <i>n.s.</i> |
| Obsessões-Compulsões | <i>N</i> =67 1,34 | <i>N</i> =237 0,74 | 1,54 | 0,69 | -2,05 <i>n.s.</i> |
| Sensibilidade Interpessoal | <i>N</i> =66 0,99 | <i>N</i> =239 0,92 | 1,09 | 0,78 | -0,89 <i>n.s.</i> |
| Depressão | <i>N</i> =66 1,07 | <i>N</i> =238 0,89 | 1,25 | 0,84 | -1,51 <i>n.s.</i> |
| Ansiedade | <i>N</i> =66 0,82 | <i>N</i> =241 0,77 | 1,18 | 0,71 | -3,55*** |
| Hostilidade | <i>N</i> =65 0,89 | <i>N</i> =242 0,78 | 0,98 | 0,73 | -0,93 <i>n.s.</i> |
| Ansiedade Fóbica | <i>N</i> =67 0,54 | <i>N</i> =241 0,66 | 0,59 | 0,60 | -0,55 <i>n.s.</i> |
| Ideação Paranóide | <i>N</i> =65 0,98 | <i>N</i> =238 0,74 | 1,02 | 0,74 | -0,38 <i>n.s.</i> |
| Psicoticismo | <i>N</i> =67 0,95 | <i>N</i> =238 0,78 | 1,00 | 0,72 | 0,51 <i>n.s.</i> |
| Índice Geral de Sintomas | <i>N</i> =61 0,83 | <i>N</i> =214 0,61 | 1,02 | 0,58 | -2,22 <i>n.s.</i> |

Nota. *** $p \leq 0,001$; *n.s.* não significativo.

Os resultados patentes no Quadro 1 indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em relação à sintomatologia psicopatológica, com excepção do que se verifica para a dimensão ansiedade, sendo o sexo feminino a apresentar valores mais elevados nesta dimensão.

Diferenças de género ao nível do bem-estar

No Quadro 2, apresentamos a caracterização da amostra relativamente ao bem-estar psicológico, por sexo.

Quadro 2

Diferenças entre os sexos ao nível do bem-estar psicológico

| | Masculino | | Feminino | | Testes <i>t</i> para amostras independentes |
|---------------------|-----------------------|------------------------|--------------|-----------|---|
| | <i>Média</i> | <i>DP</i> | <i>Média</i> | <i>DP</i> | |
| Felicidade | <i>N</i> =68 27,62 | <i>N</i> =237 6,71 | 25,91 | 6,02 | 2,01 <i>n.s.</i> |
| Sociabilidade | <i>N</i> =67 15,15 | <i>N</i> =240 2,82 | 15,47 | 2,95 | -0,79 <i>n.s.</i> |
| Controlo | <i>N</i> =68 9,56 | <i>N</i> =240 2,40 | 9,47 | 2,17 | 0,30 <i>n.s.</i> |
| Envolvimento Social | <i>N</i> =67 9,76 | <i>N</i> =236 2,24 | 10,27 | 2,13 | -1,70 <i>n.s.</i> |
| Auto-Estima | <i>N</i> =64 13,23 | <i>N</i> =243 3,00 | 13,14 | 2,64 | 0,26 <i>n.s.</i> |
| Equilíbrio | <i>N</i> =62 10,56 | <i>N</i> =242 2,14 | 11,35 | 2,23 | -2,48 <i>n.s.</i> |
| Bem-Estar Total | <i>N</i> =57 86,28 | <i>N</i> =221 16,73 | 85,50 | 14,83 | 0,34 <i>n.s.</i> |

Nota. n.s. não significativo.

Os resultados apresentados no Quadro 2 indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente a nenhuma das dimensões de bem-estar e ao bem-estar total.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho sugerem a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no que se refere à sintomatologia psicopatológica e ao bem-estar psicológico, com exceção do que se verifica para a dimensão de sintomatologia psicopatológica ansiedade, sendo o sexo feminino a apresentar os valores mais elevados.

Este resultado parece estar de acordo com um conjunto de outros estudos que têm vindo a ser realizados, quer em contexto nacional como internacional, que parecem demonstrar que os estudantes do sexo feminino tendem a viver a vida universitária de forma mais ansiógena exibindo, consequentemente, mais problemas ao nível da adaptação pessoal e emocional (e.g., Baker & Syrik, 1989; Castro & Almeida, 2000; Gall et al., 2000; Santos, 2000; Soares, 2003). O sexo feminino é aquele em que se verificam expectativas mais elevadas relativamente a diferentes dimensões da vida académica, pessoal e social associadas ao ensino superior (Soares & Almeida, 2002), pelo que, também por este motivo, poderão ser os estudantes do sexo feminino a apresentar maior sintomatologia ansiosa nesta fase, sentida como desafiante e exigente por muitos.

Tendo em conta os resultados referidos, parece ser importante chamar a atenção para a necessidade das instituições de ensino superior se preocuparem com a saúde mental dos seus estudantes, especialmente no que se refere aos estudantes do sexo feminino. Deverão ser feitos esforços no sentido da prevenção da sintomatologia psicopatológica e simultaneamente da promoção do bem-estar psicológico, para que a transição para o ensino superior signifique uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L.S., Soares, A.P., & Ferreira, J.A. (1999). *Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes do ensino superior: Construção/validação do Questionário de Vivências Académicas*. Braga: Universidade do Minho.
- Baker, R.W., & Syrik, B. (1984). Measuring adjustment to college. *Journal of Counselling Psychology*, 31, 179-189.
- Baker, R.W., & Syrik, B. (1989). *SACQ student adaptation to college questionnaire manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- 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/SHO.
- Castro, S., & Almeida, L. (2000, Maio). *Qualidade de vida e percepção de bem-estar em estudantes universitários*. Comunicação apresentada no Seminário Transição para o Ensino Superior. Braga: Conselho Académico, Universidade do Minho.

- Derogatis, L.R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Diniz, A.M. (2001). *Crenças, escolha de carreira e integração universitária*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Gall, T.L., Evans, D.R., & Bellerose, S. (2000). Transition to first-year university: Patterns of change in adjustment across life domains and time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 544-567.
- Gerdes, H., & Mallinckrodt, B. (1994). Emotional, social, and academic adjustment of college students: A longitudinal study of retention. *Journal of Counseling and Development*, 72, 281-289.
- Herr, E.L., & Cramer, S.H. (1992). *Career guidance and counseling through the life span systematic approaches*. New York: Harper Collins Publishers.
- 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: Edições ISPA.
- Pereira, A. (1999). Sucesso versus insucesso: taxonomia das necessidades do aluno. In J. Tavares (Ed.), *Investigar e formar em educação: IV Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação* (vol. 2, pp. 129-136). Aveiro: Universidade de Aveiro
- Pereira, A., Motta, E.D., Vaz, A.L., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A.C., et al. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, XXIV(1), 51-59.
- Pereira, A., & Williams, D. I. (2001). Stress and coping in helpers on a student "nightline" service. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(1), 43-47.
- Ramalho, V., & McIntyre, T. (2001, Outubro). *Unidade de Consulta Psicológica Clínica e da Saúde do SCPDH da Universidade do Minho: Caracterização das utentes estudantes*. Comunicação apresentada no Congresso Percursos no Feminino: Saúde e Psicopatologia da Mulher, Porto.
- Russell, R. K., & Petrie, T. A. (1992). Academic adjustment of college students: Assessment and counselling. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (pp. 485-511). New York: John Wiley & Sons.
- Santos, L. (2000). Vivências académicas e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1.º ano. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.

- Soares, A. P. (2003). *Transição e adaptação ao ensino superior: Construção e validação de um modelo multidimensional de ajustamento de jovens ao contexto universitário*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Soares, A.P., & Almeida, L.S. (2002). *Trajectórias escolares e expectativas académicas dos candidatos ao Ensino Superior: Contributos para a definição dos alunos que entraram na Universidade do Minho*. Braga: Conselho Académico, Universidade do Minho.
- Stone, G.L., & Archer, J. (1990). College and university counselling centers in the 1990s: Challenges and limits. *The Counseling Psychologist*, 18, 539-607.
- Tavares, J., Santiago, R.A., & Lencastre, L. (1998). *Insucesso no 1.º ano do ensino superior: Um estudo no âmbito dos cursos de Licenciatura em Ciências e Engenharia na Universidade de Aveiro*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Upcraft, M., & Gardner, J. (1989). *The freshman year experience: Helping students survive and succeed in college*. San Francisco: Jossey-Bass.

REPRESENTAÇÕES DE ENVELHECIMENTO, ESTADO DE SAÚDE E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ADULTOS ACTIVOS

Sílvia Tavares¹ / Adelaide D. Claudino²

¹Departamento de Psicologia da Universidade de Évora; ²Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada, Lisboa

Muitos estudos têm sido realizados no âmbito das percepções de envelhecimento em idosos. Contudo, a literatura vem mostrando cada vez mais a necessidade de se estudar as percepções de envelhecimento a partir da idade adulta, altura em que os indivíduos começam a estabilizar a sua vida, a formar a sua família, a pensar no futuro, a planear a sua velhice e a reforma.

As teorias do envelhecimento saudável vêem os indivíduos como pró-activos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se activamente na preservação do seu bem-estar. Actualmente, o envelhecimento é encarado como um processo, e não como uma entidade estatística observada num dado momento, a uma dada hora. A forma como cada indivíduo percepção o seu envelhecimento pode ser a chave que indica uma boa ou má adaptação à velhice (Deep & Jeste, 2009).

O estudo do envelhecimento propriamente dito é importante, mas as investigações têm-se direccionado para as percepções que os indivíduos têm acerca deste, pois essas percepções implicam uma avaliação própria, reflectindo formas de pensar e julgamentos do indivíduo relativamente à sua vida, e que podem estar associados à forma como o processo de envelhecimento irá ser vivido (Furstenberg, 2002).

Os indivíduos adultos em idade activa que percebem o seu processo de envelhecimento de forma positiva procuram que a sua velhice vá no sentido de melhorar a sua qualidade de vida e não somente o seu prolongamento através de cuidados médicos (Duarte, Santos, & Gonçalves, 2002).

As dimensões representacionais do Modelo de Auto-Regulação de Howard Leventhal (1985) para a saúde e a doença, foram o suporte teórico para o modelo de envelhecimento proposto por Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, e Conroy (2007) vêm propor sete dimensões do envelhecimento. A identidade (crenças sobre o envelhecimento no contexto de saúde, especificamente as mudanças na saúde que possam estar relacionadas com o envelhecimento), a duração, que pode ser crónica ou cíclica (a crónica relacionada com o facto do indivíduo sempre se considerar velho e a

cíclica relacionada com o facto do indivíduo se considerar velho apenas em algumas fases da sua vida), as consequências, que podem ser positivas ou negativas (positivas quando o indivíduo considera que envelhecer pode trazer coisas boas; negativas quando o indivíduo considera que envelhecer pode ser difícil para ele), o controlo, também positivo ou negativo (o envelhecimento pode ser saudável e positivo quando há um controlo nesse sentido e vice-versa, ou seja, quando o indivíduo percebe que não vai conseguir monitorizar a sua experiência de envelhecimento) e as representações emocionais (relacionadas com as respostas emocionais que os indivíduos dão ao seu próprio envelhecimento) são as dimensões propostas para o modelo de envelhecimento.

Sentir-se jovem e estar satisfeito com a sua própria idade são expressões de percepções positivas de envelhecimento (Levy, 2003). A satisfação com o envelhecimento é, conceptualmente, aquilo que permite avaliar de uma forma mais explícita a idade e o envelhecimento dos indivíduos. As percepções positivas de envelhecimento são vistas como os indicadores de um envelhecimento saudável, de uma identificação com a idade e dos processos de auto-regulação (Sneed & Whitbourne, 2005).

As percepções do estado de saúde são consideradas um método confiável, capazes de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. Muitos estudos ligados a esta temática encontram relação entre as percepções do estado de saúde e as mais diversas variáveis, seja em populações clínicas ou não clínica (Alves & Rodrigues, 2005; Ramos, 2003).

As percepções do estado de saúde têm sido apontadas como intermediárias entre a saúde física, mental e emocional, tendo implicações importantes na promoção do bem-estar em geral e, especificamente, no bem-estar psicológico. É fundamental criar esforços no sentido de promover crenças e atitudes positivas nos indivíduos face à sua saúde e face aos comportamentos promotores de saúde (Jang, Bergman, Schonfeld, & Molinari, 2007).

Investigações realizadas vêm demonstrar que o número de sintomas é um forte preditor da percepção do estado de saúde, seguido da idade, educação e raça (Cockerham, Sharp, & Wilcox, 1983). As percepções positivas dos indivíduos relativamente à sua saúde dependem não apenas da melhoria dos sinais e sintomas da doença, mas também da manutenção do funcionamento físico e mental, do acesso a sistemas de apoio social e protecção contra a perda de controlo (Antonovsky, 1967; Liang, 1986;

Parsons, 1951; Pearlin, 1989; Rickelman, Gallman, & Parra, 1994; cit. por Bryant, Beck, & Fairclough, 2000).

As avaliações do estado de saúde têm mostrado resultados no que respeita à predição da mortalidade, à presença de problemas de saúde, à incapacidade física e biológica e aos factores de risco no estilo de vida do indivíduo. A percepção do estado de saúde está, também, relacionada com o controlo percebido e o uso de estratégias de controlo da dor e com as mudanças relacionadas com a idade. Se essa percepção for positiva ela estará relacionada com um perfil psicológico adaptativo, com a saúde e com o bem-estar psicológico (Idler & Kasl, 1991; Menec, Chipperfield, & Perry, 1999).

As representações de saúde/doença determinam a resposta do indivíduo aos sintomas corporais e ao estado de doente, incluindo o risco e a necessidade percebida de tratamento. Além disso, entender as crenças é fundamental para promover o planeamento e a qualidade dos cuidados de saúde (Haller, Sanci, Sawyer, & Patton, 2008).

Investigações realizadas demonstraram que existem diferenças nos grupos etários relativamente à percepção do estado de saúde. Verificou-se que as percepções do estado de saúde variam com a idade e que essas diferenças influenciam os mecanismos de coping que são utilizados (Keller, Leventhal, Prohaska, & Leventhal, 1989).

O bem-estar psicológico é um construto proposto, na década de 80, por Carol Ryff (1989a). O construto é associado pela autora ao funcionamento psicológico positivo do indivíduo (saúde mental) e a dimensões que possibilitam sentimentos de satisfação e felicidade consigo próprio, com as suas condições de vida nos âmbitos social e relacional, com as suas realizações pessoais passadas e expectativas futuras (Novo, 2003).

De acordo com Ryff (1989), pode ser sugerida a existência de seis dimensões que podem estar por detrás do bem-estar psicológico: a autonomia, o domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas, os objectivos de vida e a aceitação de si.

Muitas são as investigações que tentam relacionar o bem-estar psicológico às percepções de envelhecimento. Contudo, esses estudos têm incidido mais sobre a população idosa, pelo que se reveste de toda a importância tentar perceber de que forma o bem-estar psicológico pode ser influenciado pelas percepções de envelhecimento na população adulta em idade activa, sendo esse o objectivo da presente investigação.

MÉTODO

Tendo em vista os objectivos traçados, optou-se por um estudo transversal, exploratório, de desenho correlacional, com uma única avaliação, uma vez que se pretende estabelecer relações entre variáveis, analisando a sua magnitude e o sentido dessa mesma relação.

Participantes

A população alvo deste estudo foram os indivíduos adultos em idade activa, residentes em Portugal Continental, de nacionalidade portuguesa, de ambos os sexos e sem patologias relevantes que pudessem condicionar a participação no estudo. Os critérios de inclusão na amostra foram a idade dos indivíduos, sendo que esta esteve compreendida entre os 30 e os 64 anos de idade, e a sua disponibilidade de participação nesta investigação. A amostra é constituída por 57,0% de elementos femininos e 43,0% de elementos masculinos. 63,5 % desses elementos estão situados no grupo etário dos 30 aos 45 anos, sendo que o grupo etário seguinte, dos 46 aos 54 anos, está representado por 21,5 % desses elementos, e o último grupo etário que abrange os indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos está representado por 15% dos elementos da amostra. A média de idades é de 42,57 anos de idade ($DP=10,07$).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto (72,5%), sendo o grupo dos divorciados e dos viúvos o menos representativo na amostra (5,0% e 4,0%, respectivamente). Quanto às habilitações literárias, estas encontram-se muito distribuídas pelos vários graus de ensino, não havendo diferenças estatisticamente representativas (1º, 2º e 3º Ciclos com 22,0%, 17,5% e 14,5%, respectivamente; o ensino secundário com 25,5% de elementos; o ensino superior representado por 19,5% dos elementos compõem a amostra).

No que respeita à situação laboral e profissão, os indivíduos que compõem a amostra encontram-se, maioritariamente, em situação activa (74,0%). Seguidamente está a situação de desemprego (15,5%), depois a reforma ou invalidez representada por 8,0% dos elementos. As profissões foram distribuídas por três sectores: primário, secundário e terciário. A análise estatística realizada mostra uma diferença significativa relativamente ao sector onde estão distribuídas as profissões dos indivíduos. Verifica-se que o sector terciário, ligado à prestação de serviços, é o mais representativo dos sectores (71,5%), seguido de sector secundário, ligado às indústrias,

com 24,5%. De referir que, nesta amostra, nenhum elemento mencionou estar ligado ao sector primário, sector relacionado com a agricultura (0,0%).

Verificou-se, também, que a maior parte do elementos da amostra referiram viver com a família restrita (cônjuge e filho/os), tendo este agregado uma representação de 52,5%. De referir que 21,5% dos indivíduos vive com o cônjuge, 9,5% vive com a família alargada, 8,5% vivem sozinhos e 8% vive de uma outra forma que não foi especificada. Por último, salienta-se o facto de 87,0% dos elementos da amostra viverem em meio urbano, enquanto que 13,0% vivem em meio rural.

Material

Numa só aplicação, foram utilizados os cinco instrumentos de avaliação:

- Questionário sócio-demográfico (Baseado em Sousa & McIntyre, 2002);
- Questionário das Percepções de Envelhecimento (*Aging Perceptions Questionnaire*, de Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007. Traduzido e adaptado por Adelaide Claudino, Universidade de Évora, 2007);
- Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (Scale of Psychological Well-Being, de Ryff, 1989. Traduzido e adaptado por Novo, Silva & Peralta, 2003);
- Questionário de Estado de Saúde – 11 itens (SF-36 Health Survey, de Ware, Snow, Kosinsky, & Gandek, 1993. Traduzido e adaptado por Pais-Ribeiro, Ferreira, Ferreira & Santana, 2003);
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory, de Derogatis, 1982. Traduzido e adaptado por Canavarro, em 1995);

Procedimentos

Após contacto prévio e informal com indivíduos que iam sendo convocados a participar neste estudo, e antes de se proceder à recolha de dados, foram tidos em consideração alguns aspectos éticos. Os participantes foram elucidados sobre os objectivos do estudo, assim como a confidencialidade dos dados, para que a sua colaboração fosse voluntária, fornecendo um consentimento autorizado sobre a sua participação. O preenchimento dos questionários foi realizado através do auto-preenchimento, após o esclarecimento daquilo a que cada

questionário se referia, além do esclarecimento de dúvidas pontuais. Os questionários foram administrados na própria casa do indivíduo, somente na presença do investigador, de modo a favorecer um ambiente calmo e de privacidade, tendo obtido uma taxa de resposta de 100%.

RESULTADOS

Para se analisar o efeito das variáveis preditoras (Percepções de Envelhecimento, Estado de Saúde e Sintomas Psicopatológicos) sobre a variável resultado (Bem-Estar Psicológico), utilizou-se a regressão *stepwise* usando índices (Quadro 1), sendo esta complementada com a regressão *stepwise* utilizando subescalas.

Quadro 1

Resultados significativos da regressão stepwise usando índices para a relação entre as Percepções de Envelhecimento, Estado de Saúde e Sintomas Psicopatológicos no Bem-Estar Psicológico

| Variáveis | β |
|---------------------------|---------|
| Estado de Saúde | 0,43 |
| Sintomas Psicopatológicos | -0,17 |
| Bem-Estar Psicológico | 3,31+E |

Variável Excluída: Percepções de Envelhecimento

Nota. $R=0,549$; $R^2=0,302$; $Sig.=0,000^*$.

É possível verificar que apenas as variáveis estado de saúde e sintomas psicopatológicos têm algum efeito sobre a variabilidade do bem-estar psicológico. A dimensão deste efeito é determinada pelo coeficiente de determinação R^2 e que neste caso é de 0,30. Quer isto dizer que 30,2% da variabilidade do bem-estar psicológico é devida à influência das variáveis estado de saúde e sintomas psicopatológicos. A variável percepções de envelhecimento nada explica porque foi excluída do modelo, uma vez que o seu nível de significância é maior que 0,05 ($\beta=0,89$). O E (erro) trata-se de um valor que corresponde ao resto que não é explicado por aquelas variáveis.

O valor de 3,31 diz respeito ao valor da constante que precisa de ser acrescentada aos efeitos das variáveis para compreender o efeito total da regressão. Os valores 0,43 e - 0,17 correspondem aos valores β das

variáveis que entraram no modelo (neste caso estado de saúde e sintomas psicopatológicos, respectivamente). Os valores β indicam o peso da influência da respectiva variável na variável bem-estar psicológico, e o facto da variável sintomas psicopatológicos ter sinal negativo significa que a sua influência é de sinal contrário. Isto é, quanto maior forem os índices sintomas psicológicos (em termos absolutos) menor será o bem-estar psicológico (e vice-versa). Em termos práticos, pode dizer-se que o bem-estar psicológico de uma pessoa varia em função dos indicadores do estado de saúde e dos sintomas psicopatológicos.

Contudo, quando se analisa a hipótese em estudo utilizando as subescalas verificam-se algumas diferenças, pois os resultados indicam que a variabilidade do bem-estar psicológico é melhor explicada (não só R é maior como R^2 é também maior, como seria de esperar). As quatro subescalas que entraram no modelo resultante (saúde em geral, ansiedade, controlo positivo e saúde mental) explicam 34,7% da variação do bem-estar psicológico. É importante referir que face a este valor, a maior parte do bem-estar psicológico de uma pessoa é determinada por outros factores não conhecidos e que, no seu conjunto, constituem o valor do erro (valor residual da regressão). A explicação global do conjunto das quatro subescalas, embora significativa, é moderada, uma vez que o coeficiente de determinação não chega a 50% e, por outro lado, o coeficiente de correlação múltipla tem apenas o valor de 0,59 (ligeiramente superior ao obtido quando na regressão foram utilizados apenas os índices globais: 0,55).

Além destes resultados obtidos, ao contrário do que acontecia na regressão utilizando apenas os índices globais, na regressão utilizando subescalas é integrada uma subescala do Questionário das Percepções de Envelhecimento (controlo positivo: $\beta=0,19$), o que permite confirmar, de uma forma mais consistente, a hipótese em estudo, já que pelo menos uma dimensão das percepções de envelhecimento contribui para a explicação da variação do bem-estar psicológico.

Esta regressão identifica as sub-dimensões do estado de saúde, dos sintomas psicopatológicos e das percepções de envelhecimento que mais influenciam o bem-estar psicológico. Tal como quando se utilizaram os índices, o estado de saúde tem maior poder explicativo que os sintomas psicopatológicos e as percepções de envelhecimento e identificam as dimensões de onde vem esse poder explicativo.

DISCUSSÃO

No presente estudo previa-se que as percepções de envelhecimento, conjuntamente com a avaliação que as pessoas fazem do seu estado de saúde e dos seus sintomas psicopatológicos influenciassem, de forma significativa, a percepção do seu bem-estar psicológico. Quando se utilizou a regressão *stepwise* usando índices, esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada, uma vez que a percepção que as pessoas têm do seu envelhecimento parece não ter influência significativa na percepção do seu bem-estar psicológico. Isto pode ser justificado pelo facto da população alvo ser uma população jovem e que ainda não tem muita preocupação com a sua velhice.

Mais concretamente, verifica-se que quando um indivíduo percebe positivamente o seu estado de saúde e negativamente os sintomas psicopatológicos, o seu bem-estar psicológico aumenta. Pelo contrário, quando o indivíduo percebe negativamente o seu estado de saúde e positivamente os sintomas psicopatológicos, o seu bem-estar psicológico diminui. Estas conclusões vão ao encontro dos estudos efectuados que mostram que o bem-estar psicológico é bastante sensível ao nosso estado de saúde física e psicológica (Collins, Goldman, & Rodríguez, 2008; Ryan & Willits, 2007; Llewellyn, Lang, Langa, & Huppert, 2008).

No entanto, quando se utilizou a regressão *stepwise* usando subescalas, a hipótese foi melhor confirmada, uma vez que pelo menos uma dimensão do Questionário das Percepções de Envelhecimento também contribuiu para a explicação da variação do bem-estar psicológico dos indivíduos, sugerindo que a monitorização do processo de envelhecimento é algo benéfico para a saúde psicológica dos indivíduos (Barker et al., 2007). Além disso, o uso das subescalas (dimensões) permite perceber melhor que tipo de condições ou estados influenciam (negativa ou positivamente) o bem-estar psicológico de uma pessoa.

Assim, pode-se dizer que quando os indivíduos avaliam positivamente o seu estado mental e a sua saúde em geral, e percebem um controlo positivo do seu processo de envelhecimento, o seu bem-estar psicológico aumenta. No entanto, a existência de um estado de ansiedade em termos de sintomas provoca uma diminuição do bem-estar psicológico. É, pois, a combinação da percepção individual destas quatro condições que determinam nas pessoas deste grupo alvo o valor do seu bem-estar psicológico.

REFERÊNCIAS

- Alves, L.S., & Rodrigues, R.N. (2005). Determinantes da auto-percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo. *Revista do Panamá Salud Publica*, 5/6(17), 331-341.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H.M., Hickey, A., & Conroy, R.M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(9), 1-13.
- Bryant, L.L., Beck, A., & Fairclough, D.L. (2000). Factors that contribute to positive perceived health in older populations. *Journal of Aging and Health*, 2(12), 169-184.
- Cockerham, W.C., Sharp, K., & Wilcox, J.A. (1983). Aging and perceived health status. *Journal of Gerontology*, 3(38), 349-355.
- Collins, A.L., Goldman, N., & Rodríguez, G. (2008). Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 6(63B), 321-327.
- Deep, C.A., & Jeste, D.V. (2009). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Psychiatric Associations*, 7, 137-150.
- Duarte, C.P., Santos, C.L., & Gonçalves, A.K. (2002). A concepção de pessoas de meia-idade sobre saúde, envelhecimento e actividade física como motivação para comportamentos activos. *Revista Brasileira de Ciências e Desporto*, 3(23), 35-48.
- Furstenberg, A.L. (2002). Trajectories of aging: imagined pathways in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 55, 1-24.
- Haller, D.M., Sanci, L.A., Sawyer, S.M., & Patton, G. (2008). Do young people's illness beliefs affect healthcare? A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 5(42), 436-449.
- Idler, E.L., & Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of Gerontology*, 2(46), 55-65.
- Jang, Y., Bergman, E., Schonfeld, L., & Molinari, V. (2007). The mediating role of health perceptions in the relation between physical and mental health. *Journal of Aging and Health*, 3(19), 439-452.
- Keller, M.L., Leventhal, H., Prohaska, T.R., & Leventhal, E.A. (1989). Beliefs about aging and illness in a community sample. *Research in Nursing & Health*, 4(23), 247-255.

- Levy, B.R. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, 203-211.
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., & Kasl, S.V. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(83), 261-270.
- Llewellyn, D.J., Lang, I. A., Langa, K.M., & Huppert, F.A. (2008). Cognitive function and psychology well-being: Findings from a population-based cohort. *Age and Aging*, 6(37), 685-689.
- Menec, V.H., Chipperfield, J.P., & Perry, R.P. (1999). Self-perceptions of health: A prospective analysis of mortality, control and health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2(54), 85-93.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ramos, L.R. (2003). Factores determinantes de envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(19), 793-798.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(57), 1069-1081.
- Sneed, J.R., & Whitbourne, S.K. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61, 375-388.

ESTUDO DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA
NO PERÍODO PERI-GRAVÍDICO EM MULHERES
SUJEITAS A EPISIOTOMIA/EPISIORRAFIA

Sílvia de Lourenço¹ / Isabel Leal^{1,2} / Ana Carvalheira^{1,2}

¹ISPA – Instituto Universitário, ²Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D, ISPA – Instituto Universitário

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em obstetrícia, sendo apenas superado pelo pinçar e corte do cordão umbilical (Oliveira & Miliquini, 2005) sendo no entanto um dos únicos que é realizado sem qualquer consentimento específico da doente (Borges, Serrano, & Pereira, 2003).

Episiotomia define-se como uma incisão cirúrgica no períneo com o objectivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto, favorecendo a libertação do feto (Fernando, 2007; Husic & Hammound, 2009). Rezende (2005) citado por Oliveira e Miquilini (2005) acrescentam que esta incisão tem também como objectivos diminuir o trauma dos tecidos do canal de parto, evitando lesões desnecessárias do pólo cefálico fetal, submetido à pressão sofrida contra o períneo materno.

Não existe actualmente consenso no que concerne à taxa óptima de realização deste procedimento (Graham, Carroli, Davies, & Medves, 2005), no entanto a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) recomenda taxas de episiotomia de 10%. Em Portugal, de acordo com informações fornecidas pela Divisão de Estatísticas de Saúde da Direcção Geral da Saúde, não existem dados estatísticos relativos às taxas de episiotomia praticados em Portugal.

A episiotomia foi introduzida há mais de 250 anos na prática clínica sem uma evidência científica que fundamentasse o seu benefício, tendo como justificação a prevenção de lacerações perineais severas, uma melhor preservação da função sexual posterior, uma redução da incidência de incontinência urinária e fecal e a protecção do recém-nascido (Borges et al., 2003). No entanto, actualmente para muitos autores (Caroli & Belizan, 2008; Hartmann, Viswanathan, Palmieri, Gartlehner, Thorp, & Lohr, 2005) o seu uso rotineiro não é aconselhado e deve ser abandonado, sendo recomendada uma filosofia mais selectiva.

A gravidez, parto e o período que se segue representam uma transição bastante expressiva na vida das mulheres, tendo um impacto significativo no ajustamento sexual das mães e pais (Hyde, DeLamater, Plant, & Byrd, 1996). O funcionamento sexual feminino é um aspecto multidimensional

e muito importante no que concerne à qualidade de vida feminina e é influenciado por inúmeros aspectos de ordem psicológica, relacional e física (Berman, Berman, & Kanaly, 2003). O ciclo de resposta sexual é um processo complexo, que assenta em diversos factores, incluindo vasculares, neurogénicos, musculares, hormonais, psicogénicos, etc. (Berman, Adhikari, & Goldstein, 2000). A maior parte dos estudos que se centraram na avaliação do impacto do parto na vida sexual feminina, centra-se principalmente nas alterações físicas implicadas a curto prazo, mas os seus resultados são díspares (Botros, Abramov, Miller, Sand, Gandhi, Nickolov et al., 2006; Rogers, Borders, Leeman, & Albers, 2009), no entanto a maioria concorda que a vida sexual do casal é inevitavelmente influenciada pelo nascimento de um bebé (Lourenço, 2002). Há, sem dúvida, um decréscimo do tempo e atenção mutuamente disponível entre os membros do casal, com repercussões no seu relacionamento sexual (Walton, 1999).

O objectivo do nosso estudo foi, assim, o de perceber se a presença de episiotomia /episiotomia interfere de alguma forma, nesta amostra, na vivência da sexualidade feminina após o parto.

MÉTODO

A presente investigação enquadra-se também no tipo quantitativa, descritiva e exploratória, tendo sido realizado em puérperas atendidas no Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo, no período entre 20 de Janeiro e 30 de Junho de 2008. Este projecto foi aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração da respectiva instituição.

Participantes

A amostra do presente estudo incidiu sobre um grupo de 120 mulheres de nacionalidade portuguesa, internadas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, obedecendo ainda a alguns critérios para inclusão, tais como ser:

1 – Puérperas em idade adulta; 2 – Ter parido o seu filho por parto eutócico; 3 – Ter-lhe sido realizada episiotomia médio-lateral e

episiorrafia no períneo; 4 – Primíparas ou múltiparas na fase do puerpério precoce; 5 – Mulheres que não tenham tido intercorrências patológicas no decurso da gravidez; 6 – Mulheres sem complicações obstétricas durante a gravidez ou parto; 7 – Mulheres que tiveram companheiro sexual durante a gravidez e ainda o mantêm.

Existiu também um grupo de controlo que englobou 70 mulheres que cumprem todos os requisitos supracitados, à excepção de possuírem episiotomia e episiorrafia, possuindo períneo intacto, sem qualquer laceração. Desta forma pretendeu-se comparar ambos os grupos e inferir se a presença de episiotomia /episiorrafia interfere de alguma forma, nesta amostra, na vivência da sexualidade feminina após o parto.

Material

Utilizou-se o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) em conjugação com um outro questionário construído para o efeito e na ausência de instrumentos que servissem os objectivos deste estudo.

Procedimentos

As puérperas foram contactadas durante o seu internamento no hospital, onde lhes foi explicado o âmbito do estudo e solicitado o seu consentimento informado. Assim, a cada puérpera foi entregue um envelope com o consentimento informado e com o instrumento de colheita de dados, explicando o objectivo da investigação.

Desta forma, foi assegurada a confidencialidade, o anonimato, o respeito pela autonomia, e a integridade física e psíquica da mulher. Após o seu consentimento em colaborar com o estudo, foi-lhes fornecido o instrumento de colheita de dados para preencherem. Este dizia respeito a diversas variáveis sexuais relativamente ao período gravídico. Posteriormente, foi solicitada novamente a participação dos elementos da amostra que receberam em suas casas, via correio, o mesmo instrumento (FSFI) e um questionário, mas para preencher com dados relativos ao período pós-parto. Estes instrumentos foram acompanhados de um envelope com resposta paga, para que pudessem ser devolvidos. Verificou-se que a taxa de mortalidade do grupo de mulheres com episiotomia foi de 13,89 % e no grupo de controlo foi de 12,09 %.

Análise de dados

Para a análise dos dados obtidos foi utilizado o programa de tratamento estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), para Windows, versão 12.0.

No que respeita à análise do FSFI recorreu-se aos testes paramétricos, nomeadamente ao teste *t*-Student para amostras emparelhadas ou amostras independentes, considerando-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p*-value do teste foi inferior ou igual a 0,05 e 0,001. Relativamente aos questionários, estes foram analisados seguindo os princípios da estatística descritiva. Com o FSFI compararam-se as seguintes variáveis: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual, dor e grau de função sexual no período gravídico com o período pós parto. Por outro lado, com o questionário caracterizaram-se os comportamentos sexuais 3 meses após o parto, bem como o impacto da episiotomia na sexualidade feminina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das mulheres da amostra (81,8%) 8 semanas após o nascimento do bebé, já tinha reiniciado a sua vida sexual. É importante salientar que no grupo com episiotomia grande parte das mulheres reinicia a sua vida sexual por volta da 8ª semana após o parto, enquanto no grupo de controlo, grande parte das mulheres inicia a sua vida sexual mais cedo, por volta da 5ª semana. A bibliografia existente acerca do *timing* de reinício da actividade sexual é bastante díspar, havendo vários estudos que apresentam datas discordantes para este facto. Assim, um estudo efectuado por Dahlen e Homer (2008) às 12 semanas após o parto perto de três quartos já tinha iniciado a sua vida sexual. Num outro estudo realizado em 2009 por Rogers, Borders, Leeman e Albers, aproximadamente metade das mulheres da amostra reiniciaram a sua actividade sexual 6 semanas após o parto (mulheres com laceração perineal). Já num estudo realizado por Wang, Xu, Yao e Zhou (2003) o reinício da actividade sexual verificou-se em média cerca de 8 semanas após o nascimento do bebé. Constatou-se que mais de metade das mulheres com episiotomia (53,8%) consideram que a realização da episiotomia inibiu de alguma forma a sua actividade sexual. Não foi encontrado nenhum estudo que abordasse

claramente esta temática, no entanto a frequência da actividade sexual pode de alguma forma espelhar este efeito. Assim, no que concerne à frequência de relações sexuais relativas ao mês anterior à resposta do questionário (entre o 2º e 3º mes após o parto) verifica-se uma diferença significativa, pelo que as mulheres com períneo intacto apresentam uma maior frequência na actividade sexual quando comparadas com as mulheres com episiotomia). Assim, num estudo realizado por Woranitat e Taneepanichskul (2007) demonstrou o efeito da episiotomia na sexualidade após o parto, nomeadamente que mulheres sem episiotomia têm maior actividade sexual do que as mulheres com episiotomia.

Três meses após o parto, denotam-se diferenças significativas na forma como a dor interfere nas relações sexuais das mulheres com e sem episiotomia. Assim, as mulheres com períneo intacto apresentam escores elevados nos itens que se referem a pouca ou nenhuma interferência da dor nas relações sexuais, enquanto as mulheres com episiotomia referem uma interferência frequente. Tal como vem descrito num estudo realizado por Paterson, Davis, Khalifé, Amsel, e Binik (2009) a existência de dor no período após o parto pode influenciar negativamente o funcionamento sexual. Por outro lado, os resultados obtidos neste estudo revelam que três meses após o parto, as mulheres com episiotomia apresentam intensidade de dor a nível sexual significativamente maior comparativamente às mulheres com períneo intacto (Figuras 1 e 2).

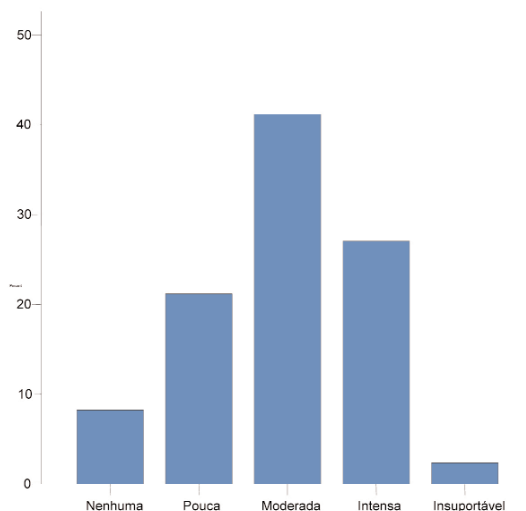


Figura 1. Dor na primeira relação sexual (mulheres com episiotomia)

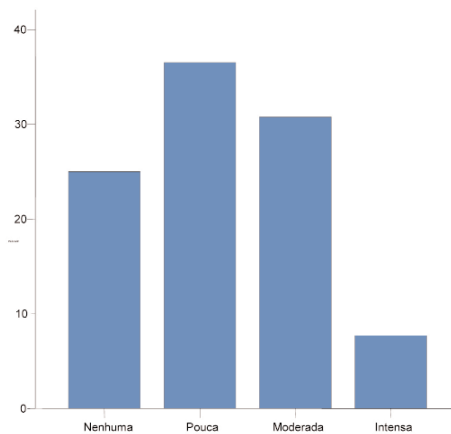


Figura 2. Dor na primeira relação sexual (mulheres sem episiotomia)

Estes resultados vão de encontro a um estudo Alemão elaborado por Buhling, Schmidt, Robinson, Klapp, Siebert e Dudenhausen (2006) que concluiu que das mulheres com dispareunia 6 meses após o parto eram mulheres com maiores probabilidades de terem sido submetidas a uma episiotomia ou um parto vaginal distócico. Numa outra investigação realizada em 2001 por Signorello, Harlow, Chekos, e Repke é referido que as mulheres com períneo intacto obtiveram os melhores resultados no que concerne aos níveis de dor, apresentando-os mais baixos que todas as outras mulheres.

Relativamente à localização da dor na primeira relação sexual após o parto, os resultados mostram que grande parte das mulheres com episiotomia menciona dor nos pontos e no local onde foi cortada (episiotomia/episiiorrafia) e na vagina e área envolvente (Figura 3). Em oposição, a maioria das mulheres com períneo intacto mencionam dor essencialmente no abdómen (Figura 4).

Apesar de haver extensa literatura que se debruça sobre a existência de dor nas relações sexuais após o parto, os estudos que aprofundam a localização da mesma são escassos e pouco específicos como o realizado por Paterson et al (2009) que mencionam que a quase totalidade das mulheres incluídas na sua amostra referiu dor genital no período pós parto, sem no entanto especificar mais a sua localização.

Neste estudo verifica-se que uma grande percentagem de mulheres (42,9%) que menciona que a presença da episiotomia/episiiorrafia torna os

parceiros menos receptivos a acariciar a sua vagina. Não foram, no entanto encontrados outros estudos que abordassem esta temática.

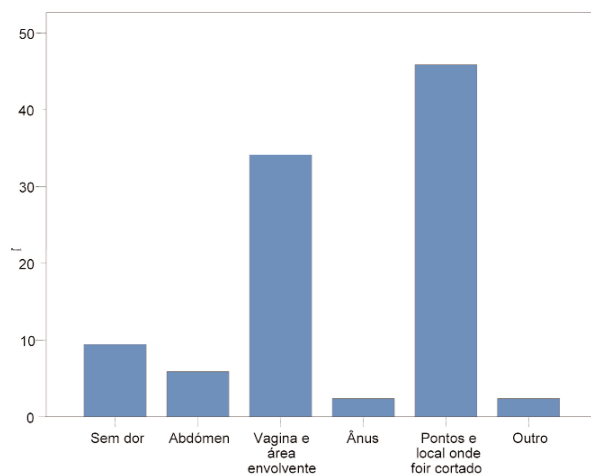


Figura 3. Localização da dor na 1ª relação sexual (mulheres com episiotomia)

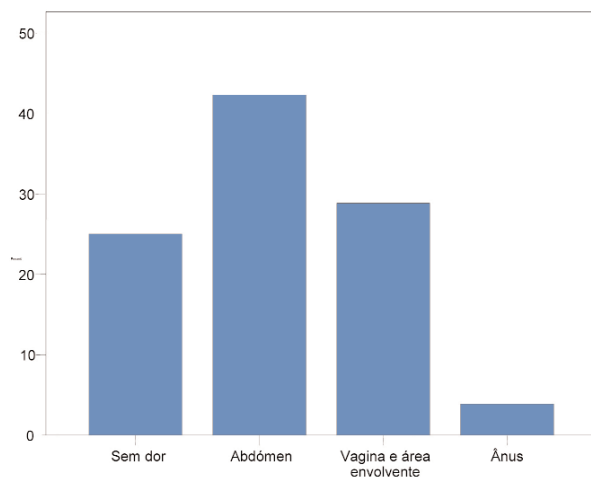


Figura 4. Localização da dor na 1ª relação sexual (mulheres sem episiotomia)

CONCLUSÕES

As conclusões principais apontam para o facto de as mulheres sem episiotomia iniciam a actividade sexual mais cedo (por volta da 5ª semana) do que as mulheres com episiotomia, que reiniciam cerca da 8ª semana. Inclusivamente as mulheres com episiotomia referem explicitamente que a episiotomia afecta o reinício da actividade sexual, começando mais tarde. Relativamente à frequência de relações sexuais no último mês, as mulheres com períneo intacto apresentam maior frequência do que mulheres com episiotomia, pelo que este procedimento parece exercer uma influencia negativa na frequência da actividade sexual.

Por outro lado, os resultados indicam ainda que não se verificam diferenças significativas no que respeita à duração dos preliminares, à prática de sexo oral e às carícias vaginais, no grupo de mulheres com e sem episiotomia, pelo que se pode concluir que a episiotomia não parece influenciar negativamente na realização destas práticas sexuais após o parto. Mais ainda, conclui-se ainda que a episiotomia não interfere na auto-percepção da vagina, pelo que a maioria das mulheres com episiotomia menciona “gostar igualmente da sua vagina”.

É ainda interessante verificar que, grande parte das mulheres deste estudo, mencionam explicitamente que a episiotomia interfere negativamente na sua vida sexual, quer através da inibição da sua actividade sexual, quer pelo facto de ser causadora de dor (essencialmente no local onde foi cortada (episiotomia/episiotomia)), ou de causar diminuição da sensibilidade da vagina. Mais ainda, a episiotomia parece influenciar negativamente a receptividade de alguns parceiros a acariciar a vagina das suas companheiras no período após o parto.

REFERÊNCIAS

- Berman, J., Adhikari, S., & Goldstein, I. (2000). Anatomy and Physiology of female sexual function and Dysfunction. *European Urology*, 38(1), 20-29
- Berman, J., Berman, L., & Kanaly, K. (2003). Female sexual dysfunctions: New perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. *European Association of Urology – Update Series*, 1, 166-177.

- Borges, B. B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 447-454.
- Botros, S., Abramov, Y., Miller, J., Sand, P., Gandhi, S., Nickolov, A., & Golberg, R. (2006). Effect of parity on sexual function. *Obstetrics & Gynecology*, 107(4), 765-770.
- Buhling, K., Schmidt, S., Robinson, J., Klapp, C., Siebert, G., & Dudenhausen, J. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according do mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 124, 42-46.
- Caroli, G., & Belizan, J. (2008). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Library*, Issue 1.
- Dahlen, H., & Homer, C. (2008). Perineal Trauma and postpartum perineal morbidity in Asian and Non-Asian primiparous women giving birth in Australia. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37,455-463.
- Fernando, R.J. (2007). Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 17(8), 238-243.
- Graham, I.D., Carroli, G., Davies, C., & Medves, J.M. (2005). Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*, 32(3), 219-223.
- Hartman, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartiehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141-2148.
- Husic, A., & Hammound, M. (2009). Indications for the use of episiotomy in Qatar. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104, 240-248.
- Hyde, J., DeLamater, J., Plant, E., & Byrd, J. (1996). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Sex Research*, 33, 143-151.
- Lourenço, M.C. (2002). Conjugalidade e parentalidade: Continuar a diade na presença de um terceiro. *Psychologica*, 31, 25-42.
- Oliveira, S.M.J., & Miquilini, E.C. (2005). Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(3), 288-95.
- Paterson, L., Davis, S., Khalifé, S., Amsel, R., & Binik, Y. (2009). Persistent genital and pelvis pain after childbirth. *Journal of Sex Medicine*, 6, 215-221.
- Rogers, R., Borders, N., Leeman, L., & Albers, L. (2009). Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 98-103.
- Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., & Repke, J.T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184, 881-888.

- Walton, I. (1999). Sexuality and Childbearing. In B. Sweet (Ed.), *Mayes' Midwifery: A textbook for Midwives* (12^a ed., pp. 741-747). UK: Baillière Tindall.
- Wang, H., Xu, X., Yao, Z., & Zhou, Q. (2003). Impact of delivery types on women's postpartum sexual health. *Reproduction & Contraception*, 14(4), 237-242.
- Woranitat, W., & Taneepanichskul, S. (2007). Sexual Function during the postpartum period, *Journal of Medical Association of Thailand*, 90(9), 1744-1748.
- World Health Organization. (1996). Care in normal birth: A practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: World Health Organization.

INDICADORES DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS BRASILEIRAS

Simone Oliveira Melo Paiva¹ / Sebastião Benicio da Costa Neto^{1,2}

¹Pontifícia Universidade Católica de Goiás, ²Universidade Federal de Goiás

Estudos sobre transtornos alimentares (TA's) encontram-se focados nas concepções atuais acerca do funcionamento mental e do contexto social dos pacientes. As descobertas que derivam dessa compreensão têm se refletido em um número significativo de pesquisas realizadas na psicologia, na psiquiatria e na nutrição (Alvarenga & Larino, 2002; Assunção, & Cabral, 2002; Duchesne & Esposito, 2002; Fontenelle, Cordas, & Sassi, 2002). TA's são definidos como distúrbios persistentes do comportamento alimentar ou de comportamentos para controlar o peso, que prejudicam de maneira significativa a saúde física e o funcionamento psíquico, e que não são secundários a qualquer acometimento reconhecido da saúde física em geral ou qualquer outro transtorno psiquiátrico (Fairbun, 2002).

Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais DSM-IV e CID-10 ressaltam duas entidades nosológicas principais dos TA's: a Anorexia Nervosa – AN e a Bulimia Nervosa – BN (Claudino & Borges, 2005). Tanto a NA, quanto a BN, encontram-se estreitamente relacionadas por apresentarem sintomas comuns em relação à representação da forma corporal, preocupação excessiva com o peso, medo patológico de engordar e, conseqüentemente, alteração negativa da imagem corporal (Amigo, 2005; Nakamura, 2004). A etiologia dos TA's é multifatorial e são considerados como determinantes as predisposições genética, sócio-cultural e as vulnerabilidades biológicas e psicológicas que interagem entre si de modo complexo para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença (Morgan & Claudino, 2005; Nunes, Olinto, Barros, & Comey, 2001).

O contexto sócio-cultural e os fatores psicológicos têm seu lugar na gênese dos TA's, acarretando conseqüências clínicas e psicológicas devastadoras, refletindo em índices importantes de mortalidade e morbidade, matizados, por sua vez, por retardo no desenvolvimento e no crescimento, sobretudo, de adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens (Andrade, Viana, & Silveira, 2006; Colverol, Costardi, & Rolim, 2004).

No Brasil, supõe-se que existe uma escassez de inquéritos nacionais sobre estudos epidemiológicos destinados a traçar diagnósticos de TA's (Cordás, 1999; Hay, 2002). Considerando a pouca existência de estudos sobre os indicadores de TA's na população residente no Estado de Goiás/Brasil, a presente investigação objetivou descrever e analisar a prevalência dos transtornos de AN e de BN entre estudantes universitárias goianas e comparar tais resultados com seus dados sócio-demográficos e clínicos.

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 310 universitárias, de primeiro e segundo semestres, dos cursos de educação física e fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás – UEG, e dos cursos de fisioterapia, nutrição, psicologia e enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO, na faixa etária de 18 a 20 anos.

Material

Foram aplicados exemplares do Questionário Sócio-demográfico; do Eating Attitudes Test – EAT 26 (para AN), do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh – BITE (para BN); do Questionário de Saúde Geral, de Goldberg – QSG; e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Procedimentos

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/GO, iniciou-se a coleta de dados coletivamente (em Outubro e Novembro de 2007). Após a aprovação dos professores contatados em sala de aula, as participantes foram abordadas uma única vez em sala de aula, momento em que foram apresentados os objetivos da investigação e solicitada suas adesões. Não havendo nenhuma recusa em participar do estudo, as participantes assinaram o TCLE e, na seqüência, responderam ao EAT-26, BITE e QSG, em um tempo médio de 60 minutos, não havendo intercorrências durante o período. Após a coleta dos dados, as análises estatísticas foram feitas no Programa SPSS, versão 13,0.

RESULTADOS

Entre os dados sócio-demográficos, observou-se que na amostra ($n=310$), a faixa etária predominante foi de 18 a 20 anos (77,5%), o estado civil solteira (91,3%), a instituição de ensino com maior quantidade de

participantes foi a PUC/GO (74%), seguida pela UEG (26%). Quanto ao curso de graduação, observou-se que 20,8% eram de fisioterapia, 16,3% de enfermagem, 27,9% de psicologia, 15,7% de nutrição e 18,6% de educação física. Quanto à renda familiar, predominou a faixa de dois a quatro salários mínimos (25,3%); a escolaridade do pai e da mãe demonstrou ser mais freqüente a do ensino médio completo (23,7% do pai; 28,5% da mãe). Na condição conjugal dos pais, de 203 participantes, 65% relataram estabilidade conjugal dos mesmos.

Observou-se que 96,2% ($n=310$) relataram não fazer uso de anorexígenos. O índice de massa corpórea (IMC) de maior incidência situou-se na faixa da normalidade para 71,5% das participantes, porém os dados apontaram também para uma incidência de 17,3% apresentando baixo peso. Por fim, 207 participantes (66,3%) nunca receberam orientação profissional para fazer dietas, enquanto que 33% haviam recebido tal orientação.

Em relação aos escores do EAT (Tabela 1), 86,5% das participantes ($n=268$) encontravam-se dentro da normalidade (<21), enquanto que 13,5% ($n=42$) encontravam-se na faixa sugestiva de anormalidade (>21). Quanto aos indicadores de BN, os dados apontam que 50% das participantes ($n=155$) encontravam-se dentro dos limites normais de comportamento alimentar (gravidade baixa) e 34,8% ($n=108$) apresentavam padrões alimentares não usuais (gravidade média). Por último, 15,2% ($n=47$) apresentam grau elevado de possibilidade de BN (gravidade elevada).

Na avaliação do QSG, nos fatores morte e desempenho, houve pouca relevância para presença de distúrbios (4,5% e 8,1%, respectivamente). Quanto ao fator sono e fator estresse, os dados apontam um discreto aumento, porém se mantendo ainda pouco sugestivos de anormalidade (11,9% e 16,1%, respectivamente). O fator distúrbios psicossomáticos foi sugestivo de presença de distúrbios em 91,3% das participantes. Por último, o fator saúde geral apontou 18,7% da amostra com indicadores de distúrbios e 81,3% dentro da normalidade.

A freqüência de indicadores de TA's e Saúde Geral, nos respectivos cursos de graduação, sugeriram elevados indicativos de AN entre as estudantes de enfermagem (2,6%, $DP=0,618$) e as de nutrição (2,5%, $DP=0,577$). Quanto às freqüências de indicadores de BN, houve predomínio nos cursos de enfermagem (12,4%, $DP=5,17$) e educação física (10,9%, $DP=4,22$). Em relação ao QSG, os dados sugeriram presença de distúrbios psicossomáticos nos cursos de enfermagem (48,2%, $DP=14,04$) e nutrição (49,1%, $DP=13,82$). Também, no aspecto saúde geral, os cursos de

enfermagem e nutrição obtiveram frequências elevadas em relação aos demais cursos universitários (27,66%, $DP=39,72$ e 28,56%, $DP=38,22$).

Quadro 1

Indicadores de AN, BN e saúde geral de universitárias brasileiras (N=310)

| Instrumento | | f | % |
|----------------------------------|---|-----|------|
| EAT | Sugestivo de anormalidade (≥ 21) | 42 | 13,5 |
| | Sugestivo de normalidade (<21) | 268 | 86,5 |
| BITE | Baixa gravidade (<10) | 155 | 50,0 |
| | Media gravidade (≥ 10 e ≤ 19) | 108 | 34,8 |
| | Elevada gravidade (≥ 20) | 47 | 15,2 |
| QSG – Morte | Indicador de distúrbio (≥ 3) | 14 | 4,5 |
| | Não indicador de distúrbio (<3) | 296 | 95,5 |
| QSG – Desempenho | Indicador de distúrbio (?) | 25 | 8,1 |
| | Não indicador de distúrbio (<3) | 285 | 91,9 |
| QSG – Sono | Indicador de distúrbio (≥ 3) | 37 | 11,9 |
| | Não indicador de distúrbio (<3) | 273 | 88,1 |
| QSG – Estresse | Indicador de distúrbio (≥ 3) | 50 | 16,1 |
| | Não indicador de distúrbio (<3) | 260 | 83,9 |
| QSG – Distúrbios Psicossomáticos | Indicador de distúrbio (≥ 3) | 283 | 91,3 |
| | Não indicador de distúrbio (<3) | 27 | 8,7 |
| QSG – Saúde geral | Indicador de distúrbio (≥ 3) | 83 | 26,7 |
| | Não indicador de distúrbio (<3) | 227 | 73,3 |

Nas correlações entre os dados do EAT, BITE e QSG, quando se compara o BITE com o EAT, observou-se que quanto mais presentes estavam os indicadores de BN, também maiores eram os indicadores de AN ($r=0,633$, $p\geq 0,01$). Também, quanto maior era o indicador do QSG Morte, maiores eram os indicadores de BN e de AN ($r=0,258$ e $r=0,254$; $p\geq 0,01$). No fator desempenho, observou-se que quanto maior era a falta de confiança no desempenho relacionado a saúde geral, maiores eram os indicadores de AN, BN e QSG Morte (respectivamente, $r=0,310$, $r=0,334$ e $r=0,704$; $p\geq 0,01$). Quanto maiores os indicadores no fator sono do QSG, maiores eram os indicadores de AN, BN e fatores de Morte e Desempenho do QSG (respectivamente, $r=0,325$, $r=0,301$, $r=0,366$, $r=0,504$; $p\geq 0,01$). Quando se compara o fator Psicossomatização do QSG com o EAT, o BITE, e os fatores Morte, Desempenho e Sono do QSG, observam-se correlações positivas ($r=0,368$, $r=0,339$, $r=0,664$, $r=0,790$, $r=0,612$, $p\geq 0,01$, respectivamente). Por último, quando se compara QSG Estresse com o EAT, o BITE e o QSG Morte, Desempenho, Sono, Psicossomatização e Saúde geral, as correlações foram positivas (respectivamente, $r=0,317$, $r=0,329$,

$r=0,721$, $r=0,798$, $r=0,578$, $r=0,953$, $r=0,955$, $p\geq 0,01$), sugerindo que o estresse tinha um impacto relevante em múltiplos fatores.

Observou-se, também, que, quanto menor o grau de escolaridade do pai, maior a manifestação nas participantes de desejo de morte, de desconfiança no desempenho, psicossomatização, na saúde geral e no estresse (respectivamente, $r=-0,148$, $p\geq 0,01$; $r=-0,137$, $p\geq 0,05$; $r=-0,141$, $p\geq 0,05$; $r=-0,147$, $p\geq 0,01$; $r=-0,132$, $p\geq 0,05$). Quando se compara o grau de escolaridade da mãe, quanto maior era, maior também era o risco para desenvolver AN ($r=0,123$, $p\geq 0,05$). Também, quanto maior o IMC, maior o risco para AN e BN (respectivamente $r=0,312$, $p\geq 0,01$; $r=0,439$, $p\geq 0,01$). Ao se comparar a imagem corporal com o EAT, o BITE e com os fatores do QSG, as correlações foram negativas (respectivamente, $r=-0,473$, $p\geq 0,01$; $r=-0,460$, $p\geq 0,01$; QSG: $r=-0,118$, $p\geq 0,05$; $r=-0,170$, $p\geq 0,01$; $r=-0,200$, $p\geq 0,01$; $r=-0,161$, $p\geq 0,01$; $r=-0,177$, $p\geq 0,01$; $r=-0,136$, $p\geq 0,05$) demonstrando que quanto menos satisfeitas as participantes se encontravam com a imagem corporal, maior eram os riscos para AN, BN e QSG no geral.

DISCUSSÃO

Tanto os dados sugestivos de TA's quanto os sócio-demográficos e clínicos dos participantes deste estudo, são compatíveis com os encontrados na literatura, sobre rastreamento de TA's em mulheres jovens realizados no Brasil (Fiatesm & Sales, 2001; Nunes et al., 1994, 2001).

A maior incidência de AN foi encontrada nos cursos de enfermagem e de nutrição. Para a BN, os maiores índices foram nos cursos de enfermagem e educação física. Bosi, Luiz, Uchimura, e Oliveira (2008) e Nunes et al. (2001) referem maior risco de TA's em alguns grupos específicos, tais como: atrizes, atletas, modelos e profissionais da saúde que lidam com a imagem corporal. Para Fiates e Salles (2001), pode-se inferir que pessoas preocupadas com o peso e imagem corporal, optem por esta área de estudo, justamente por existir, previamente, interesse pessoal pelo tema.

Martins e Sassi (2004) sugerem que a preocupação com o peso e com a imagem corporal tende a manifestar-se sob formas desadaptativas, podendo evoluir para a síndrome completa dos TA's. Neste estudo, especificamente, isto pode ser apreendido na correlação estabelecida entre o IMC e a imagem corporal com indicadores de AN, BN e comprometimento na Saúde Geral. Assim, tanto o IMC elevado quanto a

imagem corporal negativa podem ser fatores de risco para o desenvolvimento das participantes.

Cerca de 28,7% das participantes apresentaram risco para os TA's. Apesar da relevância destes dados, os resultados não permitiram determinar com exatidão, quantos participantes possuem ou desenvolverão tais transtornos. No entanto, associando-se estes indicadores aos encontrados no QSG, sobretudo nos itens presença de distúrbio psicossomático (97%) e avaliação da saúde geral (26,38%), os dados demonstram escores elevados. Em seu conjunto, pode-se supor que a presença dos indicadores de TA's concomitante as manifestações psicossomáticas, tanto reflete na percepção individual negativa sobre a saúde geral da pessoa, quanto potencializa condições de risco para o seu desenvolvimento. De acordo com Magalhães (2005), o sentimento de negação da própria condição patológica pode levar estas síndromes a se estenderem por um longo período de tempo sem serem diagnosticadas, acarretando o aparecimento de comorbidades e agravos à saúde.

Quanto as correlações estabelecidas entre BITE e EAT, e segundo Ghaderi e Scott (2001), devido ao entrelaçamento dos sintomas presentes nos TA's, não se pode prever qual transtorno alimentar é antecedente do outro, uma vez que, podem-se observar comportamentos e características individuais (tais como, a necessidade de controlar a si mesmo e aos outros e a dificuldade de relacionamento) que são fatores de risco para o desenvolvimento destes transtornos.

Os dados sugerem que existe uma discrepância entre o peso real e o peso ideal. Isto pode levar a um estado de insatisfação com o próprio corpo e a distúrbios relacionados à consciência cognitiva corporal e percepção do controle das funções corporais, comprometendo o desempenho tanto físico, quanto psicológico (Buckroyd, 2000). Os TA's costumam ser acompanhados de várias complicações clínicas em razão de alterações nutricionais e psicológicas e das manobras empregadas pelo paciente para a perda de peso, além do retardo no diagnóstico e no tratamento. O estresse e o conflito criados por sua necessidade biológica de comer, e seu medo de fazê-lo, consomem a maior parte de seu tempo e energia. Esse padrão de comportamento alimentar, estabelecido entre a necessidade de comer e o desejo de negá-lo, tende a comprometer o funcionamento físico em geral e a satisfação com a vida (Buckroyd, 2000; Claudino, & Borges, 2005). Por fim, neste estudo, o aspecto familiar que foi indicador de fator de risco recaiu sobre a escolaridade dos pais, devendo ser objeto de novas investigações.

CONCLUSÃO

Considerando-se os TA's como epidemia silenciosa e problema que se expressa no campo da saúde pública, faz-se necessário ampliar o número de estudos para que o processo de intervenção preventiva seja efetivo, visando a construção de competências associadas a saúde mental. Finalmente, espera-se que este estudo possa contribuir com o desenvolvimento da Psicologia da Saúde ao evidenciar aspectos que lhe são inerentes, sendo utilizado como ferramenta para a compreensão conceitual, bem como para estimular o ensino e a pesquisa de práticas preventivas, coletivas e comunitárias.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga, M., & Larino, M.A. (2002). Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 39-43.
- Amigo, V.L. (2005). Comorbidades clínicas e psiquiátricas. In M.A. Claudino & M.T. Zanella. (Eds.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 89-103). Barueri, SP: Manole.
- Andrade, L.H.S.G., Viana, M.C., & Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Psiquiatria Clínica*, 33, 43-54.
- Assunção, L.C., & Cabral, M.D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 29-33.
- Bosi, M.L.M., Luiz, R.R., Uchimura, K.Y., & Oliveira, F.P. (2008). Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57, 28-33.
- Buckroyd, J. (2000). Anorexia e bulimia. In J. Buckroyd (Ed.), *Anorexia e bulimia: esclarecendo suas dúvidas* (pp. 53-69). São Paulo, SP: Agora.
- Claudino, A.M., & Borges, M.B.F. (2005). Classificação e diagnóstico. In A.M. Claudino & M.T. Zanella (Eds.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 25-38). Barueri, SP: Manole.
- Colverol, A.L., Costradi, A.C., & Rolim, M.A. (2004). Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 38, 197-205.
- Cordás, T.A. (1999). Transtornos Alimentares. In J.F.B. Assunção (Ed.), *Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 291-297). São Paulo, SP: Santos.

- Duchesne, M., & Espósito, P.M. (2002). A Terapia Cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 49-53.
- Faiburn, C.G. (2002). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fiates, M.R.G., & Salles, R.K. (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: Um estudo em universitárias. *Nutrição de Campinas*, 14, 3-6.
- Fontenelle, L.F., Codas, T.A., & Sassi, E. (2002). Transtornos alimentares e os espectros do humor e obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 24-28.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta. Psychiatrica Scandinavica*, 104, 122-30.
- Hay, P.J. (2002). Epidemiologia dos transtornos alimentares: Estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 13-17.
- Martins, C.F., & Sassi, J.E. (2004). A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 161-163.
- Morgan, M.C., & Claudino, A.M. (2005). Epidemiologia e Etiologia. In A.M. Claudino & M.T. Zanella (Eds.), *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 15-38). São Paulo, SP: Manole.
- Nakamura, K. (2004). Eating Problems in female japanese high school students: A prevalence study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 91-95.
- Nunes, M.A., Bagatini, F.L., Abuchaim, A.L., Kuns, A., Ramos, D., Silva, J.A., Somenzi, L., & Pinheiro, A. (1994). Distúrbios da conduta alimentar: Considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação de Psiquiatria da América Latina*, 16, 7-10.
- Nunes, M.A., Olinto, M.T., Barros, F.C., & Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 21-7.

AVALIAÇÃO DE REPRESENTAÇÕES DE ESTUDANTES
SOBRE A OCORRÊNCIA DO BULLYING NA UNIVERSIDADE
E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL
NESTE CONTEXTO EDUCATIVO

*Suely A. do N. Mascarenhas¹ (suelyanm@ufam.edu.br) / Denise
Machado Duran Gutierrez¹ / Iolete Ribeiro da Silva¹ / Rosenir de Souza
Lira¹ / Antônio Roazzi² / Elaine Lucio Loebelin¹ / Eliane Merklein¹*

¹Universidade Federal do Amazonas;

²Universidade Federal de Pernambuco

Este trabalho parte de uma investigação mais ampla, tem como objetivo analisar as representações dos universitários sobre a ocorrência do bullying no contexto universitário e seus efeitos sobre o bem-estar psicossocial neste contexto educativo. Compreendemos que bem-estar psicossocial é um conceito multidimensional que abarca a saúde, a segurança, o acesso a condições materiais e sociais suficientes para o atendimento das necessidades individuais de acordo com as características e aspirações das pessoas. A saúde é um direito de todos. No Brasil é um dos direitos sociais ao lado do direito à educação, ao trabalho, ao lazer, à segurança, dentre outros (Brasil, 1988, art. 6). No artigo 196 da CF/1988 a saúde é definida como “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O fenômeno bullying pode ser entendido como um agravante à saúde. O que tem a universidade com a temática? Entendemos que a universidade é um espaço de educação formal inclusive de educação moral. A exposição de cidadãos a situações de bullying pode ser indicador de risco à sua saúde psicológica, emocional e física podendo daí decorrer o surgimento de doenças como ansiedade, depressão, estresse dentre outras. Por outro lado, a educação para a saúde é uma das responsabilidades do sistema educativo formal. Sabe-se que a educação para a saúde é um tema transversal que permeia os currículos em todas as esferas. De acordo com a literatura especializada revisada, a ocorrência do fenômeno bullying causa danos à saúde de protagonistas tanto os vitimados como observadores, mesmo porque os agressores dependendo de um diagnóstico específico já podem ser considerados de antemão portadores de algum distúrbio psicológico, emocional e mental que demanda tratamento e atenção profissional específica.

Representações sociais

Um dos propósitos deste estudo é apresentar representações manifestadas por estudantes universitários acerca da ocorrência do bullying na universidade e seus efeitos sobre o bem-estar psicossocial neste contexto. Segundo fonte especializada a expressão vem do latim *reapresentare* “*tornar presente*”. Em significado ou em sentido comum poderia ser qualquer “imagem, coisa, ação... destinada a tornar sensíveis coisas, acções..., ausentes ou impossíveis de mostrar tal qual são, no sentido psicológico e filosófico pode ser entendido como acto pelo qual o espírito torna presente os seus objectos, sendo a imagem mental resultante deste ato” (Clément, Demonque, Love, & Kahn, 1994, p. 333). Conceitualmente a palavra tem diversos significados. No interesse deste estudo destacamos: ato ou efeito de representar, coisa que se representa, reprodução daquilo que se pensa (Msocovici, 2007; Vala, 2004). No sentido filosófico seria o conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento (Ferreira, 1998). Para Dorsch (2002), representação é um termo genérico empregado a partir de determinadas concepções teóricas para designar toda a classe de reproduções ou imagens que são realizadas pelo ser humano. Tais reproduções podem ser realizadas ou produzidas em meios distintos tanto por processos externos como por fenômenos vivenciados. As representações duradouras estão disponíveis para uso contínuo em especial os signos ou símbolos de determinada cultura ou sociedade. Em outro sentido, as representações podem ser entendidas como figura, imagem ou idéias que substitua a realidade. Já no sentido psicológico seria o processo pelo qual uma imagem percebida fica armazenada na memória de um sujeito (Martí, 2003). De acordo com a literatura revisada, podemos compreender que a utilização filosófica mais corrente da expressão representação designa a formação pelo espírito de imagens de qualquer natureza que provocam ou acompanham os sentimentos, pensamentos, vontades, e estas próprias imagens. Representação é um termo genérico, podendo ser a sensação ou a percepção acompanhada de consciências (ex. representação da Amazônia), o conceito corresponderia a uma classe de objetos de acordo com as experiências prévias dos sujeitos. As idéias seriam espécies de representações que a cognição humana forma com ou sem suporte direto da experiência sensível (Clément, Demonque, Love, & Kahn, 1994). Neste trabalho são apresentadas algumas representações de universitários acerca da ocorrência do bullying neste contexto educativo, na perspectiva de promoção da saúde e bem-estar psicossocial (Ribeiro, 2009).

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 275 estudantes matriculados nos cursos de engenharia ambiental (60), biologia/química (37), matemática/física (22), pedagogia (94), letras (41) e agronomia (21) matriculados na Universidade Federal do Amazonas, Campus Vale do Rio Madeira, localizado em Humaitá, Sul do Amazonas. Com idades entre 18 e 53 anos ($M=23,35$, $DP=6,74$), sendo 71% do sexo feminino e 29% do sexo masculino.

Material e Procedimentos

Os dados apresentados e analisados neste estudo foram obtidos a partir das respostas escritas de próprio punho pelos estudantes integrantes da amostra às seguintes questões: (i) O bullying afeta o bem-estar das pessoas? e (ii) Você já presenciou a ocorrência do bullying aqui na universidade? Se sim, poderia relatar?

Após a realização de uma palestra sobre o fenômeno bullying, seus efeitos sobre o bem-estar e conseqüentemente, a saúde psicossocial e emocional das pessoas, os participantes responderam em metade de uma folha de papel em branco às questões acima escritas na lousa. Foi solicitado aos estudantes que espontaneamente desejassem participar da atividade ao final da palestra de intervenção preventiva/educativa realizada, que identificassem na folha onde registrariam suas respostas, o nome do curso, a data, a idade e o sexo/gênero. Os dados coletados foram classificados e analisados de acordo com os propósitos de estudo, observando princípios epistemológicos das ciências humanas em especial psicopedagogia universitária e interesses dos autores na análise da temática. Os dados com as representações manifestadas sobre o fenômeno foram transcritas e registradas a partir dos manuscritos realizados pelos estudantes com apoio do Programa Word 2007.

RESULTADOS

Em seguida registra-se a transcrição de representações de estudantes da UFAM/Humaitá escritas após a apresentação da palestra pelos estudantes

que integram o Projeto em causa. As representações registradas pelos estudantes sobre a ocorrência do bullying na universidade estão organizadas por curso, apresentando os seguintes quantitativos: cursos de Pedagogia e Letras 36 registros cada; cursos de Biologia/Química e Matemática/Física 21 registros cada; curso de Engenharia ambiental 20 registros e curso de Agronomia 12 registros. Em todos os cursos os estudantes relatam a ocorrência do fenômeno seja na condição de vítima/alvo, observador/testemunha ou agressor/ator. Por razão de espaço, citaremos os dez primeiros registros de cada curso.

Registros Curso de Pedagogia

(i). *Sim. Exclusão. Citarei o que aconteceu comigo. Entrei em uma equipe de trabalho aqui na sala toda alegre, comecei a pesquisar vários artigos sobre o nosso tema... mas descobri que o meu grupo estava fazendo o trabalho sem minha participação e eu não sabia. Isso foi uma forte decepção em minha vida. Senti vontade até de desistir do curso... saí do grupo, mas até hoje sofro mongofas, como apelidos, xingamentos entre outras agressões pelos mesmos colegas.*(feminino, 21 anos). (ii). *Já testemunhei uma pessoa sendo zoada de modo humilhante por ser gorda* (masculino, 22 anos) (iii). *Racismo. O que geralmente acontece é a questão da cor. É muito comum aqui mesmo na UFAM dizerem: aquela “pretinha”, tinha que ser preto. Preto só faz merda”* (feminino, 20 anos). (iv). *Aqui na UFAM acontece muitas vezes e em muitos lugares. Temos uma professora que é muito legal e extrovertida, mas ela às vezes fala coisas e faz algumas brincadeiras que magoa as pessoas* (feminino, 18 anos). (v). *Sim aqui no UFAM vivemos rodeados deste fenômeno inclusive na relação professor-aluno...nós tivemos um professor que sempre dizia que não gostava do curso e certa vez ao dizer que gostaríamos de falar com ele porque nós havíamos pensado... ele respondeu ironicamente: Vocês pensam?* (Feminino, 24 anos). (vi). *Por motivo de meu sotaque na hora de apresentação de seminário em sala de aula algumas pessoas da turma riram de mim. Fiquei incomodada e triste. Dizem que os universitários devem fazer a diferença na sociedade para melhor e não põe em prática um comportamento respeitoso aqui dentro da UFAM* (feminino, 23 anos). (vii). *Presenciei um professor em sala de aula agrediu verbalmente um estudante* (masculino, 20 anos). (viii). *Várias vezes presenciei professor que em sala de aula chama os alunos de burros e ignorantes e diz que quem manda é ele, e se ele quiser reprova todos e pronto* (masculino, 21 anos). (ix). *Já presenciei piadinha contra colegas,*

tipo: magricela, olho grande, bumbum grande e outros (feminino, 23 anos). (x). Há muita discriminação física: pessoas que zombam de outras por não apresentar um padrão físico de beleza que achavam que seria correto (feminino, 21 anos).

Registros do Curso de Engenharia Ambiental

(i). É claro que já presenciei até fiz parte desse grupo mas é muito bom saber sobre nossa condição contraditória isso nos ajuda a nos tornar pessoas melhores é claro que refletirmos um pouco mais sobre nossos atos não faríamos isso a ninguém (masculino, 25 anos). (ii). Já testemunhei sim!!! Muitos chamam as pessoas mais dedicadas nos estudos de CDF, que não curtem a vida. Porém acredito que isso além de fazer perder o foco, muda o comportamento e faz com que as pessoas se sintam rejeitadas (masculino, 23 anos). (iii). Sim. Alguns alunos comentando e tirando sarro de alguns professores e até mesmo de colegas em sala de aula (masculino, 19 anos). (iv). Sim de professores que discriminam alunos que estão devendo matérias (masculino, 23 anos). (v). Já presenciei alguns casos de discriminação por parte de algumas pessoas que se acham mais inteligentes (masculino, 20 anos). (vi). Sim algumas vezes. Sempre partindo de pessoas que se acham superiores, mais fortes ou mais inteligentes. Na verdade esse tipo de comportamento só parte de pessoas inseguras e mal educadas (feminino, 23 anos). (vii). Sim. Aqui ainda temos colegas que acham que a universidade é um jardim de infância. Inúmeras vezes aqui na universidade já presenciei colegas apelidando outros. Vamos parar com isso (masculino, 25 anos). (viii). Sim. São fatos que ocorrem quase diariamente. Já fui vítima e autor. Os danos variam de pessoa para pessoa podendo prejudicar ou não a pessoa (masculino, 25 anos). (ix). Sim. Em uma oportunidade presenciei uma pessoa em sala de aula rejeitando explicitamente um colega no seu grupo pois se achava mais inteligente e essa outra colega tinha notas um pouco baixas (masculino, 22 anos). (x). Sim já presenciei principalmente apelido, onde a pessoa que apelida e xinga, pensa que não magoa, mas a pessoa que recebe a agressão se magoa e muito (feminino, 21 anos).

Registros do Curso de Matemática e Física

(i). Já presenciei como alvo. As pessoas me apelidam de macaco porque eu sou moreno (masculino, 22). (ii). No primeiro período um professor chamou os alunos de burros, incapazes de fazer seus exercícios (masculino, 22). (iii). Sim. Muitas vezes as pessoas ofendem sem saber que estão ofendendo. O preconceito com o sotaque (feminino, 21) (iv). Sim.

Apelidos que ofendem as pessoas e assim mesmo continuam até mesmo quando a pessoa pede para parar e diz que não gosta (feminino, 22).(v). Sim. O bullying ocorre frequentemente por alunos e também por professores. Tem pessoas que gostam de humilhar as outras (masculino, 21).(vi). Esse fenômeno acontece constantemente na universidade, muitas pessoas não percebiam que praticavam esta violência. Já fui autor e alvo do bullying (masculino, 25).(vii).Sim. Sou alvo do bullying. Espero que isso acabe (masculino, 20). (viii). Sim acontece muito. Mas nunca é tarde para mudar (feminino, 19). (ix). Sim. Acontece com meu colega chamam ele de macaco e as mulheres de cachorras (masculino, 21). (x). Há discriminação pela forma de falar. Já fui testemunha e também vítima por meu sotaque (feminino, 20).

Representações Curso de Agronomia

(i). Sim uma colega de aula, mesmo na brincadeira agrediu um outro colega que não esperava essa reação (masculino, 25). (ii). Sim aqui dentro da universidade uma colega minha já me bateu (masculino, 23). (iii).Sim aqui na UFAM também ocorre (masculino, 20). (iv). Sim já fui alvo e autor. Autor por precisar revidar (masculino, 21).(v). Sim como alvo e autor. Mas sem intenção de magoar as pessoas pois não sabia o que era (masculino, 22). (vi). Sim. Mas depois da apresentação sei que mudarei muitas das minhas atitudes (masculino, 22).(vii). Sim. Achei de grande importância a palestra, pois este fenômeno ocorre em nosso dia-a-dia. Já se tornou comum as pessoas zoar e discriminar as outras com este estudo, os autores vão pensar antes de fazer. Aqui na UFAM todo professor tem um apelido (masculino, 20). (viii). Sim o pessoal chama um rapaz de pouca sombra e ele se sente ofendido e não param de chamar (masculino, 25). (xix). Sim. Já na UFAM existem muitos desses casos um dos mais ocorridos é a forma de pessoas que vêm de outros lugares falar (feminino, 22). (x). A palestra foi excelente. Sim. Como vítima e testemunha por ser o melhor aluno da classe (masculino, 19).

Representações de estudantes do curso de Biologia e Química

I).Sim muitas vezes fui testemunha (masculino, 22). (ii). Os alunos de agronomia forçaram os calouros a pagar uma taxa para a realização de uma festa. Se não pagasse ia para o outro lado da rua e jogavam ovo com trigo. Achei isso falta de respeito (masculino, 19). (iii). Sim. Muitas vezes até pratico (masculino, 23).(iv). Sim. Já presenciei, já fui testemunha e autor. Foi muito bom saber sobre bullying (masculino, 23). (v). Presenciei preconceito racial onde um estudante chamou o outro de macaco

(feminino, 19). (vi). *Já foi autora de agressões verbais. Agora após esse projeto vou pensar antes de falar ou fazer algo.* (vii). *Já presenciei uma cena de bullying através de violência verbal* (masculino, 22). (viii). *Já presenciei e de certa forma também pratiquei ao colocar certos apelidos não muito legais em amigos* (masculino, 19). (ix). *Sim. Como testemunha. Um aluno que apelidava outro aluno de tripa escorrida. O aluno agredido ficava muito sem graça* (masculino, 20). (x). *Sim com apelidos muito feios que muitas pessoas não gostam, mas para ficar de bem com aquelas pessoas elas acabam aceitando isso* (masculino, 19).

Representações de estudantes do curso de Letras sobre a ocorrência do bullying na universidade

(i). *Certamente. Como testemunha. As pessoas discriminam continuamente o outro pelo jeito se ser ou até mesmo de agir* (masculino, 26). (ii). *Sim. Eu mesma já fiz isso, mesmo sem perceber. E também já presenciei muitas cenas de bullying, mas eu sempre ficava quieta* (feminino, 24). (iii). *Sim. Mas um dia um professor me disse que a causa da agressão pode ser a inveja. A partir daí comecei a ver por outro ângulo* (masculino, 25). (iv). *Sim. Prefiro não comentar* (feminino, 20). (v). *Sim. Pessoas que são gordinhas. Já ouvi dizer: "que gordo feio, será que não se manca e vai fazer um regime". "Aquele gordo só quer "ce" além de gordo é metido"* (masculino, 23). (vi). *Muitas vezes já presenciei ceras atitudes bárbaras* (masculino, 22). (vii). *Sim. Fui excluída do grupo por não tirar notas boas. Me senti tão diminuída que tive vontade de desistir do curso. A agressão psicológica foi tão grande que fiquei três noites sem dormir* (feminino, 21). (viii). *Diversas vezes aqui na sala mesmo. Atitudes de bullying contra gordos, homossexuais, pessoas com menos conhecimentos, etc.* (masculino, 20). (ix). *Sim. São as pessoas obesas as que sofrem mais* (feminino, 21). (x). *Sim. Muitas vezes um colega ofende um outro como se não fosse algo importante. Mas sabe ele que essa pessoa atingida tenda não transparecer sua vergonha e está magoada* (feminino, 19).

DISCUSSÃO

Tomando em consideração a totalidade das informações registradas a partir dos dados apurados neste estudo, contata-se o mal-estar psicossocial

como efeito da ocorrência do fenômeno bullying no ambiente de convivência sócio-moral da universidade instalado em todos os cursos ofertados. De acordo com representações acerca do fenômeno bullying manifestadas por integrantes da amostra em estudo, se faz necessária uma tomada de atitude individual e coletiva no sentido de estabelecer um clima de convivência interpessoal sustentado em princípios de apreço e respeito mútuo às diferenças tendo em conta a realidade de sociodiversidade que caracteriza a sociedade brasileira e amazônica. Tal iniciativa poderá estar contribuindo para o exercício pelos protagonistas que convivem no ambiente universitário de direitos e garantias jurídicas dos cidadãos do Brasil, estabelecidos pela Carta Magna de 1988 onde em seu preâmbulo determina a instituição de um “Estado democrático destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida (...) com a solução pacífica das controvérsias”. A Universidade, enquanto instituição de liderança social pode tomar como referências as manifestações registradas neste estudo piloto para subsidiar ações intencionais, sistemáticas e organizadas no sentido de promover um processo de reflexão individual e coletivas acerca da ocorrência do bullying em suas dependências no sentido de prevenir sua ocorrência e promover uma educação moral para o respeito aos direitos de cidadania dentre os quais a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e a imagem das pessoas, mesmo porque está assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de tal violação (artigo 5CF, X). Considerando os objetivos deste trabalho introdutório, as dimensões da amostra e limitações do estudo, constata-se que os resultados verificados evidenciam a presença do fenômeno na universidade. Todavia, sinalizam sobre a pertinência da continuidade de estudos neste domínio, uma vez que seus resultados e conclusões poderão contribuir para a ampliação de informações com sustentação empírica sobre a ocorrência do fenômeno bullying em contexto universitário que favoreçam a formulação de políticas e programas de prevenção e intervenção no sentido de otimizar a construção de um clima sócio-moral de convivência ética onde o bem-estar psicossocial possa ser exercido por todos os protagonista que integram a universidade.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional.
- Clément, E., Demonque, C. Love-Hansen, L., & Kahn, P. (1994). *Dicionário prático de filosofia*. Lisboa; Terramar.
- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de psicologia* (8ª ed.). Barcelona: Herder.
- Ferreira, AB. de H. (1998). *Dicionário Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais investigações em psicologia social* (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Vala, J. (2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento do quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Coords.). *Psicologia social* (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO
DE UNIVERSITÁRIOS DO AMAZONAS

*Suely Mascarenhas¹ (suelyanm@ufam.edu.br) /
Denise Machado Durán Gutierrez¹ / Rosenir de Souza Lira¹ /
Luís Sérgio Vieira² / Saúl Neves de Jesus²*

¹Universidade Federal do Amazonas, ²Universidade do Algarve

A OMS – Organização Mundial de Saúde adota como definição de Qualidade de Vida – QdV a “percepção do indivíduo sobre 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 preocupação” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). De acordo com pesquisadores da área da psicologia da saúde, o bem-estar subjetivo – BES é um constructo multidimensional estudado por diversas ciências humanas e sociais (Ribeiro, 2008b) onde as pessoas a partir de critérios próprios analisa, avalia e qualifica a própria vida mantendo uma certa estabilidade em suas representações ao longo de tempo. Nosso interesse é estudar o fenômeno do Bem-estar subjetivo no contexto de suas relações com a educação para a saúde e qualidade de vida (Siqueira, Chiuzy, Padovan, Fonseca, & Santos, 2006; Siqueira, Jesus, & Oliveira, 2007), bem como das relações entre gestão do bem-estar subjetivo em contexto educativo e seus efeitos sobre os indicadores de qualidade educativa expressa no bom rendimento da aprendizagem escolar em suas diversas dimensões (no caso do ensino superior ensino-estudo-pesquisa-extensão).

Nesta análise, não descolamos a constatação de que o ser humano, é um vir a ser, um processo dinâmico e até dialético. O dia de ontem, o passado já passou mas não morreu. O novo dia já chegou e está para acabar, mas o dia de ontem continua a influenciar e até determinar o comportamento de hoje (o que era ontem afeta o que é hoje embora hoje já seja uma pessoa em outra situação diferente da de ontem, com mais dias de vida, mais experiências, mais conhecimentos). Adotamos a compressão do bem-estar como um paradigma holístico que caracteriza a completude ou totalidade da existência, inclusive a humana (Weill, 1993).

De acordo com estudos na área do desenvolvimento humano, verifica-se que a pessoa em sua dimensão social e em muito da sua dimensão psicológica é resultado dos processos e experiências educativas formais ou informais que vivenciou ao longo de sua existência. Nossa perspectiva de análise e avaliação do BES aproxima-se da que compreende a educação para a saúde como processo individual, coletivo e ambiental relacionado

com a educação para a cidadania, uma vez que a cidadania participativa e interventiva e consciente requer novas aprendizagens, conhecimentos e habilidades a serem realizadas em âmbito individual e coletivo (Galinha, & Pais-Ribeiro, 2005; Galinha, 2008; Ribeiro, 2005, 2007, 2008a, 2009; Siqueira, 2009; Vieira, 2009).

A realização do bem-estar subjetivo e até mesmo o objetivo exigem ação direta intencional, sistemática e organizada das pessoas conscientes de sua responsabilidade cidadã. Para tudo é exigida uma certa disciplina. A saúde (hábitos de higiene, alimentação, repouso, exercícios, etc), o trabalho (pontualidade, assiduidade, atualização, motivação), o estudo (saber, querer e poder estudar), as relações interpessoais (respeito mútuo, diálogo, ética) e até intra-pessoais (autoconceito, autorespeito, auto-estima positivos), as finanças (não extrapolar o orçamento disponível) de certa forma estão sempre a exigir procedimentos específicos de responsabilidade direta e individual da pessoa. Do equilíbrio das multidimensões da sua vida depende os níveis de BES das pessoas.

O cidadão tem responsabilidades para consigo e para com a sociedade, como está bem claro na declaração universal dos direitos humanos e no ordenamento jurídico pátrio (Brasil, 1988; ONU, 1948). A cultura amazônica, em certa medida, difere da cultura consumista que caracteriza as demais culturas regionais do Brasil e do mundo atual. O amazônida que habita o interior, as profundezas das florestas, as beiras de rios e lagos vive em uma relação que pode de certa forma, ser considerada harmônica com a natureza, alheio a bens de consumo que movimentam a economia e o mercado (sem energia elétrica, sem água tratada, sem rede de esgoto, sem assistência médica ou odontológica, sem segurança pública, sem estradas, sem telefone, sem casa no padrão urbano tido como normal, sem renda, sem trabalho remunerado fixo, professores que trabalham sob condições de contratos temporários há décadas, sem concurso público dispensados a cada 10 meses sem direito a férias e outros benefícios do servidor público concursado, sem internet, sem supermercado ou shopping center, sem correios regular, sem transporte rodoviário, somente fluvial, sem estradas, sem 1001 outras comodidades do mercado de consumo atual da realidade urbana). Qual a sua concepção de qualidade de vida? Até que ponto o seu padrão e estilo de vida em muitos casos, pode ser ética e ecologicamente correto e quem sabe em alguns aspectos um modelo para a sociedade? Temos percebido em nossa experiência na região que o amazônida, na sua maioria, apesar dos indicadores internacionais de desenvolvimento humanos (IDH) entende que sua vida tem qualidade. Não sente falta dos bens que

caracterizam a sociedade de consumo ansiosa por ter coisas novas e mais coisas novas. Será essa conduta um dos frutos do isolamento regional? Uma das faces da moeda do desenvolvimento seria o abrir mão de sua própria cultura e tecnologia. Até que ponto o desenvolvimento interessa à Amazônia e a seus povos e habitantes tradicionais? O acesso a novos bens de consumo (em grande parte constituído por necessidades criadas pela mídia) compensa o custo pelo desenvolvimento (entendido como o deixar de estar envolvido com) de suas histórias, tradições, línguas, culturas e estilos de vida? Com os professores que estão à frente dessa comunidade específica são afetados por sua cultura e de certa forma a reproduzem e defende?

Com a instalação dos novos campus universitários federais no interior do Amazonas, os jovens que antes não tinham condições de deslocamento para a capital passaram a ter a oportunidade de cursar uma universidade. Estivemos presentes no primeiro dia de aula em 6 de novembro de 2006 onde os estudantes não acreditavam que as aulas estavam começando. Diziam “*hoje começa a minha vida*”. Dada a importância da possibilidade de continuar os estudos sem precisar migrar para os grandes centros do país ou para a capital do estado. Neste cenário, realizamos este estudo para verificarmos os do nível de satisfação com a vida de universitários da Amazônia/Amazonas.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta investigação, 425 sujeitos. Sendo 30,4% do sexo masculino e 69,6% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 18 a 53 anos ($M=26,42$; $DP=7,93$), matriculados nos cursos de Matemática/Física (14,1%), Pedagogia (33,9%), Biologia/Química (15,3%), Biologia/EAD (5,2%), Letras/Português-Inglês (9,4%), Biologia (1,6%), Técnicas de administração de sistemas (5,2%), Engenharia ambiental (9,6%) e Agronomia (8,9%). Destes, 87,3% são somente estudantes e 12,7% exercem função de professor além da de estudantes universitário.

Material

Os dados foram obtidos por meio da aplicação da Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS – Positive and Negative Affect Schedule)

para medir a vertente afetiva do bem-estar subjetivo e a Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS – Satisfaction With Life Scale) para avaliar a componente cognitiva do BES.

Procedimentos

Os instrumentos foram aplicados aleatoriamente a estudantes universitários matriculados em cursos de graduação ofertados pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM e Universidade do Estado do Amazonas – UEA em Humaitá, Sul do Amazonas, no segundo semestre acadêmico de 2008 e primeiro semestre de 2009, bem como a professores/estudantes. Os estudantes e professores/estudantes participaram voluntariamente respondendo individualmente aos questionários após a realização dos procedimentos éticos vigentes. O tratamento dos dados foi realizado com a utilização do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 15.0 para Windows. Na verificação das propriedades psicométricas realizou-se a análise de fiabilidade dos dados, calculou-se as médias dos grupos e avaliaram-se as diferenças de gênero entre as amostras de estudantes e professores do sexo masculino e do sexo feminino para os dois instrumentos (PANAS e SWLS).

RESULTADOS

Da análise da Anova realizada constatamos a ocorrência de diferenças de gênero estatisticamente significativas a partir da escala PANAS na afetividade negativa avaliada pelo item 8, Hostilidade ($F=5,925$ $p=0,015$), favorável ao sexo masculino, e na afetividade positiva avaliada pelo item 21, Emocionado ($F=3,924$ $p=0,048$), favorável ao sexo feminino.

Na escala SWLS, itens 1, *Minha vida parece-se em quase tudo como eu desejo que seja* ($F=4,143$ $p=0,042$) e item 2, *Minhas condições de vida são muito boas* ($F=4,063$; $p=0,044$), foram registradas diferenças de gênero estatisticamente significativas no item 1 favoráveis ao sexo feminino e no item 2 favoráveis ao sexo masculino.

Em seguida realizou-se a análise dos valores indicadores das médias e desvio padrão para a totalidade dos itens que integram os instrumentos, tomando como variável de contraste o gênero como é possível verificar nos Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1

Valores indicadores das médias e desvio padrão obtidos em cada um dos itens da PANAS/afetividade positiva (n=425)

| Itens | Sexo | N | M | DP |
|-----------------------|------|-----|------|------|
| 1. Interesse | Fem. | 296 | 3,58 | 1,03 |
| | Mas. | 129 | 3,50 | 0,98 |
| 3. Ânimo, estímulo | Fem. | 296 | 3,33 | 1,20 |
| | Mas. | 129 | 3,48 | 1,05 |
| 5. Força | Fem. | 296 | 3,10 | 1,26 |
| | Mas. | 129 | 3,19 | 1,10 |
| 9. Entusiasmo | Fem. | 296 | 3,01 | 1,14 |
| | Mas. | 129 | 3,22 | 1,16 |
| 10. Orgulho | Fem. | 296 | 2,87 | 1,39 |
| | Mas. | 129 | 2,87 | 1,32 |
| 12. Atenção | Fem. | 296 | 3,51 | 2,99 |
| | Mas. | 129 | 3,58 | 1,10 |
| 14. Inspiração | Fem. | 296 | 3,14 | 1,21 |
| | Mas. | 129 | 3,32 | 1,10 |
| 16. Decisão/confiança | Fem. | 296 | 3,54 | 1,14 |
| | Mas. | 129 | 3,42 | 1,10 |
| 17. Atenção | Fem. | 296 | 3,54 | 1,14 |
| | Mas. | 129 | 3,57 | 1,05 |
| 19. Envolvimento | Fem. | 296 | 2,47 | 1,17 |
| | Mas. | 129 | 2,61 | 1,23 |
| 21. Emoção | Fem. | 296 | 2,81 | 1,33 |
| | Mas. | 129 | 2,54 | 1,27 |

Quadro 2

Valores indicadores das médias e desvio padrão obtidos em cada um dos itens da PANAS/afetividade negativa (n=425)

| Itens | Sexo | N | M | DP |
|------------------|------|-----|------|------|
| 2. Aflição | Fem. | 296 | 2,45 | 1,18 |
| | Mas. | 129 | 2,31 | 1,13 |
| 4. Aborrecimento | Fem. | 296 | 2,08 | 1,15 |
| | Mas. | 129 | 2,06 | 1,12 |
| 6. Culpa | Fem. | 296 | 1,69 | 1,01 |
| | Mas. | 129 | 1,70 | 1,04 |
| 7. Assustado/a | Fem. | 296 | 1,94 | 1,08 |
| | Mas. | 129 | 1,74 | 0,96 |
| 8. Hostilidade | Fem. | 296 | 1,46 | 0,91 |
| | Mas. | 129 | 1,71 | 1,09 |
| 11. Irritação | Fem. | 296 | 2,12 | 1,21 |
| | Mas. | 129 | 2,03 | 1,18 |
| 13. Vergonha | Fem. | 296 | 2,05 | 1,21 |
| | Mas. | 129 | 2,03 | 1,21 |
| 15. Nervosismo | Fem. | 296 | 2,72 | 1,27 |
| | Mas. | 129 | 2,52 | 1,34 |
| 18. Inquietação | Fem. | 296 | 2,66 | 1,29 |
| | Mas. | 129 | 2,76 | 1,31 |
| 20. Medo | Fem. | 296 | 1,98 | 1,10 |
| | Mas. | 129 | 1,77 | 1,02 |
| 22. Mágoa | Fem. | 296 | 1,91 | 1,17 |
| | Mas. | 129 | 2,03 | 1,24 |

Quadro 3

Valores indicadores das médias e desvio padrão obtidos em cada um dos itens da SWLS – satisfação com a vida (n=425)

| Itens | Sexo | N | M | DP |
|---|------|-----|------|------|
| 1. A minha vida parece, em quase tudo como eu desejo que seja. | Fem. | 296 | 3,28 | 1,23 |
| | Mas. | 129 | 3,01 | 1,22 |
| 2. As minhas condições de vida são muito boas. | Fem. | 296 | 3,17 | 1,29 |
| | Mas. | 129 | 3,44 | 1,14 |
| 3. Estou satisfeita com minha vida. | Fem. | 296 | 3,65 | 1,21 |
| | Mas. | 129 | 3,77 | 1,18 |
| 4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que sempre desejei. | Fem. | 296 | 3,77 | 1,24 |
| | Mas. | 129 | 3,63 | 1,17 |
| 5. Se eu pudesse recomençar minha vida não mudaria nada. | Fem. | 296 | 2,93 | 1,45 |
| | Mas. | 129 | 2,91 | 1,40 |

Da análise dos valores indicativos das médias e desvio padrão obtidos para os itens das escalas PANAS e SWLS (conforme Quadros 1, 2 e 3), foram verificadas diferenças entre as médias na variável de contraste “gênero” nos itens 8 e 21 da escala PANAS e 1 e 2 da SWLS. Na generalidade dos demais itens que integram os instrumentos em estudo, as diferenças não são estatisticamente significativas, o que sugere uma condição de relativa semelhança nos níveis de afetividade positiva, afetividade negativa e satisfação com a vida dos universitários do sexo masculino e feminino que integram a amostra.

DISCUSSÃO

Tomando em consideração a totalidade dos dados apurados foram verificadas diferenças com significação estatística de gênero junto à amostra em estudo. As informações apuradas pelos dados em análise, indicam a ocorrência de indicadores de satisfação com a vida aceitáveis pelo conjunto de sujeitos que integram a amostra o que sinaliza um nível de conformidade aceitável de acordo com suas necessidades e aspirações pessoais. Por outro lado, as propriedades psicométricas verificadas junto à amostra em estudo comprovam que os instrumentos são adequados para medir o que se propõe o bem-estar subjetivo.

Considerando que as características e dimensões da amostra não permitem generalizações, outros estudos podem ser realizados no sentido de apoiar a ampliação de dados com sustentação empírica acerca deste domínio da investigação em ciências humanas neste contexto histórico e geográfico da Amazônia.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Congresso Nacional.
- Galinha, I.C., & Pais-Ribeiro, J.L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(2), 203-214.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo factores cognitivos, afetivos e contextuais*. Porto: Porto Editora.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P. (2008a). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto Codex, Livpsic.
- Ribeiro, J.L.P. (2008b). Editorial. *Psicologia, saúde & doença*, 9(1), 3-4.
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Siqueira, M.M.M., Chiuzi, R.M., Padovam, V.A.R. Fonseca, F.L.S., & Santos, F.D.G. (2006). Bem-estar subjetivo e otimismo entre universitários. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, & S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 37-41). Lisboa: Edições ISPA.
- Siqueira, M.M.M., Jesus, S.N., & Oliveira, V.B. (2007). *Psicologia da Saúde, Teoria e Pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Siqueira, M.M.M. (2009). Bem-estar no trabalho In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 249-264). Alcochete: Textiverso.
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Weill, P. (1993). *A arte de viver em paz: Por uma nova consciência, por uma nova educação* (5ª ed.). São Paulo: Gente.
- Vieira, L.S. (2009). O trabalho dá saúde? In J.P. Cruz, S.N., Jesus & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida – Contributos da psicologia da saúde* (pp. 267-284). Alcochete: Textiverso.

A RELAÇÃO DE AJUDA NO INDIVÍDUO IDOSO

Sofia von Humboldt, & Isabel Leal

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário

A valorização que o indivíduo atribui a si próprio, formada pelas percepções que se vão adquirindo, e os juízos de valor relativamente a domínios concretos ou não da sua vida pessoal, indicam o conceito de auto-estima do indivíduo.

A idade e o processo de envelhecimento são factores presentes à vida de todo o indivíduo e por isso constituem excelentes meios de análise de percepção do indivíduo sobre si próprio, da sua percepção dos outros em relação a si, e como estas duas dimensões interferem consigo, directa ou indirectamente, por outras palavras a idade e o processo de envelhecimento são apenas um instrumento, ou se preferirem, um meio que pode permitir aferir o “sentimento de si” do sujeito.

A condição de se ser “idoso” apresenta dimensões socio-cognitivo-emocionais específicas. Sendo já, per se, o envelhecimento, um processo complexo e com stressores próprios, apreender como se processa a relação do idoso como essa realidade, constitui um forte componente do trabalho do técnico de acompanhamento psicológico, na relação de ajuda.

A idade avançada e o envelhecimento, geralmente, trazem consigo uma percepção do indivíduo menos atractiva, menos inteligente, mais assexual e menos útil, o que desafia o sentido do self do indivíduo, e a sua identidade, pelo que uma elevada capacidade de ajustamento disponibilizada pelo idoso permite-lhe melhor lidar com as alterações resultantes desta etapa da vida.

O envelhecimento pode implicar uma ruptura com a continuidade histórica do sujeito que, em alguns casos, leva a uma ruptura no projecto existencial do idoso, e que pode originar a perda de significado da sua vida, se não houver a elaboração de novos projectos em consonância com o modo como o sujeito experiencia a sua existência, de modo a que a descontinuidade existencial não seja vivenciada pelo idoso. Um exemplo frequente é a temática da perda ligada à aposentação: perda da juventude, perda dos amigos e da companhia, perda da saúde, perda da actividade, da distração, da ocupação, perda do poder económico, perda da capacidade para fazer coisas, perda dos objectivos de vida. A aposentação pode representar uma ruptura na continuidade do projecto de vida, porque depois da aposentação é vivenciado o vazio, o nada (Lima, Teixeira, &

Sequeira, 1996). Em alguns idosos, nesta fase da vida tudo perde um significado, até a identidade pessoal, porque toda a identidade e toda a vida estão ligadas aos papéis desempenhados anteriormente (Lima et al., 1996).

A incongruência ou desajustamento psicológico resulta da dissociação entre o self e a experiência; a negação, distorção ou selecção de experiências são mecanismos para preservar o conceito de self, que apresenta uma estrutura rígida e defensiva. Se o olhar ou consideração positivos por que anseia forem condicionais, o indivíduo tende a confiar na avaliação dos outros em vez de acreditar no seu experienciar organísmico.

O encontro de condições desfavoráveis, nomeadamente a ausência de um clima humano seguro e acolhedor, a presença de ameaças ao auto-conceito (self) do indivíduo, a avaliação da sua experiência apoiada em valores que lhe foram inculcados do exterior, actuam no desenvolvimento da personalidade e tornam a estrutura do self incongruente com a sua experiência total, organísmica. O que acontece é que quando há uma dissociação entre a experiência do self e a experiência organísmica na sua totalidade, a capacidade de avaliação fica limitada e externalizada, a pessoa não é capaz de distinguir o que é valorativo do que é regressivo e, por norma, perde o seu sentido de valor pessoal ou, a outro nível, tem uma imagem de si própria desajustada face ao seu campo experiencial. Se as experiências simbolizadas do self reflectirem fielmente as experiências do organismo, a pessoa está ajustada, plena e madura e vive em pleno funcionamento, permitindo um estado de congruência interno ao indivíduo. Em consequência das percepções do indivíduo acerca de si, se tornarem mais realistas e objectivas, melhora o funcionamento psíquico, a congruência entre o self e a experiência e o self ideal torna-se mais realizável e portanto mais próxima da imagem real que a pessoa tem de si. Esta congruência interna manifesta-se pela menor defensividade e ansiedade, pela autonomia, flexibilidade e criatividade (Vieira, 2000).

A relação de ajuda permite o desenvolvimento do cliente como pessoa, facilitando a sua auto-estima, a leitura adequada dos acontecimentos e a utilização dos seus recursos, conduzindo ao funcionamento ajustado e pleno do indivíduo idoso.

O técnico de relação de ajuda tem como papel fornecer-lhe as condições que permitem gerar tais capacidades, de forma a que o indivíduo se sinta ajudado e com meios para se posicionar perante um estado de stress, ansiedade ou angústia devido a um estado de incongruência perante a

idade sentida e percebida ou perante as evidências de um envelhecimento mal interiorizado e consequente diminuição da auto-estima, e despoletar meios adaptativos de lidar com o problema, ou seja coping positivo, e manter-se afastado de meios mais defensivos.

A expressão das características do sujeito é tanto mais forte, quanto mais favoráveis forem as condições facilitadas através da relação terapêutica e que podem incluir o meio social e o meio psicológico interior do indivíduo, e que inclui tanto tendências inatas como atitudes adquiridas, convicções, expectativas e as características da auto-imagem do indivíduo. Desta forma, as capacidades pró-sociais de empatia e associação tendem a gerar comportamentos sociais construtivos, sempre que existam as condições adequadas (Brodley, 1998). As atitudes terapêuticas – a compreensão empática, o olhar incondicionalmente positivo e a congruência, facilitam este desenvolvimento pessoal do indivíduo e os princípios de respeito e confiança demonstrados por parte do terapeuta na relação de ajuda, em conjunto com a atitude não-directiva protegem as tendências construtivas do indivíduo ajudado.

O processo de envelhecimento traz consigo alterações físicas, psicológicas e sociais inerentes, que representam um conjunto particular de experiências, que desafiam o sentido do self do indivíduo, ao longo da vida e a sua identidade. A assimilação da identidade refere-se à interpretação das experiências importantes da identidade, em termos dos esquemas cognitivos e afectivos estabelecidos sobre o self. Este processo ajuda o indivíduo a manter um sentido de auto-consistência face a experiências ou informação discrepantes (Sneed & Whitbourne, 2003). A relação de ajuda poderá facilitar a boa gestão destes desafios e o envelhecimento bem sucedido. Um equilíbrio dinâmico entre a acomodação e assimilação da identidade, proporcionado pela relação de ajuda, poderá ser o processo mais correctamente adaptado ao envelhecimento e corresponde ao processo de equilíbrio de identidade. Estes indivíduos mudam em resposta às discrepâncias da identidade mais saliente, mas não têm tanta falta de estrutura que cada nova experiência lhes ponha em causa as suposições fundamentais, do self. Estes indivíduos tendem a efectuar mudanças favoráveis aos seus auto-conceitos, o que lhes permite reflectir e avaliar eles próprios de uma forma realística. Como resultado, é um processo associado a uma boa auto-estima e ausência de psicopatologias significativas.

Em estado de equilíbrio, o indivíduo está apto para a mudança, quando a sua identidade é desafiada, mas mantém um sentido consistente do self (Sneed & Whitbourne, 2003).

Ao facilitar a auto-estima, o idoso assume uma identidade e um self e concilia as realizações com as suas aspirações. O idoso aproxima-se do que deseja ser, já que a auto-estima está dependente não só dos resultados, mas também dos objectivos definidos e da sua concretização. Ao analisar as percepções que se referem ao modo como se encara, a pessoa leva a cabo um processo avaliativo e afectivo que relaciona as reacções emocionais com as mesmas percepções lhe suscitam.

O idoso vive em ambientes que tanto apresentam recursos e possibilidades, como vê a sua acção limitada por limites e regras. Em paralelo, apresenta as suas características pessoais e vive um ambiente experiencial que determina a sua percepção do que se passa à sua volta e portanto orienta o seu comportamento. Esta articulação pode gerar conflitos, sendo que para os resolver são necessários processos para lidar com pressões externas e internas e com as consequências emocionais tais como, a angústia, a impotência, a frustração e a ansiedade.

A auto-estima está dependente do indivíduo se permitir existir. Se o idoso se auto-reconhecer e responder congruentemente ao seu self, viverá de modo mais autêntico. O idoso tornar-se-á mais ele mesmo, apesar da pressão para negar ou distorcer aspectos do seu ser. Podem ser considerados alguns indicadores de ajustamento deficiente, a incongruência entre o Eu e o potencial, as condições de valoração, o viver na defensiva, os planos rígidos e pré-concebidos, a desconsideração pelo organismo, os sentimentos de manipulação e o conformismo. Inversamente o indivíduo poderá apresentar após uma intervenção terapêutica indicadores de realização tais como: a abertura à experiência, o viver existencial, a confiança no organismo, a liberdade experiencial, a criatividade, a orientação realística, a aceitação do Eu, dos outros e do mundo, e a espontaneidade (Leal, 2005).

O ajustamento constitui um processo pelo qual o indivíduo dá resposta às alterações que ocorrem em seu redor, de forma a manter-se convenientemente adaptado à mudança (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Estar satisfeito com a vida actual é ter expectativas positivas em relação ao futuro, que se traduzem num bom ajustamento pessoal e social e que proporcionam um bom envelhecimento. Em momentos de crises de natureza biológica, psicológica e social, o “envelhecer bem” é determinante, sendo que a actividade, a satisfação com a vida, a integração

da personalidade e a autonomia física e mental são valiosos, num contexto de envelhecimento activo (Fonseca & Paúl, 2002; Paúl, Fonseca, Cruz, & Cerejo, 2001).

Para Rogers (1961), quanto maior for a diferença entre o self real e o self ideal, maior é a imagem negativa que a pessoa tem acerca de si mesma e mais distante está a possibilidade de se tornar naquilo que deseja, pois este espaço entre os dois selves é um espaço de incongruência e de não aceitação. A congruência existirá no momento em que as condições reunidas são semelhantes à vivência da pessoa. A facilitação da mudança terapêutica do cliente traz modificações relativamente estáveis na personalidade do cliente, nomeadamente, um maior sentido de congruência, percepções mais diferenciadas e objectivas, a flexibilização do indivíduo, menor tensão física e psíquica, consideração positiva em relação a si próprio e maior amplitude e variabilidade comportamental (Leal, 2005).

O processo terapêutico poderá produzir alterações ao nível do self, já que as percepções que o indivíduo tem de si próprio se tornam amplas, realistas e coerentes com o organismo, e mais congruentes com o self ideal. Rogers e Kinget (1977), enfatizam o papel do experienciar organísmico no ajustamento ou desajustamento psicológico. Porque as percepções se tornam mais realistas e objectivas, melhora o funcionamento psíquico, a congruência entre o self e a experiência e o self ideal torna-se mais realizável e portanto mais próxima da imagem real que a pessoa tem de si. Esta congruência interna manifesta-se pela menor defensividade e ansiedade, pela autonomia, flexibilidade e criatividade. A consciência do próprio valor e a auto-estima acompanham a consciência de que o poder da escolha, de dissociação e avaliação residem em si. Neste sentido, o indivíduo aproxima-se do funcionamento pleno da personalidade.

A relação de ajuda facilita a aceitação da mudança inerente à condição humana, por parte do idoso, e tem como resultado a facilitação ao cliente de idade avançada, um processo de maturação e aprendizagem contínuo, que o leva a ter uma percepção clara dos desafios que se colocam deste período de vida, no sentido da sua realização e desenvolvimento pessoal. A compreensão empática presente no diálogo ao longo da relação de ajuda permite que o indivíduo exprima emocionalmente as ambiguidades e as contradições da sua experiência e lhes dê um sentido, à luz de uma narrativa reconstruída, que simultaneamente preserve um sentido de

continuidade histórica com o passado e projecte investimentos emocionais no futuro (Matos & Costa, 2004).

O idoso poderá sentir uma mudança terapêutica duradoura com uma congruência interna estável, onde a idade percebida e a idade real convivem saudavelmente e a com a consequente aceitação do envelhecimento como característico integrante daquilo que a pessoa é hoje, da sua vivência passada e do que no futuro se tornará.

REFERÊNCIAS

- Brodley, B. (1998). O conceito de tendência actualizante na teoria centrada no cliente. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 2, 37-49.
- Fonseca, A., & Paúl, C. (2002). Adaptação e validação do “Inventário de Satisfação com a Reforma” para a população Portuguesa, *Psychologica*, 29, 169-180.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Lima, M., Teixeira, J., & Sequeira, A. (1996). Notas de investigação. O projecto de vida no idoso. Idosos em centro de dia e na Universidade Internacional para a terceira idade. *Análise Psicológica*, 14(2/3), 387-394.
- Matos, P., & Costa, M. (2004). Significações de perda e processo de luto no divórcio. *Psychologica*, 35, 11-14.
- Paúl, M., Fonseca, A., Cruz, F., & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 6(2), 415-426.
- Rogers, C.R. (1961). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C.R., & Kinget, G. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas* (vol. I e II). Belo Horizonte: Interlivros.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sneed, J.R., & Whitbourne, S.K. (2003). Identity processing and self-consciousness in middle and later adulthood. *The Journals of Gerontology*, 58B, 313-319.
- Vieira, I. (2000). O Self no centro do processo de tornar-se pessoa. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 78-89.

A PROMOÇÃO DO GRAU DE AUTO-ESTIMA DOS IDOSOS: O EFEITO DA RELAÇÃO DE AJUDA

Sofia von Humboldt / Isabel Leal

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D,
ISPA – Instituto Universitário

O grau de Auto-Estima é a medida pela qual o indivíduo gosta, valoriza e se aceita (Rogers, 1951). Este está, em conjunto com o self, implicado nos processos de regulação da conduta.

A auto-estima está associada à auto-associação do olhar sobre o próprio, sendo que o nível de incongruência entre o self real e o self ideal funciona como medida operacional da auto-estima e da organização saudável da personalidade. O self constitui por sua vez, a matéria-prima que permanece e que fornece a base para a continuidade e repetição comportamental no tempo (Betz, Wohlgemuth, Serling, Harshbarger, & Klein, 1995).

Neste contexto concreto, que é o idoso e o envelhecimento, uma presença de maior auto-estima andarà em paralelo com uma maior consistência do self, o que contribui para uma convivência tranquila do indivíduo com a idade e envelhecimento. Estes, mais facilmente são integrados, com o seu respectivo valor percebido, sem pôr em acção mecanismos de defesa, tais como a recusa ou o retraimento. Noutra perspectiva, o envelhecimento objectivo pode condicionar os níveis de auto-estima e de congruência interna do indivíduo idoso, influenciando, por sua vez, a percepção da idade e os comportamentos e atitudes do sujeito daqui consequentes. Quando a incongruência existente é mal gerida, o indivíduo poderá caminhar para a doença e para a descontinuidade (Heiman, 2004).

O processo de acompanhamento psicológico permite a facilitação do desenvolvimento do cliente como pessoa, facilitando a sua congruência, a sua auto-estima, a sua interpretação dos acontecimentos e a utilização dos seus recursos, no sentido de um processo facilitador para o indivíduo se tornar plenamente funcionante. Através de uma mudança terapêutica duradoura e que permita uma estável congruência interna, passa a existir uma saudável convivência entre a idade percebida e a idade real e a consequente aceitação do envelhecimento como característico integrante daquilo que a pessoa é, e do que a sua vida foi até então, e no que potencialmente se tornará no futuro. O carácter empático do diálogo ao longo da relação de ajuda permite que o indivíduo exprima emocionalmente as ambiguidades e as contradições da sua experiência de vida e lhes

dê um sentido, à luz de uma narrativa reconstruída, que simultaneamente preserve um sentido de continuidade histórica com o passado e projecte investimentos emocionais no futuro (Matos & Costa, 2004). Este processo ajuda o indivíduo a manter um sentido de auto-consistência face a experiências ou informação discrepantes (Sneed & Whitbourne, 2003). O equilíbrio dinâmico entre a acomodação e assimilação da identidade, proporcionado pela relação de ajuda, é um processo correctamente adaptado à realidade do envelhecimento. Em estado de equilíbrio, o indivíduo está apto para a mudança, quando a sua identidade é desafiada, mas mantém um sentido consistente do self, não considerando o percurso futuro de vida como um declínio inevitável (Lang, Rieckmann, & Baltes, 2002; Sneed & Whitbourne, 2003). Estar bem não implica necessariamente a ausência da patologia, mas sim, que a boa saúde pode ser sustentada por factores positivos (Schnyder, Büchi, Sensky, & Klaghofer, 2000).

A facilitação da mudança terapêutica do cliente traz modificações relativamente estáveis na personalidade do cliente, nomeadamente, um maior sentido de congruência, percepções mais diferenciadas e objectivas, a flexibilização do indivíduo, menor tensão física e psíquica, consideração positiva em relação a si próprio e maior amplitude e variabilidade comportamental (Leal, 2005).

O terapeuta deverá tentar actuar ao nível do grau de auto-estima do idoso, para proporcionar condições para desenvolver o seu bem-estar psicológico e fomentar a sua integração social, úteis num momento da vida de prováveis dúvida e inconstância sobre a imagem de si e das suas expectativas futuras. Desta forma também, ao facilitar a auto-estima, o idoso assume uma identidade e um self e concilia as realizações com as suas aspirações. O idoso aproxima-se do que deseja ser, já que a auto-estima está dependente não só dos resultados, mas também dos objectivos definidos e da sua concretização.

MÉTODO

Participantes

Esta investigação teve como objectivo principal explorar se existe um efeito da relação de ajuda no grau de Auto-Estima de 40 indivíduos idosos com mais de 65 anos, tendo estes sido submetidos a um processo de aconselhamento psicológico (counselling) de oito sessões segundo a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e, em segundo lugar, averiguar se

existe uma relação entre as características socio-demográficas destes indivíduos e o grau de Auto-Estima apresentado.

Na amostra recolhida, 42,5 % dos indivíduos são do sexo masculino e 57,5 % do sexo feminino. Os idosos da amostra são maioritariamente casados (37,5%), seguidos de viúvos (35%), 17,5 % de divorciados e 10% de solteiros, com uma média de idades de 71,73 anos. A maioria dos idosos encontra-se ocupada (60%) embora seja sobretudo com actividades não profissionais (companhia de familiares e tarefas de casa). 42,5% dos idosos vive só devido à morte do cônjuge ou devido ao abandono ou distância da família dependente.

Material

O material utilizado para a investigação foi i) o questionário de dados pessoais e clínicos e ii) a Escala de Estima de Si – EES Rogers. No primeiro esteve contida a informação para os parâmetros demográficos (sexo, idade, estado civil, área de residência, ocupação profissional ou de actividades e agregado familiar). A Escala de Estima de Si – EES Rogers pretende avaliar a discrepância entre o self real e o self ideal e indica que a discrepância entre o self real e ideal é a medida de ajustamento ou desajustamento psicológico, e logo, indicativa da estima de si ou da auto-estima. Desta forma, quanto maior esta medida, menor a auto-estima do indivíduo. É composta por um conjunto de 74 afirmações de auto-referência de diferencial semântico de cinco pontos (tipo Likert), que são apresentadas ao indivíduo e que este vai utilizar para (i) se descrever a si próprio e (ii) para se descrever como gostaria de ser, correspondendo o valor um à descrição “totalmente em desacordo” e cinco “totalmente em acordo”. O apuramento dos resultados nesta escala, é obtido através da correlação entre o self real e o self ideal. Aqui foi confrontada a auto-estima global, e não somente uma área específica da auto-estima.

Procedimentos

Os elementos da amostra efectuaram acompanhamento psicológico durante os meses de Março de 2006 e Junho de 2006 de modo a que todos os elementos incluídos na amostra, completassem oito sessões de acompanhamento psicológico. Considerámos dois momentos de avaliação distintos, o primeiro anterior ao acompanhamento psicológico (A) e o segundo posterior (B) no sentido de permitir a análise exploratória do efeito da relação de ajuda no grau de Auto-Estima do idoso.

RESULTADOS

Os resultados revelaram uma alteração positiva do grau de Auto-Estima, que passou de negativo a positivo, e por conseguinte, o aumento da congruência interna do idoso, após o acompanhamento psicológico efectuado, tendo este resultado derivado da diminuição do valor absoluto dos valores de self ideal e real, entre o momento A e o momento B.

No momento A, o grau de Auto-Estima apresentou o valor médio de -0,057, ou seja, os dados indicam-nos um valor de auto-estima negativo, como resultado da diferença entre o self ideal e o self real destes idosos. Podemos portanto afirmar, que embora esta discrepância apresente um valor relativamente reduzido, do ponto de vista absoluto, o que indica um elevado grau de congruência interna e de auto-estima, este apresenta-se negativo, derivado do facto de o self ideal dos idosos apresentar valores mais reduzidos que o self real. Ou seja, os idosos possuíam uma imagem futura acerca de si, em relação ao seu self pouco elevada, tão pouco elevada que era inferior ao valor que realmente se atribuíram a si no self real, o que pode denunciar uma ausência de perspectiva de futuro e de crença nas suas capacidades de realização e projecção futuras. É também visível que a diferença entre os dois indicadores é bastante reduzida do ponto de vista de intervalo absoluto, o que revela uma grande proximidade do self ideal, em relação ao self real. Já no momento B, o grau de Auto-Estima apresenta um valor médio 0,042 e portanto um maior índice de auto-estima e de congruência interna. Nota-se um aumento do valor absoluto do grau de Auto-Estima entre os dois momentos, o que indica que houve uma alteração positiva do valor total do grau de Auto-Estima de 0,099, no momento B. De notar que não só se verificou um aumento do valor, como também este se manifestou positivo, o que significa que o self ideal apresentou valores mais elevados que o self real, ou por outras palavras, que a imagem que os idosos possuem de si próprios, como ideal, tornou-se superior à imagem real que possuem de si, no momento B.

Não foi observada qualquer correlação com as variáveis socio-demográficas antes ou depois do acompanhamento terapêutico realizado. No entanto, com excepção do Agregado Familiar em que se verificou uma maior proximidade de correlação antes do início da relação de ajuda, todos os outros indicadores: género, idade, estado civil e ocupação/actividade, apresentaram uma maior proximidade de interdependência no momento após o término das sessões.

DISCUSSÃO

Esta investigação contribuiu de uma forma exploratória, para a distinção da importância do grau de Auto-Estima do idoso, e na potencial optimização das condições para apoiar o idoso a desenvolver as suas dimensões intelectual, afectiva, emocional e, social, e por conseguinte, o seu bem-estar subjectivo, na fase mais avançada da vida. Os resultados indicaram um efeito positivo da relação de ajuda, pelo que o idoso, de facto, pode ser ajudado através do aconselhamento psicológico em relação ao seu grau de Auto-Estima.

O grau de Auto-Estima, obteve um valor negativo, no primeiro momento, e bastante próximo de zero, o que revela uma auto-estima negativa por parte do idoso, mas com um elevado nível de congruência, dado o seu valor absoluto reduzido. O seu cariz negativo é consequência de uma avaliação de self ideal inferior ao self real, o que revela que estes idosos detinham uma imagem de si desejada pouco idealizada e com reduzidas esperanças em relação ao futuro e com poucas perspectivas de melhoria, em conjunção com uma perspectiva real de si exigente e sem alternativa futura de melhoria, na direcção de um self ideal imaginado. Após as sessões, estes idosos continuaram a apresentar um elevado nível de congruência, que inclusivamente aumentou ligeiramente, indicado ao reduzido valor absoluto do indicador, e com a alteração do sinal para positivo, ou seja, o Grau de Auto-Estima é positivo, o que indica que o self ideal passou a ser mais elevado que o self real, passando para uma situação normal e expectável, através desta escala. Ou seja, os idosos após o acompanhamento psicológico, ajustaram o seu self ideal reduzindo-o ligeiramente, em paralelo com o self real, reduzindo este mais fortemente, de forma a que o seu nível de congruência aumentasse, implicando com isto uma maior correspondência entre o que sentem em relação a si na realidade e que desejariam para si, num plano ideal. Daqui resulta numa melhor associação entre o self e o seu experienciar organísmico, e que conduz a um maior ajustamento, de forma a permitir ao idoso um estado de congruência interno, com reduzidos níveis de defensividade. Com uma visão de si mais realista e objectiva, o funcionamento psíquico dos idosos melhora, e é proporcionada a congruência entre o self e a experiência, e o self ideal. Desta forma, o idoso revela uma perspectiva de futuro e de acreditação nas suas capacidades de realização e projecção futuras. Com isto resulta uma menor ansiedade, e maior autonomia, flexibilidade e criatividade, de forma a melhor lidar com as vicissitudes características

desta fase da vida, nomeadamente a solidão, a desintegração social e a marginalização como pessoa capaz e válida aos olhos dos restantes indivíduos.

REFERÊNCIAS

- Betz, N.E., Wohlgemuth, E., Serling, D., Harshbarger, J., & Klein, K. (1995). Evaluation of a measure of self-esteem based on the concept of unconditional self-regard. *Journal of Counseling and Development*, 74, 76-88.
- Heiman, T. (2004). Examination of the salutogenic model, support resources, coping style and stressors among Israeli university students. *The Journal of Psychology*, 138, 505-520.
- Lang, F.R., Rieckmann, N., & Baltes, M.M. (2002). Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning. *The Journals of Gerontology*, 57B, 501-509.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Matos, P., & Costa, M. (2004). Significações de perda e processo de luto no divórcio. *Psychologica*, 35, 11-14.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T., & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's sense of coherence: Trait or state? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 296-302.
- Sneed, J.R., & Whitbourne, S.K. (2003). Identity processing and self-consciousness in middle and later adulthood. *The Journals of Gerontology*, 58B, 313-319.

ESTUDO DE DIFERENÇAS MOTIVACIONAIS
ENTRE GÊNEROS, NUMA POPULAÇÃO OBESA

Sónia Mestre / José Pais Ribeiro

FPCE, Universidade do Porto

Apesar do acto de comer ser considerado como essencial à sobrevivência, muitas pessoas manifestam dificuldade em conseguir controlar a quantidade e qualidade de comida que ingerirem, conduzindo à obesidade. Neste contexto, os investigadores tentam perceber que mecanismos psicológicos condicionam tais comportamentos, sendo consensual que a motivação é um desses factores. As teorias de Auto-Regulação salientam a importância do objectivo na mobilização e organização de um comportamento, pelo que sujeitos que conseguem atingir os objectivos a que se propõem, sentem mais satisfação pessoal, do que aqueles sujeitos que não conseguem. Isto por sua vez irá condicionar o comportamento que o sujeito adopta no futuro, de aproximação ou evitamento, para atingir os objectivos. Baseando-se nestas premissas a Teoria do Foco Regulador de Higgins e colaboradores (2001) identifica dois sistemas motivacionais: a promoção que está associado com a esperança e realização de ganhos (aproximação), e a prevenção que se baseia na responsabilidade e obrigação de não fracassar (evitamento). De acordo com aquele autor, sabendo o foco motivacional do sujeito, podemos predizer o seu comportamento. Do ponto de vista da pesquisa empírica, estes pressupostos têm sido comprovados (Liberman, Idson, Camacho, & Higgins, 1999; Shah, Higgins, & Fridman, 1998). Por exemplo, numa investigação cujo objectivo era manter uma dieta, Higgins e colaboradores (2001), verificaram que os sujeitos focalizados na promoção utilizavam estratégias que aceleravam o objectivo (aproximação), enquanto que pessoas focalizadas na prevenção evitavam a utilização de tácticas que impediam a realização do objectivo (evitamento).

Sabendo que os sujeitos agem de acordo com a sua história subjectiva, mais focalizada na promoção ou na prevenção, se soubermos o foco motivacional do sujeito, podemos predizer o seu comportamento, em termos de força, persistência e sucesso na realização de uma tarefa (Spiegle, Grant-Pillow, & Higgins, 2004).

Assim, o nosso objectivo é perceber numa população obesa qual o foco motivacional mais prevalente entre o sexo masculino e feminino e de que forma este se relaciona com a perda de peso dos indivíduos, ao longo do tratamento.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 70 sujeitos com diagnóstico de obesidade, que iniciaram tratamento médico/psicológico/nutricional para perda de peso, num hospital da área de Lisboa. A maioria dos participantes era do sexo feminino (80%), com idades compreendidas entre os 15 e os 62 anos. O tempo médio de doença era de $M=18,10$ anos ($DP=11,04$), com uma escolaridade média de $M=8,55$ ($DP=4,22$).

Material

O instrumento utilizado nesta investigação foi o Regulatory Focus Questionnaire (RFQ) de Higgins e colaboradores (2001), que avalia de forma individual a partir de 11 itens, a história subjectiva do indivíduo nos dois sistemas motivacionais: a promoção e a prevenção. Numa validação efectuada por nós previamente, o questionário demonstra possuir uma consistência interna moderada num alfa de Cronbach de 0,66 para a escala da promoção e 0,68 para a escala de prevenção.

Paralelamente foi utilizado um questionário de dados demográficos, com informação relativa à idade, sexo, peso, altura, tempo de doença e escolaridade.

Procedimentos

Os dados foram recolhidos individualmente através da aplicação dos questionários, em 3 momentos: no início do tratamento, ao fim de 3 meses de tratamento e aos 6 meses de tratamento. Foi explicada a natureza da investigação e referido que a participação no estudo era voluntária e que os resultados obtidos seriam confidenciais. Foi-lhes igualmente comunicado que não existiam respostas certas nem erradas e que se não tivessem a certeza sobre a resposta a dar, para nos dar a que achassem a mais apropriada.

RESULTADOS

Os resultados mostram a existência simultânea dos 2 focos motivacionais: promoção e prevenção. No início do tratamento, globalmente os sujeitos

apresentavam um foco mais centrado na prevenção ($M=3,68$; $DP=0,71$), do que na promoção ($M=3,49$; $DP=0,53$). Aos 3 meses de tratamento parece haver uma inversão na prevalência do foco motivacional, onde a prevenção começa a diminuir ($M=3,29$; $DP=0,80$), e a promoção a aumentar ($M=3,77$; $DP=0,59$). No final do tratamento esta tendência parece manter-se: motivação ($M=3,99$; $DP=0,80$); prevenção ($M=3,04$; $DP=1$).

Por outro lado, e de um modo geral, constatamos que no início do estudo o peso parece não influenciar o tipo de motivação do sujeito obeso. Porém, aos 3 e 6 meses de tratamento, um maior valor de IMC encontra-se correlacionado positivamente com um comportamento evitante, e negativamente correlacionado com um comportamento de aproximação em relação aos objectivos do tratamento (Quadro 1).

Quadro 1

Correlações e consistências internas entre as variáveis em estudo

| Variáveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--------------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| Tempo 1 | | | | | | | | | |
| 1. IMC | 1 | | | | | | | | |
| 2. Promoção | -0,05 | (0,50) | | | | | | | |
| 3. Prevenção | 0,02 | 0,21 | (0,61) | | | | | | |
| Tempo 2 | | | | | | | | | |
| 4. IMC | 0,95** | -0,05 | -0,01 | 1 | | | | | |
| 5. Promoção | -0,39** | 0,55** | 0,20 | -0,41** | (0,73) | | | | |
| 6. Prevenção | 0,24* | 0,10 | 0,59** | 0,26* | -0,20 | (0,74) | | | |
| Tempo 3 | | | | | | | | | |
| 7. IMC | 0,95** | -0,01 | -0,02 | 0,97** | -0,40** | 0,28* | 1 | | |
| 8. Promoção | -0,54** | 0,36** | 0,04 | -0,56** | 0,85** | -0,40** | -0,58** | (0,87) | |
| 9. Prevenção | 0,42** | -0,11 | 0,41** | 0,43** | -0,45** | 0,81** | 0,45** | -0,65** | (0,83) |

Nota. Tempo 1: início tratamento; Tempo 2: 3 meses de tratamento; Tempo 3: 6 meses de tratamento; A diagonal apresenta os valores de alfa de Cronbach; * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

A diferença entre géneros nos dois focos foi medida usando-se o teste t para amostras independentes com variância de $p<0,05$. Os resultados mostram diferenças significativas entre géneros, onde os homens exibem maior tendência a terem um foco motivacional centrado na promoção. Globalmente ocorreu uma diminuição de peso, e apesar de estatisticamente a diferença não ser significativa, constatamos que as mulheres têm um maior índice de massa corporal que os homens ao longo do tratamento (Quadro 2).

Quadro 2

Diferenças de médias entre sexos nos três tempos em estudo

| Variável | | Média Homens | Média Mulheres | <i>t</i> | <i>p</i> |
|----------|-----------|--------------|----------------|-----------|----------|
| Tempo 1 | IMC | 41,48 | 43,61 | <i>ns</i> | |
| | Promoção | 3,72 | 3,43 | <i>ns</i> | |
| | Prevenção | 3,32 | 3,76 | -2,36 | 0,02 |
| Tempo 2 | IMC | 40,52 | 42,34 | <i>ns</i> | |
| | Promoção | 4,07 | 3,70 | 2,23 | 0,03 |
| | Prevenção | 2,95 | 3,38 | -2,04 | 0,05 |
| Tempo3 | IMC | 39,06 | 41,23 | <i>ns</i> | |
| | Promoção | 4,40 | 3,89 | 2,56 | 0,01 |
| | Prevenção | 2,55 | 3,16 | 2,07 | 0,05 |

Nota. Tempo 1: Início tratamento; Tempo 2: 3 meses de tratamento; Tempo 3: 6 meses de tratamento; IMC: Índice de massa corporal; *ns*: não significativo.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) estabelece como limites normais de Índice de Massa Corporal valores entre 18,5 e 25 Kg/m². Na população estudada verificamos que os sujeitos têm peso fora dos parâmetros normais. Isto constitui uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, requerendo portanto esforços continuados para ser controlada. Comparando a proporção de homens e mulheres neste estudo, constatamos que a preocupação com o peso parece ser mais saliente nas mulheres, uma vez que estas recorrem em maior número à consulta. O Regulatory Focus Theory (Higgins, 1987, 1997) preconiza que o indivíduo adopta um comportamento, com base na motivação que tem em relação ao objectivo a que se propõe. Uma orientação mais positiva e direccionada para a concretização do objectivo caracteriza um tipo de comportamento dirigido por uma motivação de promoção. Uma posição mais receosa/evitante em relação à realização da tarefa caracteriza um comportamento motivado pela prevenção, que na população estudada se demonstrou ser mais característico da população feminina. De acordo com esta teoria, isto significa que os homens parecem ter uma maior discrepância entre o seu peso ideal e o peso actual, reflectindo o desejo de perderem peso, enquanto que as mulheres parecem reflectir o desejo de evitar ganhar peso.

Estudos empíricos revelam que as pessoas mais focalizadas na prevenção iniciam mais rapidamente uma tarefa do que pessoas com o foco na promoção (Pennington & Roese, 2003). A explicação é simples: as pessoas preferem fazer uma tarefa que requer menos esforço e qualificada como menos importante, do que fazer uma tarefa que requer o máximo de esforço, com vista a alcançar um resultado ideal (Freitas, Liberman, Salovey, & Higgins, 2002). Isto parece ir de certa forma contra os resultados deste estudo. Pois, uma vez que as mulheres eram inicialmente mais motivadas de forma preventiva, seria de esperar que perdessem mais peso aos 3 meses de tratamento do que os homens. No entanto, isto não se verificou, pois independentemente da motivação, não houve perda de peso estatisticamente significativa entre géneros. Ainda assim, os homens perderam mais peso que as mulheres, o que vai de encontro com a Teoria de Higgins e colaboradores (2001). Tal como os autores defendem, uma motivação mais centrada na promoção, faz com que o sujeito persista no objectivo a que se propõe, que neste caso foi a perda de peso. Mediante estes resultados, concluímos que o estudo do foco motivacional deveria ser um meio auxiliar no estudo do indivíduo obeso, com particular atenção às características próprias de cada género.

REFERÊNCIAS

- Freitas, A.L., Liberman, N., Salovey, P., & Higgins, E.T. (2002). When to begin? Regulatory focus and initiating goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 121-130.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.
- Higgins, E.T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280-1300.
- Higgins, E.T., Friedman, R.S., Harlow, R.E., Idson, L.C., Ayduk, O.N., & Taylor, A. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: Promotion pride prevention pride. *European Journal of Social Psychology*, 31, 3-23.
- Liberman, N., Idson, L.C., Camacho, C.J., & Higgins, E.T. (1999). Promotion and prevention choices between stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1135-1145.

Pennington, G.L., & Roese, N.J. (2003). Regulatory focus and temporal distance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 563-576.

Shah, J., Higgins, E.T., & Friedman, R. (1998). Performance incentives and means: How regulatory focus influences goal attainment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 447-458.

Spiegle, S., Grant-Pillow, H., & Higgins, E.T. (2004). How regulatory fit enhances motivational strength during goal pursuit. *European Journal of Social Psychology*, 34, 39-54.

WHO. (2005). Retrieved January 25, 2006, from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

A IMPORTÂNCIA DA MOTIVAÇÃO AUTÓNOMA NA PREDIÇÃO DE RESULTADOS NO TRATAMENTO DO SUJEITO OBESO

Sónia Mestre / José Pais Ribeiro

FPCE, Universidade do Porto

A obesidade assume na actualidade uma proporção epidémica (WHO, 2005) e em Portugal estudos recentes revelam que 35% da população tem excesso de peso e 14% são obesos (Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 2001). Porém, apesar da importância deste tópico, pouco se sabe acerca da importância da motivação no comportamento do indivíduo obeso. Neste estudo propomo-nos estudar este tema, sob um ponto de vista da Teoria de Auto-Determinação (Deci & Ryan, 1985). A Teoria de Auto-Determinação avalia diferentes formas de motivação, ao longo de um continuum de menos (regulação controlada) para mais motivação (regulação autónoma). Os autores preconizam que, quando o sujeito é autonomamente determinado tem maior propensão para atingir os objectivos terapêuticos, adere mais facilmente ao tratamento (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008) e tem melhor saúde mental. De acordo com Ribeiro (2001) a avaliação da saúde mental, é bastante importante, pois permite avaliar globalmente a saúde, revelando as dificuldades sentidas pelo sujeito ao longo do tratamento.

A adesão é geralmente definida como a capacidade do sujeito agir de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde (Haynes, 1979). Os estudos revelam que certas características individuais, como a idade, o sexo e a presença de doença crónica, estão associados com a adesão a estilos de vida mais saudáveis (Pronk, 2004). O inverso ocorre quando se analisa o peso dos sujeitos. De facto, tem sido reportado que os indivíduos obesos adoptam comportamentos evitantes no que respeita a adopção de comportamentos saudáveis e procuram menos ajuda médica (Drury & Louis, 2002; Hebl, Xu, & Mason, 2003).

Mediante estes pressupostos, pretendemos perceber qual a associação dos diferentes tipos de regulação com a saúde mental e a adesão, numa população de indivíduos obesos.

MÉTODO

Participantes

Os dados foram recolhidos num hospital da área de Lisboa e um total de 90 indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de obesidade, completaram

os diferentes questionários. Os sujeitos tinham idades compreendidas entre os 15 e os 62 anos, e eram predominantemente do sexo feminino (81,1%). Cerca de 43,3% encontrava-se no momento do estudo não activo profissionalmente, com um tempo médio de doença de $M=16,22$ anos ($DP=10,61$), e uma escolaridade média de $M=8,63$ ($DP=4,27$).

Material

Nesta investigação foram utilizados 4 questionários: a versão portuguesa do Treatment Self Regulation Questionnaire (TSRQ), concerning entering the weight loss program (Mestre & Ribeiro, 2008), a versão reduzida de 5 itens do Mental Health Inventory (MHI-5), a Escala de Adesão Geral (EAG) do Medical Outcome Study, e um questionário demográfico.

Procedimentos

Todos os sujeitos em estudo estavam em início de tratamento médico/psicológico/nutricional, para perda de peso. Para integrarem o estudo os sujeitos tinham ainda que obedecer aos seguintes critérios: ter um IMC superior ou igual a 30 Kg/m^2 e não tomar medicação que pudesse interferir com o peso. O preenchimento dos questionários foi voluntário e realizado em meio hospitalar em 3 momentos: no início, aos 3 meses e 6 meses de tratamento. Ao longo da investigação, os indivíduos foram primeiro informados do seu peso, e só posteriormente responderam aos questionários propostos.

RESULTADOS

A análise estatística foi realizada através de diversos procedimentos do Statistical Package For Sciences (SPSS for Windows, versão 14.0).

Para quantificar a intensidade e a direcção de associação entre as variáveis, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Assim, comparando os resultados obtidos entre sujeitos obesos para os diferentes questionários, constatou-se a existência de algumas correlações estatisticamente significativas no início do tratamento. Nesta fase em estudo, a saúde mental encontrou-se positivamente correlacionada com a saúde mental aos 3 meses $r(90)=0,67$, $p<0,01$, e aos 6 meses $r(90)=0,58$, $p<0,01$. A mesma

associação se verificou entre esta variável e a adesão: aos 3 meses $r(90)=0,42$, $p<0,01$ e aos 6 meses de tratamento $r(90)=0,26$, $p<0,05$.

Ainda no início do tratamento e relativamente à regulação autónoma, constatou-se que esta apenas se encontrava correlacionada de forma negativa com a adesão $r(90)=-0,21$, $p<0,05$. De salientar ainda a correlação positiva entre a regulação controlada e a saúde mental no início do estudo $r(90)=0,22$, $p<0,01$.

Analisando as correlações entre as variáveis em estudo, aos 3 meses e no final do programa para perda de peso, verificou-se correlações estatisticamente significativas (Quadro 1), excepto para algumas dimensões. Com efeito, aos 3 meses a saúde mental parece não se ter correlacionado com os diferentes tipos de motivação, e a adesão ao tratamento médico, parece também não se ter associado com a regulação controlada. No final do tratamento, todas as variáveis se encontraram positivamente correlacionadas entre si, excepto para a motivação do tipo controlada.

Quadro 1

Correlações para as diferentes escalas em estudo aos 3 e 6 meses

| Variáveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|-------------------------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|
| 3 Meses de Tratamento | | | | | | | | |
| 1. Regulação Autónoma | (0,78) | | | | | | | |
| 2. Regulação Controlada | -0,54** | (0,89) | | | | | | |
| 3. Saúde Mental | 0,20 | -0,13 | (0,89) | | | | | |
| 4. Adesão Tratamento | 0,31** | -0,12 | 0,43** | (0,88) | | | | |
| 6 Meses de Tratamento | | | | | | | | |
| 5. Regulação Autónoma | 0,63** | -0,58** | 0,31** | 0,13 | (0,82) | | | |
| 6. Regulação Controlada | -0,41** | 0,78** | -0,27* | -0,13 | -0,71** | (0,95) | | |
| 7. Saúde Mental | 0,24* | -0,21* | 0,79** | 0,42** | 0,37** | -0,34** | (0,91) | |
| 8. Adesão Tratamento | 0,21* | -0,32** | 0,40** | 0,59** | 0,44** | -0,45** | 0,59** | (0,91) |

Nota. A diagonal apresenta os valores de alfa de Cronbach; * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

Uma vez que o objectivo do programa era a perda de peso, procedeu-se ainda à análise do IMC com as restantes variáveis. Curiosamente, o IMC inicial apresentou-se positivamente correlacionado com a regulação autónoma $r(90)=0,37$, $p<0,01$, e negativamente com a regulação controlada $r(90)=-0,27$, $p<0,01$. Aos 3 meses de tratamento o IMC correlacionou-se de forma positiva com a regulação controlada $r(90)=0,25$, $p<0,05$ e negativamente com a saúde mental $r(90)=-0,28$, $p<0,01$. E no final do programa médico o IMC associou-se de forma negativa com todas as variáveis (regulação autónoma $r(90)=-0,35$, $p<0,01$; saúde mental $r(90)=-0,34$, $p<0,01$; adesão $r(90)=-0,48$, $p<0,01$), excepto com a regulação controlada $r(90)=0,51$, $p<0,01$.

DISCUSSÃO

Os objectivos da maioria dos programas de saúde centrados no tratamento da obesidade são estabelecidos principalmente em 3 pilares: dieta, actividade física e alteração comportamental. Se os 2 primeiros objectivos são facilmente monitorizados, o mesmo não acontece com a modificação de comportamento, não existindo portanto, uma prescrição universal. Com efeito, o sucesso do tratamento do indivíduo obeso requer também a compreensão de factores como a motivação (Lang & Froelicher, 2006), que geralmente é díspar entre sujeitos.

Neste estudo, com base na Teoria de Auto-Determinação, foi estudado de que forma o tipo de motivação prediz o sucesso terapêutico, numa população de sujeitos com diagnóstico de obesidade.

Os nossos resultados sugerem uma associação negativa entre os dois tipos de motivação (autónoma e controlada), o que vai de encontro com a Teoria de Auto-Determinação. De uma forma geral, os sujeitos manifestaram ao longo do tratamento uma maior motivação autónoma associada a um aumento da saúde mental e maior adesão à terapêutica. A saúde mental parece estar fortemente associada com a adesão, em todas as fases do estudo. Verificamos ainda que quando os sujeitos são regulados de forma autónoma no início do tratamento, tendem a ter menor adesão no final do tratamento. Por outro lado, uma maior motivação controlada no início do tratamento pressupõe uma melhor avaliação da saúde mental aos 6 meses de tratamento. Este resultado indica, que num tratamento a longo prazo, coexistem ambas as regulações, e que inicialmente uma regulação baseada no incentivo externo, parece predizer melhor sucesso terapêutico.

Constatamos ainda ao longo do tratamento uma perda de peso, dos sujeitos. De salientar que esta variável, no início do programa, expressou-se de forma negativa com a regulação controlada e de forma positiva com a regulação autónoma. Isto demonstra que os indivíduos com mais peso tinham uma motivação mais intrínseca (autónoma), o que os levou a procurar ajuda para perda de peso.

Estes resultados revelam a importância em distinguir dois tipos de motivação na aquisição de comportamentos de saúde a longo prazo. Isto significa, e tal como defendem os autores da Teoria de Auto-Determinação (Deci & Ryan, 2002; 2008), no tratamento médico, a qualidade de motivação é mais importante que a quantidade de motivação. Por outro lado, a avaliação que o sujeito faz da sua saúde mental é crucial durante o tratamento, pois usualmente os programas de alterações comportamentais

não são encarados como actividades agradáveis (Valerand, Pelletier, & Koestner, 2008).

Neste trabalho sugere-se assim, que a motivação autónoma é uma promissora variável no tratamento a longo prazo do sujeito obeso.

REFERÊNCIAS

- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester: The University of Rochester Press.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23.
- Drury, C.A., & Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal American Academic Nurse Practice*, 14, 554-561.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., & Sackett, D.L. (Eds.). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hebl, M.R., Xu, J., & Mason, M.F. (2003). Weighing the care: Patients' perceptions of physician care as a function of gender and weight. *International Journal Obesity Related Metabolism Disorder*, 27, 269-275.
- Lang, A., & Froelicher, E.S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 102-114.
- Mestre, S., & Pais Ribeiro, J.L. (2008). Adaptação de três questionários para a população portuguesa baseados na Teoria de Auto-Determinação. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 623-625). Lisboa: ISPA.
- Pronk N.P. (2004). Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors. Prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members. *American Journal Preventive Medicine*, 27(2 Suppl), 25-33.
- Ribeiro, J.L.P. (2001). Mental Health Invesntory: Um Estudo de Adaptação. Retrieved May 25, 2006, from <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/mhi.htm>

Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E.L., & Williams, G.C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.

Sociedade Portuguesa para o estudo da Obesidade: Obesidade e a sua terapêutica. Relatório de Consenso. (2001). *Obesidade, Diabetes e Complicações*, 1, 33-51.

Valerand, R.J., Pelletier, L.G., & Koestner, R. (2008). Reflections on Self-Determination theory. *Canadian Psychology*, 49(3), 257-262.

WHO. (2005). Retrieved January 25, 2006, from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

OS CONFLITOS INTERPESSOAIS NA ESCOLA:
CONCEPÇÕES, INTERVENÇÕES E POSSIBILIDADES

Telma P. Vinha / Luciene Regina P. Tognetta / Adriana de Melo Ramos

Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Brasil

O aumento da violência, da indisciplina e dos conflitos interpessoais nas escolas brasileiras tem sido percebido por muitos educadores, alunos e pais, sendo tema recorrente na mídia e em momentos de reuniões de estudo coletivo e de formação de professores. De fato, inúmeras pesquisas indicam a frequência cada vez maior nas escolas brasileiras de situações como agressões físicas e verbais, furtos, insultos, desobediência às normas, *bullying*, entre outros (La Fábrica do Brasil, 2001; Nakayma, 1996; Vasconcelos, 2005). Ao investigar os conflitos em escolas públicas e privadas de São Paulo, Leme (2006) obteve respostas que indicam que 52% dos alunos da 6ª e 46,9% de 8ª séries acreditam que os conflitos aumentaram nos últimos anos.

Outros estudos (Vinha, 2003; Tognetta & Vinha, 2007) demonstram que os educadores se sentem intimidados e desmotivados diante das constantes situações de conflitos. Em algumas escolas, os professores utilizam de 15 a 20 minutos na organização dos alunos antes de iniciar a aula que tem a duração total de 50 minutos. Essa informação é coerente com resultados encontrados em estudo realizado por Fante (2003), em que 47% dos professores dedicaram entre 21 e 40% do seu dia escolar aos problemas de indisciplina e de conflitos entre alunos. Constatou-se ainda que os profissionais da instituição escolar acreditam que as desavenças entre os estudantes estão sendo resolvidas de formas cada vez mais violentas. Quando se deparam com tais situações, esses docentes afirmam que se sentem despreparados e inseguros para intervir de forma mais construtiva. Assim, cada um a seu modo utiliza qualquer estratégia que acredita ser útil para conter o problema como, por exemplo, dar notas baixas, ameaçar, punir, conversar, gritar, advertir, acusar, censurar, excluir, ou mesmo ignorar... Todavia, na prática, tais ações têm surtido pouquíssimos efeitos e, diante disso, há uma busca por alternativas específicas e pontuais que possam ser efetivas e imediatas. Essa crença foi também identificada em estudo realizado por Campos (2008) com 8773 docentes da educação básica. A autora constatou que 83% dos professores propõem a adoção de medidas mais duras, como solução para os problemas disciplinares, inclusive com a utilização de expulsões, se necessário (67,4%). O emprego de punições rigorosas aos alunos infratores, tais como a

comunicação ao Juizado da Infância e da Juventude, também foi defendido por 34% dos professores que fizeram parte de uma pesquisa realizada pela UDEMO (2001). Como forma de minimizar a violência, os conflitos e a indisciplina, 47% dos professores propuseram a contratação de mais funcionários como inspetores e psicólogos; 52% defendem o policiamento intensivo e permanente e 55% sugerem a implantação de projetos de conscientização e valorização da escola envolvendo pais, alunos e comunidade em geral. Constata-se, portanto, que diante dos conflitos interpessoais, muitos professores acabam por agir de maneira intuitiva e improvisada, pautando suas intervenções principalmente no senso comum.

Além da insegurança, frustração e sensação de impotência, essa situação tem contribuído para o aumento do estresse e do adoecimento dos docentes e, conseqüentemente, ampliam-se as taxas de absenteísmos. Em pesquisa realizada pela CNTE (2003) constatou-se que 22,6% dos professores pediram afastamento por motivo de saúde. Ressalta-se que cada licença médica significa, em média, cerca de três meses fora da sala de aula. Em 2007 foram registradas, diariamente, 30 mil faltas de professores na rede de ensino estadual de São Paulo, a maior do país, com cerca de 250 mil professores. No ano anterior, foram quase 140 mil licenças médicas, com duração média de 33 dias. Outro exemplo é o das escolas públicas do Distrito Federal, situado na região centro-oeste do Brasil, em que 46% dos professores solicitam licenças médicas durante o ano letivo. Essa realidade ocorre de forma ampla e generalizada, independentemente do estado ou região do país. Em Santa Catarina, no Sul, em 2006, de um total de 40 mil professores, 15 mil estavam afastados por licença. Estudos realizados a partir da década de 80 parecem indicar que as principais causas de adoecimento dos professores têm sido os distúrbios vocais, lombalgias, estresse e esgotamentos mental e físico (síndrome de Burnout).

O aumento do estresse dos professores também tem sido constatado por outros estudos. O Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo (Apeoesp) divulgou que 46% dos professores das escolas públicas paulistas sofrem de elevados níveis de estresse. A síndrome de Burnout, que é o stress crônico laboral, é uma das causas do grande número de absenteísmo. O professor que sofre dessa síndrome, além de apresentar sintomas semelhantes aos da depressão (irritabilidade, ceticismo, indiferença e despersonalização), pode também apresentar outros sintomas físicos, como fadiga sem causa aparente, enxaquecas,

dores no corpo que mudam de lugar, prisão de ventre ou diarreia constantes, alteração do sono e queda na libido. De acordo com Codo (2002) a incidência de burnout em professores brasileiros tem sido de 43%. Em decorrência do esgotamento generalizado, muitos docentes têm menor qualidade de vida também em outras esferas, tais como na vida familiar, conjugal, acadêmica e social.

Estudo realizado pela UNESCO (2008) indica que 30% dos afastamentos dos docentes em escolas da rede pública no Brasil são motivados pela violência direta ou indiretamente ou pelo sentimento de vitimização. Tendo como base informações de questionários respondidos por diretores de todo o Brasil, Biondi (2008) alerta que a indisciplina dos alunos foi apontada como um sério problema por 64% dos diretores das escolas estaduais, 54% das municipais e 47% das instituições particulares. O comportamento indisciplinado dos alunos, os resultados muitas vezes contrários aos pretendidos nas intervenções feitas pela escola, os sentimentos de vitimização, frustração e incapacidade decorrentes, têm contribuído para aumento do desânimo e do desestímulo no trabalho. Em investigação realizada com professores de ensino médio, Tardeli (2003) encontrou um elevado índice (77,7%) de participantes desmotivados com a profissão devido ao comportamento indisciplinado dos alunos. Conscientes do impacto desses fenômenos no cotidiano das instituições escolares 85,5% dos diretores paulistas consideram a gestão dos conflitos entre os alunos como um aspecto muito importante para garantir o bom funcionamento e convívio escolar (Leme, 2006).

A concepção sobre os conflitos do professor e, conseqüentemente, o tipo de intervenção realizada por ele frente às desavenças entre os estudantes, interfere nas interações entre os alunos e no desenvolvimento socioafetivo dos mesmos, transmitindo mensagens que dizem respeito à moralidade. Em uma pesquisa (Vinha, 2003) acompanhamos inúmeras escolas visando compreender quais eram as concepções que os professores têm sobre conflitos e quais as intervenções decorrentes. Foi constatado que os conflitos eram vistos como negativos e danosos ao bom andamento das relações entre os alunos pela maioria dos professores, refletindo uma visão tradicional. Esses educadores concebiam harmonia ou paz como ausência de conflitos e não compreendiam que estes sempre estarão presentes, não podendo ser interpretados como ocorrências antinaturais. Assim se sentiam aflitos, angustiados ou irritados quando se deparavam com situações como furtos, danos ao patrimônio, agressões. Provavelmente em vista de suas concepções e dos sentimentos decorrentes, seus esforços

diante dos conflitos tomavam três direções. A primeira era evitá-los. Para isso, elaboravam-se regras e mais regras, controlavam-se os comportamentos por meio de filmadoras ou de vigilância sistemática sobre os alunos, trancavam-se armários e salas de aula para evitar furtos, ocupavam os estudantes com atividades de pouco valor pedagógico como cópias de conteúdos em lousa e exercícios de repetição, eram tomadas atitudes preventivas (como “mapeamentos”, pré-determinando os lugares em que os alunos sentarão), ameaçava-se, coagia-se. Desta forma, a escola promove a regulação exterior, esquecendo-se de que é uma instituição educativa, que visa formar os futuros cidadãos de nossa sociedade... Onde precisamos de controle, de vigilância, significa que não há educação.

A segunda era ignorar os conflitos quando ocorriam entre os alunos. Várias pesquisas (Leme, 2005; Tognetta & Vinha, 2008; Vinha, 2009) mostraram que quando o conflito ocorre entre aluno e autoridade, a escola atribui maior gravidade; quando acontece entre os pares, o incidente é minimizado, sendo considerado como “brincadeiras da idade”. Sem se dar conta das consequências, crianças e jovens são deixados à própria sorte quando a autoridade (adulto) não está envolvida no conflito. Com isso, transmitem a mensagem subliminar de que o respeito e a justiça devem ser dedicados às autoridades e não a qualquer ser humano. Essa atitude resulta em um ambiente propício para a ocorrência de situações de *bullying*, de *cyberbullying*, de maus tratos ou de intimidações entre eles.

A terceira direção encontrada foi a contenção. Desse modo, os educadores “terceirizavam” a intervenção no problema, transferindo-o para a família ou para um especialista; davam soluções prontas; utilizavam mecanismos de contenção e punições; incentivavam a delação; culpabilizavam; admoestavam; associavam a obediência à regra ao temor da autoridade, ao medo da punição, da censura e da perda do afeto. São mecanismos de controle utilizados cotidianamente nas escolas, que “funcionam” temporariamente, mas que, além de reforçar a heteronomia, não raro, agravam o problema.

Esta forma de lidar com os conflitos em longo prazo contribui para formar jovens que possuem baixo índice de habilidade social, apresentando dificuldades para emitir opiniões, argumentar e ouvir perspectivas diferentes sem que se sintam ameaçados, tomar decisões, expor e discutir seus sentimentos e coordenar perspectivas em ações efetivas. Na resolução de seus próprios conflitos, empregam mecanismos ainda primitivos, entre os quais as reações impulsivas, submissas ou agressivas, a não interação, as soluções unilaterais, a mentira. Como são privados de entender as

justificativas para os valores e normas nas relações, esses jovens tendem a orientar suas ações para receber gratificações, evitar castigos ou por mero conformismo, demonstrando que os valores morais foram pobremente interiorizados.

Utilizando os instrumentos elaborados por Deluty (que avaliam os estilos de resolução em situações de conflitos, categorizando-os em submisso, agressivo, assertivo ou mistos) pesquisas realizadas com estudantes brasileiros de 2ª à 7ª séries do ensino fundamental mostraram que a maior tendência dos jovens é empregar estratégias de resolução consideradas submissas, seguidas das agressivas (Carina, 2008; Leme, 2004; Leme, 2006; Vicentin, 2008). Estes resultados são coerentes com os encontrados em pesquisa realizada por La Taille (2006) com mais de cinco mil jovens brasileiros em que cerca de 90% disseram que os conflitos de hoje são resolvidos mais com agressão do que com diálogo. Alguns dados, como a crença presente na maioria dos participantes de que no mundo de hoje tem-se mais adversários do que amigos, parecem indicar que o “outro” é visto com desconfiança, como adversário, sendo necessário, portanto, precaver-se.

Constata-se que adolescentes, aparentemente afáveis, agem de forma impulsiva e violenta longe dos olhos dos adultos e que outros empregam formas submissas para resolver seus problemas, curvando-se à vontade de terceiros, desconsiderando os próprios sentimentos, valores e perspectivas. Muitos utilizam os meios de comunicação eletrônica para insultar, vingar-se ou intimidar colegas. Pesquisas internacionais (Li, 2005, 2006) indicam que por volta de 23% dos alunos de 11 a 19 anos já foram intimidados ou ameaçados pela internet (em 2000 eram apenas 6%). Deste modo, fica evidente a grande dificuldade de alguns jovens resolverem seus conflitos de forma não violenta, de chegarem à soluções que beneficiem pelo menos em parte os envolvidos e de expressarem seus sentimentos sem causar dano aos outros.

Apesar de constatarem cotidianamente tais dificuldades presentes em seus alunos, os educadores que possuem uma concepção mais tradicional acreditam que os conflitos não fazem parte do currículo, de seu trabalho como docente. Consideram a administração das situações conflituosas entre os estudantes como sendo algo desviante da função de professor, fazendo com que o trabalho com o conteúdo fique atrasado. Por conseguinte, além de terceirizarem a resolução dos conflitos ao transferirem-no para os especialistas na escola ou para a família, acreditam que não são também responsáveis por essa formação, isentando-se de responsabilidade

nesse processo, assim como das consequências dessa omissão. Contudo ressalta-se que auxiliar na aprendizagem dos alunos e ao mesmo tempo favorecer seu desenvolvimento sociomoral, são dimensões aparentemente diferentes, mas não o são. Esta dissociação é equivocada, pois são sistemas solidários, visto que os eventos de desavenças pessoais e os de aprendizagem estão incorporados, fundem-se.

Na perspectiva construtivista os conflitos são compreendidos como naturais em qualquer relação e necessários ao desenvolvimento da criança e do jovem. São vistos como oportunidades para que os valores e as regras sejam trabalhados, oferecendo pistas sobre o que precisam aprender. Suas intervenções não enfatizam a resolução do conflito em si, o produto (“como resolver?”), mas sim o processo, ou seja, a forma com que os problemas serão enfrentados (“o que eles poderão aprender com o ocorrido?”).

Piaget (1932/1977) concebe o conflito, tanto o que ocorre no interior do sujeito como entre os indivíduos, como necessários ao desenvolvimento. Quando ocorre um conflito na interação com o outro, o indivíduo é motivado por esse desequilíbrio a refletir sobre maneiras distintas de restabelecer a reciprocidade. Uma resolução de conflito considerada como positiva implica em um equilíbrio entre a capacidade de persuasão do outro e a satisfação de si mesmo, sendo necessário para isto operar considerando os sentimentos e perspectivas próprias e de uma outra pessoa (resolução cooperativa). Assim, por reconhecer a importância de favorecer a atividade no interior do sujeito, o professor que pauta suas intervenções nessa concepção reconhece que o conflito vivido pelos alunos não lhe pertence, assim sendo, não lhe cabe resolvê-lo retirando-os do mesmo. Frequentemente, o que ocorre é o contrário, ou seja, o professor ou especialista retira os alunos do controle do próprio conflito ou problema, atribuindo a terceiros ou a si próprio a resolução dessas situações vividas pelos alunos, dizendo-lhes o que deve ser feito (ou induzindo). Todavia, o fato de não solucionar por eles não é sinônimo de largá-los a própria sorte. Em situações de conflito, o educador poderá intervir explicitando o problema de tal forma que eles possam entender, ajudá-los a verbalizar seus sentimentos e desejos, promovendo uma interação, e auxiliá-los a escutar uns aos outros, convidando-os para colocar suas sugestões e propor soluções.

De acordo com esta perspectiva, ao invés de o professor utilizar sua energia para fazer com que os estudantes não tenham conflito, poderá empregá-la de forma a contribuir para que eles aprendam por meio dos

conflitos, aproveitando-os como oportunidades para auxiliar os alunos a reconhecer as próprias perspectivas e as dos outros, assim como aprender, aos poucos, como buscar soluções aceitáveis e respeitadas para todas as partes envolvidas. Ao agir assim, o adulto demonstra reconhecer a importância do desenvolvimento de habilidades que auxiliem na resolução de conflitos interpessoais e, conseqüentemente, em favorecer a formação de pessoas autônomas. Por exemplo: situações de mentira constituem-se em oportunidades para refletir sobre a necessidade da veracidade para manter o elo de confiança; circunstâncias em que há agressões físicas ou verbais entre os alunos podem ser aproveitadas para trabalhar o reconhecimento dos sentimentos e a resolução das desavenças de forma não violenta e mais eficaz, por meio do diálogo; e assim por diante.

Por serem concebidos como inerentes às relações e necessários ao crescimento individual ou de um grupo, e que lidar com eles não é algo “desviante” da função de educador, modificam-se, inclusive, os sentimentos diante dessas situações. Desta forma, lida-se com os conflitos de forma mais tranquila, controlam-se reações mais precipitadas ao perceber a necessidade de, muitas vezes, planejar o processo de resolução dos mesmos (“O que o conflito está indicando? Por quê? Como trabalhar o que os alunos precisam aprender?”). Nos procedimentos que serão empregados, nas situações promovidas ou nas regras que serão elaboradas busca-se não mais atuar sobre as conseqüências de um problema, mas sim sobre as causas, posto que uma resolução considerada eficaz em um conflito é aquela que minimiza ou elimina as causas que o gerou. Ressalta-se que o fato de um conflito não ser resolvido, não significa que o que o gerou não foi trabalhado.

É preciso refletir sobre a manutenção deste modelo de educação que, além de gerar desgastes nas relações entre professores e alunos, em nada contribui para que os jovens aprendam a se relacionar de forma mais respeitadas e satisfatórias, além de não favorecer o desenvolvimento da capacidade de expressar suas perspectivas sem causar dano aos outros e de buscarem soluções não violentas e cooperativas para seus conflitos. Até quando serão ignoradas estas questões nos cursos de formação, deixando o professor despreparado e inseguro para lidar com essas situações tão presentes em qualquer escola?

Apesar de todos os dados anteriormente mencionados indicarem a forte presença dos conflitos nas escolas brasileiras e da importância deste fenômeno para a qualidade das relações, da saúde e da educação, raramente se encontram cursos de formação de professores que estudam

estas questões, preparando o futuro profissional em educação para lidar com mais competência e segurança. Nas palavras de Dubet (1998) “deveria haver cursos sobre a violência porque a gente deveria aprender a responder a isto como se aprende as matemáticas”. E completa: “... é um absurdo. Esta formação deveria ser mais ágil, muito mais longa e muito menos ideológica” (p. 230).

Para a promoção de relações mais justas, respeitosas e solidárias, é necessário tomar consciência de que a ética está presente nas mais diversas dimensões da escola, tais como: na relação da equipe de especialistas com os integrantes da instituição e também no trabalho docente, ou seja, na postura, nos juízos emitidos, na qualidade das relações que são estabelecidas, no tipo, quantidade, conteúdo, forma de elaboração e legitimação das regras; na maneira pela qual o conhecimento é concebido, trabalhado e avaliado; na relação e nas ações com a comunidade. Sabendo da importância de vivenciar a moral, mas de refletir, discutir e analisar as atitudes, além de se trabalhar conteúdos éticos de forma transversal e por projetos interdisciplinares, é também necessário que os alunos (e adultos) tenham experiências vividas efetivamente com os valores morais, propiciando uma atmosfera sociomoral cooperativa no contexto educativo. E, é preciso, ainda, oferecer sistematicamente oportunidades para que a construção de valores morais aconteça como um objeto do conhecimento que depende da tomada de consciência e, portanto, de momentos em que se possa pensar sobre o tema.

A obtenção de relações equilibradas e satisfatórias (o que não significa que os conflitos estarão ausentes) não é fruto de um dom gratuito ou de desenvolvimento maturacional; mas sim, decorrentes de um processo de construção e aprendizagem. Porém, raramente se percebe a preocupação das instituições escolares com as possibilidades pedagógicas dos conflitos. Os esforços nesta área estão mais voltados para conseguir um bom comportamento do aluno (muitas vezes por medo ou conformismo) e para a contenção do conflito do que para a aprendizagem. Entretanto, ressalta-se que todo projeto pedagógico que tenha por finalidade favorecer o desenvolvimento de relações mais justas, respeitosas e solidárias, visando a autonomia do aluno, deve conceder um lugar relevante para as relações interpessoais e para a formação contínua e atualizada dos professores. Há necessidade constante de identificação dos problemas vivenciados na instituição educativa e por meio da contínua cooperação entre os integrantes na reflexão sobre as causas, nas discussões dos estudos visando conhecê-los, no planejamento e na avaliação das intervenções.

Ações assertivas como estas são necessárias quando se pretende construir na instituição educativa um ambiente cooperativo em que a qualidade das relações e a convivência respeitosa são de fato priorizadas.

REFERÊNCIAS

- Biondi, R. (2008). *Sistema de Avaliação da Educação Básica – SAEB*. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)/Ministério da Educação e do Desporto. Brasília: MEC/SEF. Recuperado em 12 de Março de 2008, em <http://www.inep.gov.br/basica/saeb/>
- Carina, S.C. (2008) *O processo de resolução de conflitos entre os pré-adolescentes: O olhar do professor*. Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil.
- CNTE – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação. (2003). *Relatório de pesquisa sobre a situação dos trabalhadores (as) da educação básica*. Recuperado em 20 de Setembro de 2006, em http://www.cnte.org.br/images/pdf/pesquisa_retrato_da_escola_3.pdf
- Codo, W. (2002). *Educação, carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar a falência da educação*. Petrópolis: Vozes.
- Dubet, F. (1998). A formação dos indivíduos: A desinstitucionalização. *Contemporaneidade e Educação*, 3, 27-33.
- Fante, C. (2003). *Fenômeno bullying: Estratégias de intervenção e prevenção da violência entre escolares*. São José do Rio Preto: Ativa.
- La Fabrica do Brasil. (2001). *Escola e família: Instituições em conflito*. Observatório do Universo Escolar e Ministério da Educação. Recuperado em 10 de Outubro, 2002, em www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/sonosso/pesquisa%20s%F3%20nosso.ppt
- La Taille, Y. (2006). *Moral e ética: Dimensões intelectuais e afetivas*. Porto Alegre: Artmed.
- Leme, M.I.S. (2004). Educação: O rompimento possível do círculo vicioso da violência. In M.R. Maluf (Org.), *Psicologia educacional: Questões contemporâneas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leme, M.I.S. (2006) *Convivência, conflitos e educação nas escolas de São Paulo*. São Paulo: ISME.
- Li, Q. (2005). New bottle but old wine: A research on cyberbullying in schools. *Computer and Human Behavior*. Recuperado em 15 de Julho de 2006, de http://www.ucalgary.ca/~qinli/publication/cyber_chb2005.pdf

- Li, Q. (2006) Cyberbullying in schools: A research of genders Differences. *School Psychology International*, 27. Recuperado em 15 de julho, 2006, de <http://www.ucalgary.ca/~qinli/publication/cyberGender2005SPIJ.pdf>
- Campos, M.M. (2008). *A qualidade da educação sob olhar dos professores*. São Paulo: FSM/OEA.
- Nakayama, A.M.A. (1999). *Disciplina na escola: o que pensam os pais, professores e alunos de uma escola de 1º Grau*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Piaget, J. (1977). *O julgamento moral na criança*. São Paulo: Mestre Jou (obra original publicada em 1932).
- Tardeli, D.A. (2003). *O respeito na sala de aula*. Petrópolis: Vozes.
- Tognetta, L.R.P., & Vinha, T.P. (2007). *Quando a escola é democrática: Um olhar sobre a prática das regras e assembléias na escola*. Campinas: Mercado de Letras.
- Tognetta, L.R.P., & Vinha, T.P. (2008). Estamos em conflito: Eu, comigo e com você! Uma reflexão sobre o bullying e suas causas afetivas. In J.L. Cunha & L.S.C. Dani (Orgs.), *Escola, conflitos e violência*. Santa Maria: UFSM.
- UDEMO – Sindicato de Especialistas de Educação do Magistério Oficial do Estado de São Paulo. (2001). *Violência nas escolas: Incidência, causas, consequências e sugestões*. Recuperado em 23 de Agosto de 2005, em de <http://www.siraque.com.br/site/pdf/viol-escola.pdf>
- UNESCO, Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura. (2008). *Relatório de monitoramento de educação para todos, Brasil 2008: educação para todos em 2015; alcançaremos a meta?* Brasília: UNESCO. Recuperado em 12 de Junho de 2008, em <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001592/159294por.pdf>
- Vasconcelos, M.S. (2005). *Indisciplina no contexto escolar: Estudo a partir de representações de professores do ensino fundamental e médio*. Apresentação de trabalho. ANPEP: Florianópolis, SC.
- Vicentin, V. (2008). *Condições de vida e estilos de resolução de conflito entre adolescentes*. Tese de em psicologia escolar e do desenvolvimento humano, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Vinha, T.P (2003). *Os conflitos interpessoais na relação educativa*. Tese de doutorado. Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, SP, Brasil.
- Vinha, T.P. (2009). Autoridade autoritária. *Revista Nova Escola*, 10(226). Recuperado em 20 de Outubro de 2009, de <http://revistaescola.abril.com.br/crianca-e-adolescente/comportamento/autoridade-autoritaria-504466.shtml?page=0>

ESTUDO EXPLORATÓRIO DAS REPRESENTAÇÕES
DOS TÉCNICOS DE SAÚDE SOBRE OS MOTIVOS
DE RECURSO À IVG E O PROCESSO DE ACONSELHAMENTO

Vanda Beja / Isabel Leal

ISPA – Instituto Universitário

A Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, veio permitir em Portugal a interrupção voluntária da gravidez (IVG) a pedido da mulher até às dez semanas. Existem ainda poucos dados sobre esta nova realidade, tornando-se fundamental explorá-la. A investigação que aqui se apresenta pretende ser um contributo nesse âmbito, consistindo num estudo qualitativo, descritivo e exploratório que visa conhecer as representações de técnicos de saúde que disponibilizam aconselhamento na IVG sobre os motivos de recurso e sua frequência, em que consiste e como decorre o aconselhamento e em que medida e em que aspectos o consideram útil. É de notar que por aconselhamento entendemos a interacção ocorrida durante todo o processo de IVG (consulta prévia, período de reflexão e consultas de IVG, *follow-up*, psicologia, serviço social e contracepção e planeamento familiar – C&PF) entre os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social) e a utente e seus acompanhantes.

MÉTODO

Os participantes foram 16 técnicos de saúde que realizavam aconselhamento na IVG. Foram seleccionados de modo não-aleatório, por conveniência e heterogeneidade, tratando-se de uma amostra não representativa da população em estudo (i.e., os profissionais de saúde que realizam aconselhamento na IVG em instituições portuguesas). Maioritariamente feminina, a amostra incluía técnicos entre os 24 e 55 anos de idade de diferentes categorias profissionais (enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos de serviço social) e instituições (centros de saúde, hospitais, maternidades, clínicas privadas, ONGs) da zona de Lisboa e Vale do Tejo. A maior parte realizava aconselhamento generalista e alguns, intervenção psicológica ou social. Todos atendiam as mulheres presencialmente, excepto um que o fazia via telefone.

A recolha de dados ocorreu entre Outubro de 2007 e Maio de 2008 através de entrevistas individuais em profundidade de carácter semi-directivo, tendo-se usado um guião criado para o efeito com quatro questões que reflectiam os objectivos do estudo. Os encontros decorreram face-a-face e tiveram 30 a 90 minutos de duração, tendo sido gravados em áudio e depois transcritos na íntegra. Os dados foram sujeitos a análise de conteúdo com base nas orientações de Bardin (1979) e Vala (1999). Na codificação do material, utilizou-se um processo misto (*a priori* e *a posteriori*) de definição de categorias/subcategorias e respeitaram-se os critérios de exaustividade, exclusividade, reprodutibilidade e estabilidade. A grelha de codificação final inclui 48 categorias e 133 subcategorias distribuídas por três temas: (1) Motivos de Recurso à IVG, (2) Aconselhamento na IVG e (3) Outros Temas de IVG (reúne todos os aspectos ligados à IVG citados pelos participantes que não cabem nos outros temas). Além da análise temática, fez-se uma análise frequencial em que se contabilizaram, quer o número total de ocorrências de cada categoria/subcategoria no conjunto das entrevistas, quer o número de entrevistas com registo de cada categoria/subcategoria. Face ao carácter descritivo e exploratório do estudo, a análise temática assumiu maior importância do que a frequencial que funcionou apenas como um indicador do peso de uns conteúdos em relação ao de outros. Por motivo de economia de espaço, só são apresentados aqui os resultados mais relevantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Motivos de IVG

A análise temática permitiu identificar os seguintes motivos de recurso à IVG: situação socioeconómica (i.e., situação financeira/laboral percebida como insuficiente para ter um filho); inoportunidade da gravidez/ausência de projecto de maternidade naquele momento ou no futuro; interferência da gravidez noutros projectos de vida (i.e., académicos/profissionais); situação conjugal (i.e., insatisfação/instabilidade, separação, risco de abandono, ausência de desejo de ter um filho daquele homem); saúde física da mulher e/ou do feto (i.e., situações de risco que não são suficientemente graves para se considerarem interrupções terapêu-

ticas da gravidez). Os motivos citados por um único participante foram agrupados na subcategoria “Outros Motivos” e incluem gravidez resultante de violação, preocupações da mulher com a imagem corporal e “pressões várias” (*sic.*).

Os motivos mais referidos e considerados muito frequentes pela maioria dos entrevistados foram, em primeiro lugar, a situação socioeconómica e, em segundo lugar, a inoportunidade da gravidez/ausência de projecto de maternidade. Entre os participantes que mencionaram a frequência do motivo interferência da gravidez noutros projectos de vida (25% da amostra), metade considerou-o muito frequente e a outra metade medianamente frequente. A situação conjugal foi classificada como um motivo medianamente frequente pela maioria dos técnicos que o citaram (50% da amostra). Os factores ligados à saúde física da mulher e/ou do feto foram percebidos como pouco frequentes, tal como a maior parte dos “Outros Motivos”.

Os resultados referentes à descrição e à frequência dos motivos de IVG não apresentam surpresas, indo ao encontro, quer da literatura internacional (Bankole, Singh, & Haas, 1998; Finer & Henshaw, 2006; Helström et al., 2003; Larsson, Aneblom, Odlind, & Tidén, 2002; Santelli, Speizer, Avery, & Kendall, 2006; Törnbom, Ingelhammar, Lilja, Svanberg, & Möller, 1999), quer dos dados portugueses pré-referendo de 2007 (APF & Consulmark, 2006; Tomé, 1998).

Alguns entrevistados referiram existir uma grande diversidade de motivos de IVG e dois alertaram para o facto de as mulheres tenderam a apresentar mais do que um. Estes resultados estão em concordância com os de outros estudos (Bankole et al., 1998; Ehrlich, 2003; Finer et al., 2006; Larsson et al., 2002; Santelli et al., 2006) e revelam que os técnicos estão cientes da complexidade e multidimensionalidade do processo de tomada de decisão de IVG.

Houve participantes que referiram que o número de utentes com motivos socioeconómicos era inferior ao que esperavam antes da entrada em vigor da nova Lei. Um deles acrescentou que, ao contrário do que esperava, recebia mais mulheres de estatuto socioeconómico (ESE) médio ou elevado do que de ESE baixo. Apesar de alguns técnicos afirmarem ver mulheres que assumiam claramente a inexistência de um projecto de maternidade como principal razão de IVG, outros referiram ter recebido utentes renitentes em assumir esta situação por temerem a reacção de terceiros, apresentando outros motivos que consideravam ser socialmente mais aceitáveis. O conjunto destes dados leva-nos, por um lado, a pensar

que a decisão de IVG pode ser mais determinada pela ausência de um projecto de parentalidade do que por factores económicos ou conjugais, o que, aliás, está em concordância com os resultados obtidos por Costa, Hardy, Osís e Faúndes (1995). Por outro lado, estes resultados sugerem que os motivos verbalizados pelas mulheres podem não reflectir o que elas realmente sentem mas constituir uma tentativa de ir ao encontro do socialmente esperado, sobretudo, se tivermos em conta as representações sociais vigentes sobre feminilidade, maternidade e aborto. Esta interpretação dos resultados é congruente com a visão de autoras como Boyle (2002), Lattimer (1997) e Murphy (1997).

Aconselhamento na IVG

Em relação àquilo em que consiste o aconselhamento na IVG realizado pela amostra, foram identificadas oito dimensões/áreas de intervenção que passamos a descrever.

- 1) Acolhimento da Mulher e Compreensão/Enquadramento do Pedido – Envolve receber a mulher, compreender o contexto em que surgiu a gravidez, identificar a desejabilidade e o significado que a gravidez tem para ela e averiguar quais os motivos de IVG.
- 2) Disponibilização de Informação – Remete para a partilha de informação/esclarecimento de dúvidas sobre aspectos clínicos (procedimentos, riscos, sintomas habituais, sinais de alerta e cuidados antes, durante e após a IVG), legais (i.e., acesso, prazos e circunstâncias de IVG) e práticos (i.e., organização do serviço, dinâmica do processo, locais e técnicos a que recorrer) do processo de IVG. Era a dimensão mais praticada pelos técnicos (apenas um não a referiu) e a informação clínica tendia a ser a mais abordada (46% das ocorrências da categoria) e por um maior número de participantes (87,5% da amostra).
- 3) Apoio à Tomada de Decisão de IVG – Traduz-se, quer na promoção de um espaço de escuta, reflexão e clarificação para a tomada de decisão, quer numa actuação que visa garantir que a decisão é ponderada, envolve o menor nível de ambivalência possível, é tomada pela própria e a mulher sente ser a que faz mais sentido naquele momento da sua vida. A primeira vertente desta dimensão era mais praticada pela amostra (62,5%) do que a segunda (37,5%).

- 4) Gestão de Aspectos Psicológicos e Emocionais – Remete, sobretudo, para a contenção/ securização emocional da mulher (77% do total de ocorrência da categoria) mas também para a monitorização do seu estado emocional (citada por 25% da amostra), a abordagem dos seus projectos futuros de gravidez e parentalidade e o despiste de psicopatologia prévia (cada um destes dois aspectos foi mencionado por um participante). Foi a dimensão menos referida pela amostra (50%).
- 5) Abordagem de Aspectos Ligados à C&PF – Inclui averiguar acerca da C&PF pré-IVG, sensibilizar/promover a mudança comportamental a este nível, dar informação sobre C&PF, negociar, seleccionar e prescrever/entregar um método contraceptivo (MC), promover a escolha de um MC adequado ao perfil da mulher, monitorizar a adesão à C&PF ao longo do processo de IVG e encaminhar para serviços de C&PF pós-IVG. Foi a categoria referente à descrição do aconselhamento mais citada pela amostra, tendo surgido em todas as entrevistas.
- 6) Envolvimento de Terceiros no Aconselhamento – Passa por identificar/gerir situações de pressão/coerção ou de discordância no casal em relação à decisão de IVG e disponibilizar aconselhamento aos acompanhantes (individual ou com a mulher).
- 7) Apresentação do Aconselhamento Psicológico – Referida por 87,5% da amostra, seguia procedimentos distintos consoante as instituições onde os técnicos trabalhavam. Em quatro, o aconselhamento psicológico era apresentado pelo técnico que fazia o acolhimento a algumas mulheres que solicitavam IVG, de acordo com as suas características/circunstâncias. Em duas, era esse técnico que o fazia mas a todas as mulheres. Numa, seguia-se este procedimento com mulheres adultas e havia um protocolo específico para adolescentes em que todas tinham uma consulta inicial de Psicologia. Numa outra instituição, era o psicólogo que apresentava este serviço numa consulta inicial de Psicologia para todas as mulheres que solicitavam IVG.
- 8) Apresentação do Aconselhamento Social/Abordagem dos Apoios Sociais do Estado – Dimensão praticada por 87,5% da amostra, verificando-se, porém, que na grande maioria das instituições só se realizava perante mulheres que os técnicos considerassem estar em situações que o justificavam. Numa instituição, estas questões eram abordadas com todas as mulheres.

No que se refere à utilidade do aconselhamento, todos os participantes o consideraram útil, relevante ou importante mas por diferentes motivos. Metade valorizou a sua função informativa por permitir a obtenção do consentimento informado da mulher e a diminuição da sua ansiedade. Também metade achou que a principal mais-valia era o facto de envolver a abordagem da C&PF e, portanto, contribuir para prevenir nova IVG. A vertente de contenção/ securização emocional da mulher foi apontada por 44% da amostra como determinante da utilidade do aconselhamento, enquanto 37,5% achava que o apoio à tomada de decisão era o factor que o tornava relevante. No entanto, os entrevistados só consideraram esta última dimensão útil em duas situações: ou quando não havia ambivalência mas a intervenção permitia à mulher tomar uma decisão informada e sentir-se apoiada nesse processo; ou nos raros casos de ambivalência em que o aconselhamento podia garantir que a mulher tomava, de facto, a decisão que lhe fazia mais sentido. Metade da amostra considerou o aconselhamento pouco útil ao nível da formação ou alteração da decisão de IVG visto que a maioria das mulheres já sabia o que queria quando chegava aos serviços e não reavaliava ou mudava a sua decisão por ser exposta a aconselhamento. O facto de poder constituir uma oportunidade para a utente resolver outros aspectos da sua vida foi um aspecto do aconselhamento considerado importante por 25% dos participantes. Houve ainda dois entrevistados que valorizaram o facto de poder potenciar a aproximação das mulheres aos serviços de saúde e um considerou-o relevante por actuar ao nível da prevenção de reacções emocionais negativas pós-IVG.

Os resultados relativos, quer à descrição do aconselhamento na IVG, quer à sua utilidade, revelam que a actuação e as representações da amostra estão em concordância com os dados da literatura sobre o assunto (Baker, Beresford, Halvorson-Boyd, & Garrity, 1999; Bruyn & Packer, 2004; Corbett & Turner, 2003; Ely, 2007; Fisher, Castle, & Garrity, 1998; Hyman, & Castleman, 2005; Tabbutt-Henry & Graff, 2003; Terki, Malhotra, & Pawlson, 2004; WHO, 1998, 2003). Verifica-se que o aconselhamento realizado pelos participantes se aproxima mais de uma abordagem centrada no cliente que coloca o enfoque na disponibilização de informação e na contenção/securização emocional da mulher do que numa intervenção focada na prevenção de respostas emocionais negativas pós-IVG e no apoio à decisão, mais praticada até ao final da década de 70 e actualmente menos praticada (Boyle, 1998; Everett, 1997; Fisher et al., 1998; Holden, Russell, & Paterson, 1997; Lattimer, 1997; Lee, 2003). No entanto, há resultados que sugerem que, ao nível da gestão de aspectos

psicológico e emocionais, a actuação dos participantes apresenta lacunas que devem ser colmatadas e que, a nosso ver, exigem um investimento na promoção da qualidade da interacção técnico-utente que se constitui como um factor-chave para uma boa prestação de cuidados na IVG. Como recomendado na literatura (Goodman et al., 2007; NAF, 2005; Stewart & Darney, 2003), há que realizar formação inicial e contínua específica sobre aconselhamento na IVG aos técnicos que actuam neste âmbito que cubra aspectos técnicos e conhecimento do tipo declarativo mas, sobretudo, o saber-fazer e o saber-estar. A monitorização contínua do trabalho desenvolvido é também crucial, podendo ser feita através de supervisão, *feedback* de colegas e avaliações anónimas por parte dos utentes.

CONCLUSÃO

Apesar de nos dar uma primeira ideia do que se está a passar no terreno, o presente estudo tem óbvias limitações. A amostra é reduzida e não representativa da população. Dando-nos a conhecer a visão dos técnicos, não permite aceder às experiências das mulheres e os dados podem não reflectir o que, de facto, ocorre no terreno já que os técnicos podem ter descrito a sua actuação de uma forma que não corresponde totalmente ao real. Sendo uma investigação qualitativa de carácter descritivo e exploratório, o seu objectivo não era medir o fenómeno em estudo, motivo pelo qual não se realizou tratamento estatístico. No entanto, isto significa que os resultados não são generalizáveis.

Ao nível da investigação futura, há que desenvolver em Portugal estudos de larga escala que cubram aspectos patentes na literatura internacional mas desconhecidos no nosso país e fundamentais para se guiar a intervenção na IVG, nomeadamente: motivos de IVG e sua relação com as características sociodemográficas das mulheres; IVG de repetição; satisfação dos utentes com os serviços; eficácia de diferentes modelos de prestação de cuidados de IVG; epidemiologia da IVG clandestina, morbilidade e mortalidade associadas, motivos de recurso e características das mulheres que o praticam. Em relação a questões às quais a literatura ainda não deu resposta, são de salientar as seguintes áreas de investigação: o impacto da aceitabilidade social e das representações sociais vigentes nos motivos de IVG verbalizados pelas mulheres; as determinantes da adesão à C&PF e da recidiva de IVG e o papel do aconselhamento neste âmbito; a objecção de consciência e suas implicações no acesso à IVG.

REFERÊNCIAS

- APF – Associação para o Planeamento da Família & Consulmark. (2006). A situação do aborto em Portugal: Práticas, contextos e problemas. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 42/43, 5-23.
- Baker, A., Beresford, T., Halvorson-Boyd, G., & Garrity, J.M. (1999). Informed consent, counseling, and patient preparation. In M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D.A. Grimes, & P.G. Stubblefield (Eds.), *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Washington, DC: National Abortion Federation. Consultado a 25 de Março de 2008 através de <http://www.prochoice.org/education/resources/textbook.html>
- Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1998). Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 24(3), 117-127.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Boyle, M. (1998). Decision making for contraception and abortion. In M. Pitts & K. Phillips (Eds.), *The psychology of health: An introduction* (pp. 169-186). London: Routledge.
- Boyle, M. (2002). Reflections on abortion and psychology: the hidden issues. Consultado a 15 de Março de 2008 através de http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_ocr6.asp
- Bruyn, M., & Packer, S. (2004). *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion: Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Corbett, M., & Turner, K. (2003). Essential elements of postabortion care: Origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-111.
- Costa, R.G., Hardy, R., Osis, M.J.D., & Faúndes, A. (1995). A decisão de abortar: Processo e sentimentos envolvidos. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1), 97-105.
- Ehrlich, J.S. (2003). Grounded in the reality of their lives: Listening to teens who make the abortion decision without involving their parents. *Berkeley Women's Law Journal*, 18, 61-180.
- Ely, G. (2007). The abortion counseling experience: A discussion of patient narratives and recommendations for best practices. *Best Practices in Mental Health*, 3(2), 62-74.
- Everett, H. (1997). *Aims in termination counselling*. Comunicação apresentada na conferência “Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?”, organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Consultado a 15 de Março de 2008 através de http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun4.asp

- Finer, L., & Henshaw, S. (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2), 90-96.
- Fisher, B., Castle, M., & Garrity, J. (1998). A cognitive approach to patient-centered abortion care. In L.J. Beckman, & S.M. Harvey (Eds.), *The civil war: The psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 301-328). Washington, DC: APA.
- Goodman, S., Wolfe, M., & The TEACH Trainers Collaborative Working Group. (2007). *Early abortion trainer's workbook* (2nd ed.). San Francisco, CA: University of California San Francisco Bixby Center for Reproductive Health Research & Policy.
- Helström, L., Odland, V., Zätterström, C., Johansson, M., Granath, F., Correia, N., et al. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 405-410.
- Holden, G., Russell, D., & Paterson, C. (1997). *Abortion counselling: issues and approaches*. Comunicação apresentada na conferência “Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?” organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Consultado a 25 de Março de 2008 através de http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun6.asp
- Hyman, A.G., & Castleman, L. (2007). *Woman-centered abortion care: Reference manual*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Larsson, M., Aneblom, G., Odland, V., & Tidén, T. (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 64-71.
- Lattimer, M. (1997). *The construction of women in abortion services*. Comunicação apresentada na conferência “Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?” organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Consultado a 15 de Março de 2008 através de http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun7.asp
- Lee, E. (2003). Tensions in the regulation of abortion in Britain. *Journal of Law and Society*, 30(4), 532-553.
- Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, Diário da República N.º 75, Série I.
- Murphy, C. (1997). *Distance or control: Abortion and counselling in Germany*. Comunicação apresentada na conferência “Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?” organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Consultado a 15 de Março de 2008 através de http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun5.asp
- NAF – National Abortion Federation (2005). *The abortion option: A values clarification guide for health care professionals*. Washington, DC: Author.

- Santelli, J., Speizer, I., Avery, A., & Kendall, C. (2006). An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *American Journal of Public Health*, 96(11), 2009-2015.
- Stewart, F.H., & Darney, P.D. (2003). Abortion: teaching why as well as how. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(1), 37-39.
- Tabbutt-Henry, J., & Graff, K. (2003). Client-Provider communication in post-abortion care. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 126-129.
- Terki, F., Malhotra, U., & Pawlson, M. (2004). *Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services* (3rd ed.). London: IPPF.
- Törnbom, M., Ingelhammar, E., Lilja, H., Svanberg, B., & Möller, A. (1999). Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 636-641.
- Tomé, M.T. (1998). *Contributo para o estudo da epidemiologia da interrupção voluntária da gravidez*. Tese de Mestrado em Saúde Pública, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Vala, J. (1999). A análise de conteúdo. In A.S. Silva & J.M. Pinto (Eds.), *Metodologia das ciências sociais* (10ª ed., pp. 101-128). Porto: Editora Afrontamento.
- WHO – World Health Organization. (1998). *Post-abortion family planning: A practical guide for programme managers*. Geneva: Author.
- WHO. (2003). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Geneva: Author.

RELAÇÃO ENTRE OPTIMISMO, ESPERANÇA E BEM-ESTAR
SUBJECTIVO COM O MEDO DO CANCRO DA MAMA EM
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS

Vera Melo / José Luís Pais Ribeiro

FPCE, Universidade do Porto

O cancro da mama constitui uma doença crónica que apresenta uma elevada prevalência e incidência, maioritariamente em indivíduos do sexo feminino. O cancro da mama é o cancro feminino mais comum no mundo ocidental (Absetz, Aro, Rehnberg, & Sutton, 2000), constituindo a segunda causa de morte por cancro, a seguir ao cancro do pulmão (Salehi et al., 2008). Em termos psicológicos, Ogden (2004) considera que as mulheres com esta doença podem atravessar as fases de choque (incrédulidade, negação), de angústia aguda (sentimentos de perda, luto, raiva, ansiedade, desamparo, desespero), de procura de significado, de procura de mestria e de melhoria da auto-estima. Consedine, Magai, Krivoshekova, Ryzewicz, e Neugut (2004) revelam que parece existir, por parte das mulheres, um medo muito maior relativamente ao desenvolvimento do cancro da mama, comparativamente com outro tipo de cancro ou doença. Apesar disto, os estudos na psicologia debruçam-se pouco sobre o medo do cancro da mama ou, mesmo, sobre o medo do cancro em geral.

O medo do cancro pode ocorrer em duas situações: no caso de um indivíduo que já foi diagnosticado e tratado, o qual pode sofrer uma recorrência ou no caso de nunca ter sido atribuído um diagnóstico de cancro. O medo do cancro pode, então, definir-se como sendo uma ansiedade presente de vir a desenvolver o cancro no futuro (Berlin, 2004). O fenómeno da preocupação com o cancro da mama tem vindo, também, a ganhar relevo na literatura sobre o cancro (Loescher, 2003). O termo “preocupação” pode ser visto como um construto cognitivo ou emocional e reporta, neste contexto, para uma das muitas emoções negativas, tais como a ansiedade, as quais se conectam às percepções de risco do cancro da mama (Lipkus, Klein, Skinner, & Rimer, 2005).

Trunzo e Pinto (2003) definem o optimismo como sendo um traço mais ou menos estável da personalidade, o qual se caracteriza pela expectativa de que, em geral, os acontecimentos futuros possuirão uma natureza positiva. Pelo contrário, Sweeny, Carroll, e Shepperd (2006) defendem que o optimismo ou o pessimismo referem-se a expectativas relativas acerca do futuro, num determinado momento, não constituindo, por isso, uma tendência disposicional para ver o futuro de uma perspectiva particular.

No que toca ao cancro da mama, os indivíduos optimistas sobrestimam menos o seu risco de virem a desenvolver a doença, comparativamente com as pessoas pessimistas (McGregor et al., 2004). Do mesmo modo, Seligman e Csikszentmihalyi (2000) referem que indivíduos com altos níveis de optimismo e esperança fornecem a si mesmos informação não favorável à sua doença, facto que lhes confere uma melhor preparação para enfrentar as realidades.

A esperança trata-se de uma expectativa em relação ao futuro, mais ou menos justificada, que atende a um acontecimento agradável ou favorável (Oliveira, 2004). Este conceito pode ser definido como um processo de pensamento sobre os objectivos de um indivíduo, ao qual se junta a motivação de actuar nesse sentido (*agency*) e de encontrar os meios (*pathways*) para os alcançar (Snyder & Lopez, 2002). O bem-estar subjectivo (BES) pode definir-se, por sua vez, como a avaliação emocional e cognitiva que as pessoas fazem das suas vidas (nesse momento e por períodos mais longos), incluindo o que se designa por felicidade, paz, realização e satisfação com a vida (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).

O objectivo da presente investigação é perceber a relação existente entre o medo do cancro da mama e as variáveis positivas optimismo, esperança e BES.

MÉTODO

Participantes

Participam 127 mulheres da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, com idades entre os 17 e os 45 anos ($M=21,82$, $DP=4,19$); 95% eram solteiras, 5% casadas e 1% divorciadas. Os critérios de inclusão seguidos quanto à amostra foram: (1) participantes do sexo feminino a frequentar o ensino superior; (2) bom entendimento da língua portuguesa; (3) não existência de problemas de comunicação que pudessem impedir a concretização da intervenção.

Material

As escalas utilizadas na presente investigação foram o Índice de Satisfação, a Escala de Orientação para a Vida-Revista, a Escala de

Esperança e uma escala que avalia o medo do cancro da mama. Estas escalas foram precedidas de um questionário de caracterização sócio-demográfica (idade e estado civil).

O Índice de Satisfação ou Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP) propõe-se avaliar o BES e inclui sete itens/domínios (satisfação com o nível de vida, saúde, realização pessoal, relações pessoais, sentimento de segurança, ligação à comunidade e segurança com o futuro) que constituem um primeiro nível de desconstrução da avaliação geral que consiste num item “satisfação com a vida em geral”. Existe ainda um outro item de satisfação pessoal com a espiritualidade ou religião. Os sujeitos respondem às 8 questões, explicitando quanto satisfeitas estão com cada item/domínio numa escala de “0” (extremamente insatisfeito) a “10” (extremamente satisfeito), com uma posição intermédia neutra (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).

A Escala de Orientação para a Vida-Revista (Revised Life Orientation Test-LOT-R) apresenta como objectivo avaliar o optimismo disposicional como característica estável (ou seja, visa avaliar a expectativa geral relativamente estável de que resultados positivos acontecerão em domínios importantes da vida) e está destinada a adultos. Esta escala é constituída por 10 itens, nos quais existem 4 distractores e 6 que avaliam o optimismo. Os itens são de auto-resposta numa escala ordinal de 5 pontos, os quais vão desde “discordo totalmente” até “concordo totalmente” (Ribeiro, 2007). Este instrumento apresenta uma boa consistência interna e é estável ao longo do tempo (Carver & Scheier, 2003).

A Escala de Esperança ou Escala de Futuro (Future Scale) pretende avaliar a esperança em adultos, a qual aponta para um conceito disposicional, sendo alterável ao longo do tempo através de intervenção. Este conceito releva o cognitivo, mas também as emoções. A qualidade das emoções manifesta o nível de percepção do indivíduo numa dada situação. A Escala de Esperança é composta por dois componentes: um motivacional e outro de competência (possibilita a criação de caminhos ou vias para chegar ao que se pretende). Este instrumento possui 12 itens, os quais se subdividem em 8 que avaliam a esperança (4 dos quais reflectem o sentido – *agency* – enquanto que os outros 4 reportam para a percepção de meios – *pathways*) e 4 distractores. Os sujeitos devem posicionar-se numa escala de 4 ou 8 pontos, entre “totalmente falso” e “totalmente verdadeiro”. Neste caso, a escala utilizada foi a de 8 pontos (Ribeiro, 2007).

A escala destinada a avaliar o medo do cancro da mama, da nossa autoria, foi construída para uma população adulta e é constituída por 12 itens, os quais são de auto-resposta, numa escala ordinal de 5 pontos (de “total-

mente falso” a “totalmente verdadeiro”). O sujeito deve posicionar-se, relativamente ao que sente face ao cancro da mama, sendo que quanto mais perto responder dos 5 pontos, maior será o seu medo desta doença. Na validação deste instrumento participaram 127 mulheres. Depois da elaboração dos itens, da inspecção da validade de conteúdo com dois psicólogos e da reflexão falada com dez pessoas, recorremos à análise factorial exploratória que mostra um componente, o qual explica 34,57% da variância total. Inicialmente, esta escala era composta por 13 itens, dos quais se retirou um, tendo-se obtido um Alpha de Cronbach de 0,82.

Procedimentos

O instrumento foi aplicado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto em Outubro de 2008 em dois momentos num mesmo dia, sendo que responderam ao questionário, no primeiro momento, 86 sujeitos e, num segundo, 41 participantes. Em ambas as fases, o instrumento foi aplicado no início de uma aula que estava a ser leccionada na faculdade. O tratamento dos dados foi realizado mediante a utilização do programa SPSS, versão 15,0, e recorreu à estatística paramétrica. Utilizou-se a correlação de Pearson, para identificar a relação existente entre o medo do cancro da mama e o optimismo, a esperança e o BES.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 apresenta a relação entre o medo do cancro da mama e as variáveis optimismo, esperança e BES.

Quadro 1

*Relação entre o Medo do Cancro da Mama,
o Optimismo, a Esperança e o BES*

| | Optimismo | Esperança | BES |
|---------------------|-----------|-----------|----------|
| Medo cancro da mama | -0,03 | -0,09 | -0,11 |
| Optimismo | | -0,08 | 0,06 |
| Esperança | | | 0,52(**) |

Nota. ** $p < 0,01$.

O medo do cancro da mama não apresenta correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com as variáveis optimismo, esperança e BES. Verifica-se que níveis mais elevados de optimismo, esperança e BES não originam níveis mais baixos de medo do cancro da mama na amostra utilizada nesta investigação.

McGregor et al. (2004) referem um estudo, realizado com 1366 mulheres sem história pessoal de cancro da mama, o qual concluiu que o optimismo encontra-se inversamente associado à preocupação com o cancro da mama, ou seja, mulheres mais optimistas reportam níveis mais baixos de preocupação. Assim como o optimismo, ou a expectativa de bons resultados, leva frequentemente a um misto de emoções que é geralmente positivo, baixos níveis de optimismo podem levar a uma crescente tendência para uma preocupação negativa como é a preocupação com o cancro. Este estudo foi o único encontrado que procurou relacionar especificamente o medo do cancro da mama com o optimismo, numa amostra com características similares à da presente investigação. Refira-se que raramente o medo do cancro da mama é apontado na literatura, sendo que o termo “preocupação” é mais frequente e utilizado muitas vezes como sinónimo de medo.

As conclusões retiradas de outros estudos focam mais outros conceitos que, embora não sejam necessariamente o medo do cancro da mama, estão, de alguma forma, interligados com este construto. Do mesmo modo, a maior parte das investigações debruça-se mais sobre população doente, ao contrário do presente estudo, o que não significa que esses dados não devam ser apresentados, já que existem evidências de que a população não doente pode mostrar atitudes, pensamentos e crenças semelhantes à população com doença.

Num estudo de Pedro e Pais-Ribeiro (2008) com 280 indivíduos com esclerose múltipla, concluiu-se que tanto a esperança como o optimismo são características positivas da personalidade, as quais podem minimizar a percepção de stresse com a saúde. Os mesmos autores enfatizam que a esperança facilita a implementação de estratégias de *coping*, perante situações de stress com a saúde.

Snyder e Lopez (2002) referem que altos níveis de esperança estão relacionados com mais pensamentos positivos e menos pensamentos negativos no dia-a-dia. Os autores defendem, também, que enquanto pessoas com baixos níveis de esperança tendem a catastrofizar o futuro, pessoas com altos níveis de esperança encontram-se preparadas para pensar efectivamente acerca daquele, com o conhecimento de que poderão vir a enfrentar grandes stressores na sua vida.

Relativamente à relação entre o BES e o medo do cancro da mama, Diener e Fujita (1997) esclarecem que indivíduos que possuem elevados níveis de BES, apresentam uma tendência global para experimentar os eventos de uma forma positiva. Num estudo longitudinal realizado com mulheres em estágio inicial de cancro da mama concluiu-se que as optimistas demonstravam menos distúrbios de humor e mais satisfação com a vida, comparativamente com as pessimistas (Friedman et al., 2005).

Apesar dos dados apresentados, existem evidências de que, para a maior parte das mulheres, a preocupação com a possibilidade de virem a ser vítimas de cancro no futuro representa mais uma preocupação realista do que uma ansiedade mórbida (Hopwood, Shenton, Lalloo, Evans, & Howell, 2001). Assim, considera-se a possibilidade de que ter medo desta doença pode não ser apenas uma consequência de certas variáveis psicológicas existentes nos indivíduos. Logicamente, outras variáveis estão na base do medo, não se sabendo ao certo se os efeitos devastadores desta doença podem só por si, desencadeá-lo. Deste modo, assume-se que talvez por estas razões a hipótese do presente estudo não tenha sido confirmada.

Em suma, os benefícios clínicos em entender os medos ou as preocupações dos indivíduos (mesmo os não doentes) acerca do seu futuro são óbvios. A identificação efectiva e apropriada da natureza destas preocupações é, por isso, necessária. Este estudo tentou, de facto, perceber se as variáveis positivas avaliadas estariam inseridas nessa natureza, embora se reconheça que muitas outras variáveis podem influenciar o medo do cancro da mama. A investigação da natureza destes medos serve, também, um propósito teórico mais geral, na medida em que permite um melhor entendimento do *coping* e do ajustamento no contexto de doenças que põem em causa a vida dos indivíduos.

A replicação deste estudo com uma amostra menos homogénea e a exploração mais aprofundada da escala do medo do cancro da mama são necessárias em futuros estudos.

REFERÊNCIAS

- Absetz, P., Aro, A.R., Rehnberg, G., & Sutton, S.R. (2000). Comparative optimism in breast cancer risk perception: Effects of experience and risk factor knowledge. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 367-376.
- Berlin, L. (2004). Malpractice issues in radiology. Fear of cancer. *American Journal of Roentgenology*, 183, 267-272.

- Carver, C.S., & Scheier, M. (2003). Optimism. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 75-89). Washington: American Psychological Association.
- Consedine, N.C., Magai, C., Krivoshekova, Y.S., Ryzewicz, L., & Neugut, A.I. (2004). Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: A critical review. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13, 501-510.
- Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B.P. Buunk, & F.X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being. Perspectives from social comparison theory* (pp. 329-257). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M.F., & Liscum, K.R. (2005). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603.
- Hopwood, P., Shenton, A., Lalloo, F., Evans, D.G.R., & Howell, A. (2001). Risk perception and cancer worry: An exploratory study of the impact of genetic risk counselling in women with a family history of breast cancer. *Journal of Medical Genetics*, 38, 139-142.
- Lipkus, I.M., Klein, W.M.P., Skinner, C.S., & Rimer, B.K. (2005). Breast cancer risk perceptions and breast cancer worry: What predicts what? *Journal of Risk Research*, 8, 439-452.
- Loescher, L.J. (2003). Cancer worry in women with hereditary risk factors for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30, 767-772.
- McGregor, B.A., Bowen, D.J., Ankerst, D.P., Andersen, M.R., Yasui, Y., & McTiernan, A. (2004). Optimism, perceived risk of breast cancer, and cancer worry among a community-based sample of women. *Health Psychology*, 23, 339-344.
- Odgen, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, J.H.B. (2004). *Psicologia positiva* (1ª ed.). Porto: Edições ASA.
- 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 (Eds.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 505-508). Lisboa: ISPA.
- Pedro, L., & Pais-Ribeiro, J. (2008). A influência do optimismo e esperança na percepção de distress com a saúde em indivíduos com esclerose múltipla. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde: Intervenção em psicologia da saúde* (pp. 363-366). Porto: ISPA.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.

- Salehi, F., Turner, M.C., Phillips, K.P., Wigle, D.T., Krewski, D., & Aronson, K.J. (2008). Review of the etiology of breast cancer with special attention to organochlorines as potential endocrine disruptors. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, 11, 276-300.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Sweeny, K., Carroll, P.J., & Shepperd, J.A. (2006). Is optimism always best? Future outlooks and preparedness. *Association for Psychological Science*, 15, 302-306.
- Trunzo, J.J., & Pinto, B.M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 805-811.